



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT



**PLAN STRATEGIQUE 2017–2021
DE SECURISATION DES
PRODUITS DE SANTE DE LA
REPRODUCTION
ET DE PROGRAMMATION
HOLISTIQUE DES PRESERVATIFS
AU BENIN**



Avec l'appui de l'UNFPA

Décembre 2016

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	
1. SIGLES ET ABREVIATIONS	
2. PREFACE	
3. REMERCIEMENTS	
4. RESUME	
5. DEFINITIONS	
6. INTRODUCTION	
6.1. Méthodologie	
6.2. Limites de la méthodologie	
6.3. Contexte	
6.4. Monographie succincte du pays	
6.5. Profil sanitaire	
6.6. Etat général des ressources disponibles pour la santé	
7. ANALYSE SITUATIONNELLE	
7.1. Présentation du cadre d'analyse et de l'approche	
7.2. Aperçu de la chaîne d'approvisionnement des produits de la SR	
7.2.1. Produits considérés	
7.2.2. Aperçu graphiques des principaux acteurs de la chaîne d'approvisionnement	
7.2.3. Aperçu graphique des principaux flux de produits, d'information et d'argent	
7.3. Situation et analyse des sept fonctions opérationnelles	
7.3.1. Sélection/quantification	
7.3.2. Achat	
7.3.3. Entreposage central, régional, et zonal, et stockage au niveau des FS	
7.3.4. Transport/distribution	
7.3.5. Usage rationnel	
7.3.6. Gestion des déchets	
7.3.7. Assurance qualité (AQ)	
7.4. Situation et analyse des six fonctions capacitanes/supports	
7.4.1. Environnement réglementaire	
7.4.1.1. Gouvernance et leadership	
7.4.2. Coordination	
7.4.3. Financement	
7.4.4. Ressources humaines	
7.4.5. Visibilité/SIGL et analytique, suivi de la performance de la chaîne	
7.5. Réalisation des objectifs des deux plans de la SPSR 2006-2015	
8. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN DE LA SPSR	
8.1. Vision du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021 (pour rappel)	
8.2. Vision du plan stratégique de la SPSR 2017-2021	
8.3. Objectifs stratégiques du plan stratégique de la SRMNEA (pour rappel)	
8.4. Objectifs stratégiques du plan stratégique de la SPSR	
8.5. Objectifs spécifiques du plan stratégique de la SRMNEA liés à la SPSR (pour rappel)	
8.5.1. Santé de la reproduction	
8.5.2. Santé de la mère	
8.5.3. Santé du nouveau-né	
8.5.4. Santé de l'enfant	
8.5.5. Santé de l'adolescent	

8.5.6. Nutrition de la femme enceinte, de la femme allaitante, du nouveau-nés, de l'enfant et de l'adolescent.....

9. PLAN STRATEGIQUE 2017-2021 DE LA SPSR.....

9.1. Contexte du plan de la SPSR 2017-2021 vis-à-vis des autres plans stratégiques.

9.2. Les sept fonctions opérationnelles.....

9.3. Les six fonctions capacitanes/supports.....

10. PLAN OPERATIONNEL 2017-2021.....

10.1. Plan opérationnel 2017-2021 détaillé.....

10.2. Synthèse du budget 2017-2021.....

10.3. Plan opérationnel 2017 détaillé.....

10.4. Synthèse du budget du plan opérationnel 2017.....

11. SUIVI ET EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE DE LA SPSR.....

11.1. Capacité de la DSME en suivi et évaluation.....

11.2. Mise en œuvre du plan SPSR.....

11.3. Plan de suivi et évaluation 2017-2021.....

ANNEXE 1 : références bibliographiques.....

ANNEXE 2 : liste de présence des participants à l'atelier principal.....

ANNEXE 3 : liste des produits de la SR.....

ANNEXE 4 : cartographie détaillées de flux de produits, information et argent.....

ANNEXE 5 : quantification très approximative des produits du planning familial.....

DRAFT

1. SIGLES ET ABREVIATIONS

ABPF: Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
AMM: Autorisation de Mise sur le Marché
ANTS: Agences Nationale pour la Transfusion Sanguine
AOF: Attribution de l'Organisation et du Fonctionnement
AQ: Assurance Qualité
ARV: Antirétroviraux
BM: Banque Mondiale
CAME: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CMM: Consommation Mensuelle Moyenne
CNAPS: Comité National d'Approvisionnement des Produits de Santé
CNLS: Comité National de Lutte contre le Sida
CQ : Contrôle Qualité
DBS Dry Blood Spot
DDS: Direction Départementale de la Santé
DHIS2: Nom du logiciel utilisé comme Système National d'Information Sanitaire
DNSP: Direction Nationale de la Santé Publique
DPMED: Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DRZS: Dépôt Répartiteur de la Zone de Santé
DTS: Directives de Traitement/Prescription Standards
EEZS: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
ETP : Equivalent Temps Plein
FBR : Financement Basé sur la Performance
FM : Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la TB et le paludisme
FS : Formation Sanitaire
GTT: Groupe Thématique de Travail
HZ: Hôpital de Zone
IPPF: Fédération Internationale Pour la Planification Familiale
IST: Infections Sexuellement Transmissibles
LMNE : Liste Nationale des Médicaments Essentiels
LNCQ : Laboratoire National de Contrôle Qualité
MS: Ministère de la santé
ODD: Objectifs de Développement Durable
OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONG: Organisation Non Gouvernementale
OOAS: Organisation Ouest Africaine de la Santé
PIHI: Paquet d'Intervention à haut Impact
PF: Planification Familiale
PNDS: Plan National de Développement Sanitaire
PNLS: Programme National de Lutte contre le Sida
POS: Procédure Opératoire Standard
PPC: Protocole de Prise en Charge
PSI: Population Service International
PTME: Prévention de la Transmission Mère-Enfant

QG des ONG: Quartiers généraux des ONG
SAGE: Nom du logiciel de comptabilité utilisé par la CAME
SIDA: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
SIGL: Système d'Information et de Gestion Logistique
SNIS: Système National d'Information Sanitaire
SON: Soins Obstétricaux et Néonataux
SONU: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SOUB: Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC: Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SPSR: Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction
SR: Santé de la Reproduction
SRMNEA: Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Enfants et des Adolescents
TAC Tableau d'Acquisition des Contraceptifs
UNFPA: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID: Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH: Virus d'Immuno-Déficience Humain
ZS: Zone Sanitaire

DRAFT 03 final

2. PREFACE

La réduction de la morbidité et de la mortalité ainsi que l'amélioration de la santé durant les principales étapes de la vie (grossesse, accouchement, post-partum, période néonatale, enfance et adolescence compris), y compris la santé génésique et sexuelle constitue une préoccupation majeure du gouvernement béninois et des partenaires techniques et financiers au plus haut niveau.

La Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant a élaboré plusieurs plans stratégiques et plans d'action qui couvrent différentes périodes allant de 5 à 10 ans selon les programmes. La plupart de ces documents stratégiques sont parvenus à leur terme en 2015.

Malgré tous ces efforts consentis, la mortalité maternelle, néonatale et infantile reste très élevée surtout dans le quintile des plus pauvres et le système de santé ne parvient pas à faire face aux énormes défis pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 & 5.

Par ailleurs, le Bénin a signé l'Engagement en faveur de la Stratégie 2.0 du Secrétariat Général des Nations Unies en faveur de la Santé des Femmes, Enfants et Adolescents en septembre 2015.

L'année 2015 a servi pour la transition des OMD vers les Objectifs de Développement Durable (ODD). Le premier plan stratégique intégré SRMNEA 2016-2020 couvre le premier quinquennat de la période des ODD développés en 2015. Ce plan prend en compte les recommandations de la première revue de performance des programmes SRMNI 2015.

Ce présent plan stratégique de la Sécurisation des Produits de la Santé Reproductive (SPSR) 2017-2021 est basé et donc aligné sur le Plan National de Développement Sanitaire 2017-2021 (PNDS), le plan stratégique intégré SRMNEA 2016-2020, et aussi le plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement.

Il sera par conséquent le guide des actions liés aux produits de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et représente ainsi un cadrage stratégique qui permettra. J'exhorte donc chaque acteur à se l'approprier.

Je voudrais enfin exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance aux partenaires techniques et financiers (PTF) et en particulier l'UNPFA et aux cadres nationaux qui ont contribué à la réalisation de ce précieux document.

Je reste convaincu qu'une bonne coordination des actions de toutes les parties prenantes, la mise à disposition des ressources nécessaires à l'exécution des activités et un bon suivi/évaluation permettront d'atteindre les objectifs fixés.

J'exhorte donc les PTF et les différents acteurs de la santé à accompagner la réalisation effective et efficiente de ce plan qui contribuera à la prise en charge efficace de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au Bénin pour la période 2016-2020.

Le Ministre de la Santé

(Tiré du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021)

3. REMERCIEMENTS

Au terme du processus d'actualisation du plan stratégique de la SPSR et de la programmation holistique des préservatifs du Bénin 2017-2021, le Ministère de la Santé voudrait présenter très sincèrement toutes ses gratitudes aux personnes qui de près ou de loin se sont investies dans le processus d'élaboration du présent document.

Il est particulièrement important de reconnaître ici la précieuse contribution des partenaires au développement notamment de l'UNFPA dont le soutien technique et matériel a permis non seulement au Ministère de la Santé de disposer du présent plan stratégique mais aussi de s'approprier le processus d'élaboration d'un tel instrument. L'engagement de ce partenaire en faveur de la promotion de la santé de la reproduction reste aujourd'hui un des atouts précieux permettant de mieux faire face aux principaux défis de promotion de la santé de la reproduction au Bénin. Que Monsieur le Représentant Résident de l'UNFPA et ses collaborateurs trouvent ici les marques de la reconnaissance du Gouvernement et du peuple Béninois pour leur constant soutien.

La production de ce document n'a été possible sans la disponibilité et l'apport de plusieurs prestataires, responsables et autres acteurs rencontrés sur le terrain ou ayant participé aux différents ateliers tant dans le cadre de l'analyse situationnelle que dans celui de l'actualisation de la stratégie nationale de sécurisation des produits de la SR. A toutes ces personnes, le Ministère voudrait présenter ses sincères gratitudes.

Enfin, que toutes les personnes qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce travail acceptent la reconnaissance des responsables du Ministère de la Santé pour leurs précieux apports.

(Tiré du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021)

4. RESUME

Le présent document de plan stratégique de la SPSR et de programmation holistique des préservatifs est une actualisation des deux anciens plans stratégiques. Celui élaboré en 2006 couvrait quatre catégories de produits (les contraceptifs, les concentrateurs d'oxygène, les solutés et le sang) et celui élaboré en 2009 ajoutait la PF, les SON et les IST/VIH/SIDA.

L'élaboration de ce document intégré pour 2017-2021 est le fruit d'un processus qui a commencé par la clarification du périmètre de la SR avec la liste des produits SR et les acteurs de la SR. Lors des visites et d'entretiens, les consultants national et international ont évalué la mise-en-œuvre des deux plans de la SPSR 2006-2015. Une revue documentaire et une visite d'une semaine sur le terrain en novembre 2016 ont permis de relever les forces, faiblesses, opportunités et menaces de bout en bout de la chaîne ainsi que les symptômes, les causes fondamentales nécessaires à l'analyse situationnelle ayant permis de formuler des pistes de remédiations.

En décembre 2016 à Bohicon lors d'un atelier, les principaux acteurs de la SR tant du public que du privé, des PTF, des ONG, des associations professionnelles et autres organisations de la société civile ont retenu de façon consensuelle les problèmes majeurs à prendre en compte. En suivant les objectifs stratégiques et les objectifs opérationnels du PNDS 2017-2021, ils ont pu élaborer les activités principales à mettre en œuvre pour ce plan de la SPSR, et les indicateurs de leur réalisation.

Le plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021 se donne comme but d'atteindre en 2030 un monde dans lequel chaque femme, enfant ou adolescent se rend compte de ses droits à la santé physique et mentale et au bien-être, a des capacités sociales et économiques et est en mesure de participer pleinement à l'édification d'une prospérité sociale durable.

L'objectif général du plan est de réduire de moitié d'ici 2021 la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile évitable au Bénin. Ces décès évitables sont ceux qui sont causés par :

- Chez la femme en âge de procréer : le manque d'éducation pour une vie sexuelle saine y compris le control des grossesses
- Chez la femme gestante, la parturiente et la mère allaitante : l'irrégularité et la faible qualité des consultations pré et post natales, et la non disponibilité des produits d'importance vitale
- Chez le nouveau-né : l'absence de soins de réanimation et des soins essentiels de qualité et d'une bonne surveillance
- Chez l'enfant de 0 à 5 ans : l'absence de vaccination correcte, de surveillance nutritionnelle et de suivi médical adéquat des trois maladies prioritaires de l'enfant : palu, pneumonie et diarrhée dans les FS et au niveau communautaire,
- Chez les adolescents : le manque d'accès à l'information, absence d'une couverture universelle par des services de qualité qui prennent en compte les déterminants de la santé et du développement de l'adolescent

Puisque sans produit, il n'y a pas de programme, le but de ce plan stratégique de la SPSR 2017-2021 est d'être le catalyste du plan intégré de la SRMNEA en assurant que des bons produits, en bonne quantité, au bon endroit, au bon moment, à la bonne qualité, et au meilleur rapport qualité/prix avec des actions prioritaires dont les principales sont les suivantes :

- Renforcer le leadership de la DSME et la coordination des interventions et des acteurs
- Mettre en place un Système d'Information de Gestion Logistique (SIGL) fonctionnel en réseau à tous les niveaux pour assurer la visibilité des flux de produits, la dématérialisation des commandes, une meilleure gestion de stocks, et enfin le rapportage de l'historique des consommations pour une quantification annuelle correcte.
- Améliorer le processus et la qualité de la quantification annuelle et la planification des achats, en particulier avec des livraisons échelonnées des produits alloués par les PTF.
- Revoir et optimiser le réseau de distribution/transport et d'entreposage aux niveaux central/ régional/DR/FS.
- Améliorer les conditions d'entreposage et de stockage à tous les niveaux et la gestion de stock.
- Améliorer le système Assurance Qualité (AQ) et le Contrôle Qualité (CQ) des produits SR à tous les niveaux.
- Organiser un système efficace pour la gestion et la destruction des déchets (périmés, endommagés et autres détritiques).

Comme les produits de la SR suivent globalement la chaîne d'approvisionnement, beaucoup de ces actions prioritaires s'appliquent aussi aux autres produits de la santé publique et sont reprises dans le plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement. Elles seront donc listées dans le plan de la SPSR mais seront mise-en-œuvre et financées directement dans le cadre du plan national stratégique de la chaîne d'approvisionnement. Nous souhaitons éviter ici une verticalisation néfaste alors que la chaîne se doit de rester transversale. En contrepartie, la DSME garde le rôle de suivre et évaluer la promptitude et la complétude de leurs mises-en-œuvre par la DPMED afin que les bons produits de la SR, soient disponibles en bonne quantité, au bon endroit, au bon moment, à la bonne qualité, et au meilleur rapport qualité/prix.

Pour ce qui est des 6 actions prioritaires et les 20 activités opérationnelles propres à la SPSR, elles seront mise-en-œuvre et financées directement dans le cadre de ce plan de la SPSR. Vingt actions prioritaires sont prévues, parmi lesquelles il y a :

1. Renforcer le leadership de la DSME en évaluant ses rôles et responsabilités actuelles par rapport à celles idéales, plaider auprès du MS pour leurs adoptions par un arrêté, et en assurer l'acceptation par l'ensemble des acteurs de la SR (action prioritaire n°20)
2. Clarifier les rôles et les responsabilités attendus de la DSME/logistique et ajuster sa position dans l'organigramme pour un rôle transversal (action prioritaire n°1), et renforcer ses capacités ainsi que celles de la DSME/suivi et évaluation pour assurer un bon fonctionnement (action prioritaire n°27)
3. Renforcer la coopération entre la DPMED, la DPP et la DSME pour le suivi des indicateurs de l'usage rationnel des produits de la SR (action prioritaire n°11)
4. Adopter une politique d'offre gratuite des produits contraceptifs dans les services de routine (action prioritaire n°22)
5. Mettre à jour la liste des produits de la SR (action prioritaire n°4)

Le budget estimé pour la mise-en-œuvre de ses 20 activités opérationnelles propres à la SPSR est de 55,000 USD. Certaines n'ont pas d'implication financière. Les 56 autres seront financées et mise-en-œuvre via le plan national stratégique 2016-2020 en cours de budgétisation et de validation.

Le plan de suivi et évaluation associé précise quels indicateurs devront être suivi par la DSME/S&E pour s'assurer de la bonne mise-en-œuvre par la DSME/logistique. Ce plan

comme le plan national stratégique bénéficiera de plusieurs atouts dont l'un des plus importants est la volonté des agences des Nations Unies (UNFPA, UNICEF et OMS) et des institutions de coopération bilatérale comme l'USAID et la coopération des Pays-Bas, ou multilatérales comme le Fonds Mondial (GFATM), la Banque Mondiale (BM) et l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) à s'impliquer et à en assurer la bonne implémentation.

Ainsi les prochaines étapes du processus de mise en œuvre de ce plan stratégique sont :

- Avant le 30 décembre, la DSME envoie la version finale par email aux parties prenantes
- Avant le 15 janvier, les parties prenantes restituent leurs commentaires à la DSME
- Avant le 20 janvier, les consultants compilent les amendements dans une version finale
- Avant fin janvier, la DSME élabore une présentation pour l'atelier de validation politique
- Fin janvier, la DSME assure une validation politique lors d'un atelier de validation
- Après la validation politique, la DSME vulgarise le document auprès des acteurs (programmes, PTF, DPMED, ZS, CAME, etc.)

Les consultants insistent fortement sur le fait qu'en tant que cliente de la chaîne d'approvisionnement du pays menée par la DPMED, la DSME devra s'assurer de la promptitude de la DPMED à implémenter les actions prioritaires du plan stratégique national 2016-2020 sans quoi les goulots d'étranglement ne seront pas résorbés.

En gardant en tête que les patients/clients de la SR au Bénin méritent comme ailleurs d'avoir un service de qualité afin que la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile soit réduite de moitié voire soit éradiquée, la DSME et la DPMED possèdent maintenant tous les moyens pour que les bons produits de la SR, soient disponibles en bonne quantité, au bon endroit, au bon moment, à la bonne qualité, et au meilleur rapport qualité/prix.

DRAFT

DEFINITIONS

Achat: après avoir été spécifiés et quantifiés, les produits nécessaires aux besoins des formations sanitaires (FS) sont achetés selon un processus incluant les sous-activités suivantes : l'élaboration des spécifications technique détaillées des produits, l'appel d'offre, la désignation d'un ou de plusieurs fournisseurs attributaires, la signature du(des) contrat(s), les commandes, le suivi de l'exécution du(des) contrat(s) et le paiement. Par simplicité de périmètre, nous y incluons les sous-activités liées au transport/logistique d'importation et au dédouanement.

Approvisionnement: il s'agit d'une macro-fonction permettant la mise à disposition des produits dans les formations sanitaires (FS). Elle englobe les sept fonctions opérationnelles qui sont la sélection/quantification, l'achat, l'entreposage/stockage (incluant la gestion de stock et les commandes), le transport/distribution, l'usage rationnel des produits, la gestion des déchets et l'assurance qualité. Nous l'utiliserons seulement avec « chaîne d'approvisionnement ou plan d'approvisionnement ».

Assurance qualité (AQ): fonction transversale, l'assurance qualité regroupe toutes les mesures prises pour maintenir la qualité du produit et garantir qu'il est sûr, efficace, de bonne qualité et donc acceptable quand il arrive au patient/client (depuis l'étape de sa fabrication et jusqu'à son utilisation par le patient). Les bonnes conditions d'entreposage/stockage et de transport sont donc essentielles. Le **contrôle qualité (CQ)** est la sous-activité qui permet d'échantillonner (chez le fournisseur, après l'importation dans le pays, ou plus bas dans la chaîne, jusqu'au dernier niveau de stockage) et de tester que les produits n'ont pas été dégradés.

CAME/achat, CAME centrale et les trois agences régionales CAME: dans ce plan, les activités de la CAME sont détaillées de la manière suivante à des fins de précision:

- CAME/achat représente l'activité d'appels d'offre et les commandes aux fournisseurs, dans la fonction achat.
- La CAME centrale, et les trois agences régionales CAME représentent l'activité d'entreposage des produits à recouvrement et ceux alloués par les PTF et les programmes verticaux. Il y a aussi l'activité de transport/distribution quand elle existe.

Centre de santé (CS)/formation sanitaire (FS): structure publique, d'ONG ou privée où les prestations de soin de santé ou de produits sont offertes (hôpital, dispensaire, maternité, clinique, laboratoire, la salle de consultation, etc.). Dans ce plan consacré aux produits de la SR et non aux interventions programmatiques SRMNEA, nous nous intéresserons aux lieux où ces produits sont entreposés et stockés pour permettre ces prestations de soin : l'entrepôt, la chambre froide, le dépôt, le magasin de gros, la pharmacie de détails, l'étagère, l'armoire pharmaceutique, le blood bank, le frigidaire, voire même le congélateur. Le but étant de faire ressortir tous les maillons de bout en bout avant le patient/client et le risque qui y sont liés. Nous n'incluons pas ici des relais communautaires avec leur armoire pharmaceutiques ou cantine, etc.

Coordination : du latin *ordinare* « mettre en ordre, arranger, disposer en ordre ». La coordination consiste à communiquer régulièrement des informations pour que les activités liées soient alignées, effectives et efficaces. On peut coordonner via email, téléphone, conférence téléphonique, et réunions avec les acteurs impliqués dans le financement, l'achat et le transport/distribution des produits, bref, toutes les activités de la chaîne d'approvisionnement, et des interventions programmatiques, etc.

Entreposage/stockage : activité qui consiste à garder un stock de produits dans un bâtiment, une pièce voire un réfrigérateur ou un congélateur et à en gérer les entrées et les sorties par un système de réquisitions ou allocations.

Si l'entreposage concerne de quantités très larges et volumineuses, il nécessite souvent une mécanisation et un large espace (au niveau de la CAME et des ONG centrales et des agences régionales CAME – palettes et cartons tertiaires de produits réfrigérés et non-réfrigérés).

Si le stockage se fait avec des plus petites quantités, il est moins volumineux et ne nécessite pas de mécanisation (au niveau du Dépôt Répartiteur des Zones de Santé (DRZS), des six antennes départementales de l'ANTS, du magasin de gros des FS et de la réserve des sites des ONG – cartons secondaires).

Les très petites quantités se trouvant plus bas dans la pyramide sanitaire, c'est-à-dire près du service médical (au niveau de la pharmacie de détails des FS, des étagères de la maternité, du laboratoire, de la salle de consultations des ONG, ou du relais communautaire – boîtes primaires/unité).

Il ne faut pas oublier la chambre froide/réfrigérateur/congélateur/blood bank et la glacière comme lieu de stockage pour les produits réfrigérés. L'entreposage/stockage doit maintenir les bonnes conditions d'entreposage et de manutention afin que les produits ne soient détériorés. Cette sous-activité est donc largement impactée par la politique d'AQ.

Fonctions capacitantes/supports : ces fonctions transversales sont au nombre de six. Elles viennent en support « capacitant » aux sept fonctions directement opérationnelles de la chaîne d'approvisionnement : environnement réglementaire, gouvernance et leadership, coordination, financement, ressources humaines, et enfin visibilité/Système d'Information de la Gestion Logistique (SIGL), analytique, et suivi de la performance.

Fonctions opérationnelles : ces fonctions sont au nombre de sept. Elles sont les maillons directement opérationnels et successifs de la chaîne d'approvisionnement selon le cycle de vie des produits : quantification, sélection/achat, entreposage/stockage et gestion de stock, transport/distribution, gestion des déchets, et usage rationnel, et enfin assurance qualité.

Quantification : la quantification consiste en l'exercice annuel d'évaluation des besoins (ou de mises-à-jour intermédiaires) en terme de spécifications techniques et de quantité. Elle se fait par trois méthodes, l'historique des quantités *distribuées* (des CAME régionales aux DRZS avec SAGE, des DRZS aux FS avec MediStock/channel2/MedicoStock, etc.), la population cible/données épidémiologiques, ou une méthode hybride. Puisque la gestion des produits de la SR dans les FS n'est pas informatisée, les données de *consommation* ne sont pas accessibles, sans un rapportage par canevas. Elles sont extraites au niveau des DRZS et sont donc des données des *distribution/livraisons*. Ainsi la quantification intègre parfois comme sous-activité la récupération ou rapportage de ces données venant des FS. Ensuite, elle identifie les besoins et déficits de financement. Elle se termine par l'élaboration du plan d'approvisionnement.

Suivi de la performance: cette fonction inclut le suivi, l'évaluation et l'amélioration de manière récurrente et continue de la performance de la chaîne d'approvisionnement dans son ensemble ou pour une de ses activités. Cette fonction inclut l'agrégation et l'analyse de données issues du SIGL pour analyse et prise de décision par les différents acteurs impliqués.

Transport/distribution: cette fonction englobe la gestion de flotte de véhicules (camions, pick-up, « dindons », motos, vélos, etc.), la planification de l'itinéraire de distribution et sa périodicité, le transport, le chargement et le déchargement ainsi que toute la documentation liée. Le transport/distribution existe à différents niveaux de la chaîne :

- du manufacturier/fournisseur internationaux aux port et aéroport/entrepôts des douanes,

- des douanes/fournisseurs locaux à l'entrepôt de la CAME centrale ou des QG des ONG,
- de la CAME centrale aux entrepôts des trois agences régionales CAME, ou alors des QG des ONG aux magasins de gros des sites ONG,
- des entrepôts des 3 agences régionales CAME aux DRZS,
- des DRZS aux formations sanitaires,
- (des formations sanitaires aux relais communautaires)
- et aussi au cas où des produits doivent revenir à la CAME centrale

Le transport doit maintenir les bonnes conditions d'entreposage et de manutention (le stock est devenu mobile au lieu d'être immobile dans un lieu spécifique) afin que les produits ne soient pas détériorés. Cette sous-activité est donc largement impactée par la politique d'AQ.

Visibilité/Système d'Information de la Gestion Logistique (SIGL) et analytique : fonction transversale, le flux d'information permet la visibilité et le suivi des produits dans toutes les activités en aval après l'arrivée dans le pays. Le flux de produits descendant s'accompagne d'un flux d'informations remontant, des FS au niveau central. Le SIGL n'est pas seulement du data warehousing (comme le SNIS/DHIS2), il intègre aussi un module de gestion de stock, de commandes vis-à-vis de l'entité en amont, de suivi d'indicateurs-clefs de gestion et de performance, et parfois aussi un module de quantification. Quand le SIGL est en réseau, il met à disposition les informations en temps réel et donc offre une visibilité 24h/24h et 7jours/7 de bout en bout de la chaîne.

DRAFT 03

5. INTRODUCTION

5.1. Méthodologie

L'élaboration de ce document est le fruit d'un processus :

1. Clarification du périmètre de la SR avec mis-à-jour de l'ancienne liste des produits SR (en annexe 3) et des acteurs programmatiques en SR (DSME, PNLP, PNLS, ONG, ANTS, les pharmacies et cliniques privées), des acteurs en support (DPP, DPMED, CAME, DRZS, etc.), et des acteurs externes techniques et financiers (UNFPA, UNICEF, OMS, GFATM, BM, OOAS, coopérations de la France, de la Belgique et des Pays-Bas) (au chapitre 6.2.2 Aperçu graphiques des principaux acteurs de la chaîne d'approvisionnement).
2. Evaluation sommaire de la mise en œuvre des deux plans 2006-2015 lors de visites et entretiens. Ils ont permis de faire le point de la mise-en-œuvre des plans et d'identifier les principaux manquements aux objectifs.
3. Analyse situationnelle de la chaîne d'approvisionnement des produits de SR réalisée en novembre 2016. Cette mission exécutée par une équipe de deux consultants internationaux et nationaux sous la direction de la DSME a permis de relever les forces et faiblesses ainsi que les opportunités et menaces et de formuler des recommandations.
4. Organisation d'un atelier avec les principaux acteurs. Cet atelier qui a eu lieu en décembre 2016 à Bohicon, a permis aux différents acteurs de la SR tant du public que du privé, des PTF, des ONG, des associations professionnelles et autres organisations de la société civile de retenir de façon consensuelle les problèmes majeurs à prendre en compte dans ce plan, de suivre les objectifs stratégiques, les objectifs opérationnels du PNDS, et d'élaborer les activités principales à mettre en œuvre pour la SPSR, et les indicateurs de leur réalisation.
5. Organisation d'un atelier de validation finale du plan stratégique en janvier 2017. Cet atelier a regroupé les décideurs de la SPSR et a permis la validation du plan stratégique.

5.2. Limites de la méthodologie

Il est important de relever certaines limites quant à la méthodologie utilisée. L'analyse situationnelle a été essentiellement une étude qualitative et n'a pas pu rendre disponibles des informations quantitatives à part la disponibilité des 85 produits dans un échantillon de 25 sites de santé.

Puisque les hypothèses existantes ne sont pas fiables et que le temps alloué à l'élaboration de ce plan est trop court, il a été décidé que la quantification des produits ne ferait pas partie de ce plan mais nécessiterait un travail complémentaire ultérieur pour établir un système pérenne, robuste, inclusif et holistique.

Le temps imparti aux consultants ne leur a pas permis d'analyser tous les détails des flux de produits de la SR et d'évaluer certains acteurs de la SR comme les grossistes pharmaceutiques et les pharmacies privés, les organismes confessionnels, et surtout le niveau communautaire, le dernier kilomètre. Ils n'ont pas non plus visité l'entrepôt central de l'ONG ABPF.

5.3. Contexte

La Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNEA) constitue un enjeu majeur dans le processus de développement sanitaire au Bénin et elle est au centre des préoccupations des décideurs ainsi que des partenaires financières et techniques au plus haut niveau. Le premier domaine prioritaire défini par toutes les parties prenantes dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 du Bénin est de réduire la

morbidity et la mortalité et améliorer la santé durant les principales étapes de la vie (grossesse, accouchement, post-partum, période néonatale, enfance et adolescence), y compris la santé génésique et sexuelle à travers la mise en œuvre du Paquet d'Intervention à haut Impact (PIHI) défini pour chaque niveau du système de soins et composé des stratégies interventionnelles comme la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance, les Soins Obstétricaux et Néonataux (SONU), la Planification Familiale (PF). Malgré tous les efforts pour atteindre l'objectif stratégique du PNDS d'améliorer l'offre des services de santé, la mortalité maternelle, néonatale et infantile reste très élevée surtout dans le quintile des plus pauvres et le système de santé ne parvient pas à faire face aux énormes défis pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement 4&5.

En lien avec les objectifs fixés par le PNDS, la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant a élaboré des stratégies, des plans stratégiques et des plans d'action qui couvrent différentes périodes allant de 5 à 10 ans selon les programmes. Parmi ces documents, mentionnés le plan stratégique de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015, le plan stratégique national multisectoriel de la Santé de la Reproduction, des Adolescents et des Jeunes, le plan stratégique de Survie de l'Enfant, le plan stratégique national de sécurisation de repositionnement de la Planification Familiale, et les deux plans stratégiques de la SPSR. La plupart de ces documents dont le plan stratégique nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015 sont parvenus à leur terme en 2015.

En 2010, la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant a défini en collaboration avec les PTF, le PIHI pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile suivi d'un Plan d'opérationnalisation. La mise en œuvre du PIHI est fortement soutenue par plusieurs partenaires qui ont décidé de travailler ensemble avec le Ministère de la Santé (MS) et particulièrement avec la DSME pour l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile. Dans ce cadre, de nombreux financements ont été mobilisés, notamment les financements français MUSKOKA, RMNCH, les financements de l'AFD, l'USAID, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la CTB et les Pays-Bas.

Le Bénin a signé l'Engagement en faveur de la Stratégie 2.0 du Secrétariat Général des Nations Unies en faveur de la Santé des Femmes, Enfants et Adolescents en septembre 2015.

L'année 2015 a été une année de transition entre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui seront mis en œuvre à travers des plans quinquennaux. De ce fait, le premier plan stratégique intégré de la SRMNEA 2016-2020 couvrira le premier quinquennat de la période des ODD. Ce plan est basé sur les priorités identifiées par la première revue intégrée de performance des programmes SRMNEA 2015 et représente un cadre stratégique qui précise le But, les Objectifs, les Stratégies, les Cibles et les indicateurs de suivi. Ce premier plan stratégique intégré permettra à chaque programme, de développer ses stratégies spécifiques et les activités pour les cinq (5) prochaines années ainsi que les plans d'actions annuels.

C'est un plan national unique, pour la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents qui prend en compte les engagements du Bénin en faveur de la Stratégie 2.0 du Secrétaire Général des Nations Unies basée sur l'équité, l'égalité genre et les Droits humains.

(Tiré du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021)

5.4. Monographie succincte du pays

Le Bénin est situé entre le Togo et le Nigéria sur la côte Atlantique de l’Afrique de l’Ouest. La population est de 10,2 millions d’habitants dont 43,3% ont moins de 15 ans et 50% dans la tranche d’âge de 15 à 54 ans Au Bénin, l’Indice Synthétique de Fécondité est de 4,9 enfants par femme mais il existe d’importants écarts en fonction de la richesse et du niveau d’éducation. Le taux de prévalence de la contraception au Bénin est faible. Il est de 7,9 % en ce qui concerne les méthodes modernes de contraception et de 12,9 % pour la totalité des moyens de contraception. Les besoins insatisfaits en matière de planification familiale sont estimés à 33 %. Le taux de mortalité maternelle au Bénin atteint 328 pour 100 000 naissances vivantes.

(Tiré du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021)

5.5. Profil sanitaire

La population totale du Bénin est de 10,2 millions d’habitants dont la moitié a moins de 15 ans. Une cinquantaine d’ethnies environ se trouvent réparties sur des aires géographiques bien déterminées. Les principaux groupes ethniques sont : Fon (39 %), Adja (15 %), Yoruba (12 %), Batombu (9 %), Peulh (7%), Otamari (6%), YoaLokpa (4,5%), Dendi (2,5%). La population du Bénin et sa distribution selon les cibles des programmes de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent se présentent comme résumée dans le tableau n°1 ci-dessous.

La fécondité est élevée et précoce chez les femmes béninoises. L’Indice Synthétique de Fécondité était à 4,9 enfants par femme en 2011. Cet indice synthétique de fécondité est de 5,4 en milieu rural contre 4,3 en milieu urbain. Il est de 6,1 par femme dans le quintile des plus pauvres contre 3,9 dans le quintile des plus riches. La fécondité est précoce de l’ordre de 94‰ chez les femmes entre 15 et 19 ans dans l’ensemble du pays, 120‰ en milieu rural, 67‰ en milieu urbain, et 34‰ à Cotonou. Ce niveau de fécondité monte rapidement à 230‰ chez les femmes de 20 à 24 ans, culmine à 251‰ chez les femmes de 25 à 29 ans et amorce une régression à partir de 35 ans.

(Tiré du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021)

5.6. Etat général des ressources disponibles pour la santé

Le Bénin compte 34 zones sanitaires dont 79% sont fonctionnelles. Des 855 formations sanitaires répertoriées au Bénin en 2010, ce sont 817 (soit 96%) formations sanitaires qui disposent de maternité. Parmi ces 817 maternités, 47% ont un espace aménagé pour la réanimation du nouveau-né, et 10% seulement disposent de salles de soins pour les nouveau-nés. Dans l’ensemble du pays, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans un rayon de 5 km.

Parmi les 817 formations sanitaires qui disposent de maternité, 43% disposent de chronomètre, 29% d’obus d’oxygène, 25% de table chauffante et de lampe chauffante, et 55% ont un aspirateur électrique ou à pédale. Selon l’enquête SARA 2013, l’indice de capacité opérationnelle générale des services est de 59% avec les scores les plus faibles concernant la disponibilité en médicaments essentiels (40%) et la capacité de diagnostic (32%). Cette enquête a aussi révélé que seuls 13% des formations sanitaires enquêtées disposent de la totalité des éléments de précaution standard pour la prévention de l’infection en milieu de soins.

Le défi majeur du Bénin est l'insuffisance de ressources humaines. Les normes de l'OMS recommandent 2,3 employés qualifiés pour 1 000 habitants pour les services généraux de santé et 4,5 agents qualifiés pour la couverture universelle en SRMNI.

La région africaine affiche actuellement un seuil de 0,8 et le Bénin est encore en deçà de ce seuil. Parmi les problèmes majeurs qui aggravent cette insuffisance, on relève l'inadéquation de la formation et de l'emploi, le faible recrutement et le maintien du personnel qualifié, la mauvaise répartition du personnel qualifié sur le terrain, l'absence de mécanisme de fidélisation au poste, l'insuffisance de la gestion du plan de carrière des ressources humaines. En 2014, seuls 33% du personnel qualifié nécessaire pour couvrir les formations sanitaires du pays sont disponibles (rapport 2013, DRH). Dans la majorité des formations sanitaires, les prestations sont assurées par des infirmiers bénévoles ou des aides-soignants. L'insuffisance des ressources humaines qualifiées est plus marquée dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Seulement 14% des besoins sont satisfaits dans les zones rurales contre 70% dans les zones urbaines. Toutes les régions du pays sont affectées par cette insuffisance de ressources humaines qualifiées dans les zones rurales, mais la situation est plus préoccupante dans les zones rurales des départements du Borgou, de l'Atlantique, de l'Alibori et de l'Atacora.

Le Bénin consacre 4,6% de son PIB et environ 8,34% des dépenses publiques à la santé contre les 15% selon l'engagement pris par les Chefs d'Etat dans la Déclaration d'Abuja en 2001. D'après l'atlas des dépenses de santé de 2010 établi par l'OMS, le Bénin consacre 31 dollars par habitant par an contre le standard de 44 dollars par habitant préconisé. Selon les Comptes Nationaux de la santé de 2012, la contribution des ménages aux dépenses de la santé avoisinent 37% contre 20% recommandés par l'OMS. Actuellement la contribution de l'état est évaluée à 33% et celle provenant des partenaires techniques et financiers à 29%. Les Dépenses en santé par tête d'habitant sont inférieures aux 80 USD recommandés par l'OMS. Dans le domaine spécifique de la santé de la mère et de l'enfant, la mise en œuvre de la politique de gratuité de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et de la gratuité de la césarienne par le gouvernement vient alléger la contribution des ménages alors que la contribution des partenaires s'élève à plus de 70% des dépenses. Ces partenaires sont : PSI, PLAN BENIN, UNFPA, UNICEF, les coopérations Suisse, des Pays-Bas, l'AFD, OMS, USAID et les ONG. La tendance des ressources financières se résument en 3 observations :

- Le budget est très variable en prévision d'année en année ;
- Le taux de mobilisation varie entre 30 et 75 % ;
- Le budget total dépend fortement de la contribution des partenaires qui couvrent plus des 2/3 chaque année.

(Tiré du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021)

6. ANALYSE SITUATIONNELLE

6.1. Présentation du cadre d'analyse et de l'approche

Le 22 novembre, la DSME a organisé une réunion regroupant les acteurs de la SR. Cet atelier s'est focalisé sur la restitution préliminaire des observations :

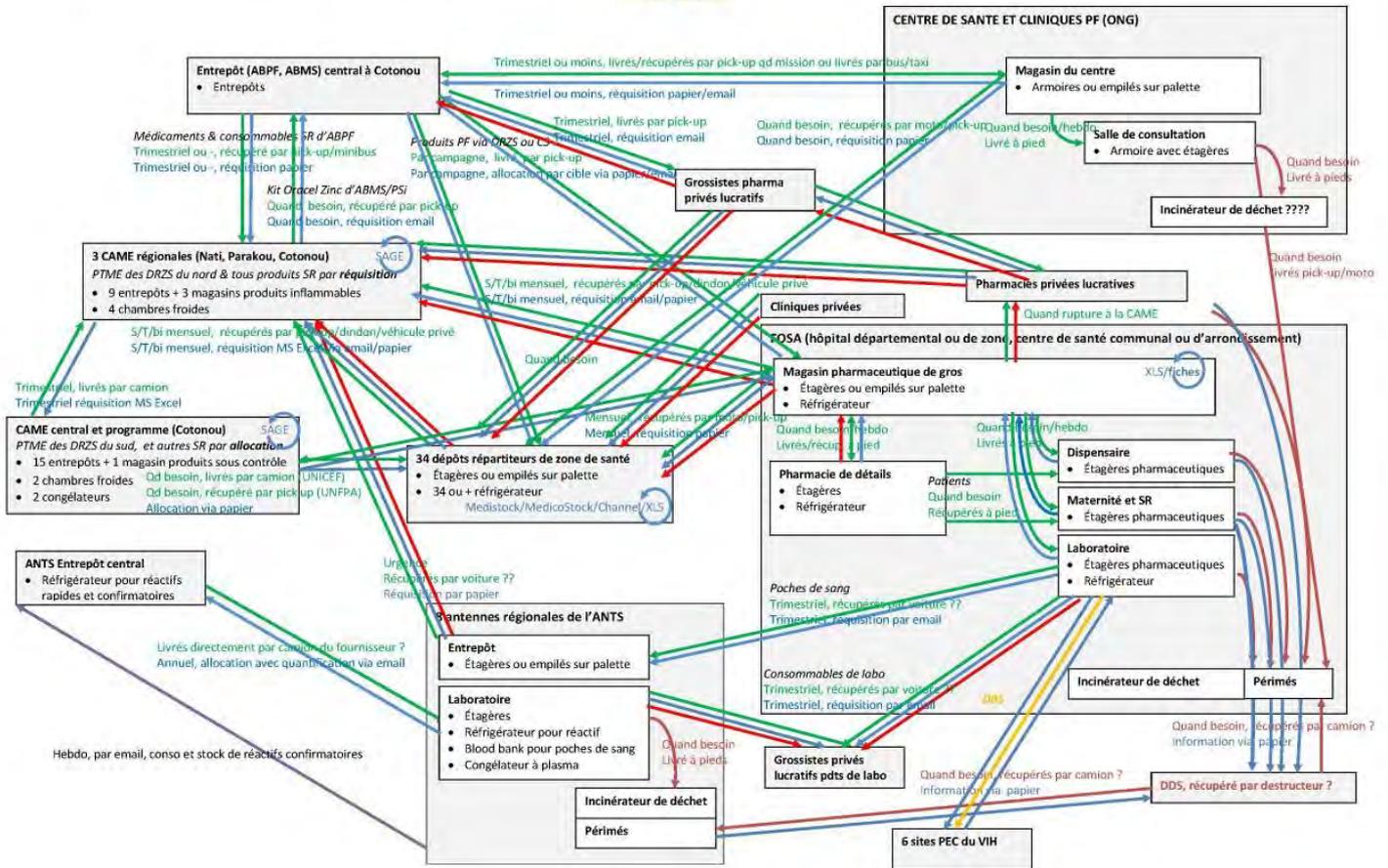
1. La réalisation des objectifs des deux plans de la SPSR 2006-2015
2. La situation de la chaîne d'approvisionnement des produits de la SR en 2016

Il a également permis d'avoir un consensus autour de sept fonctions opérationnelles (sélection/quantification, achat, entreposage/stockage, transport/distribution, usage rationnel,

6.2.3. Aperçu graphique des principaux flux de produits, d'information et d'argent

Cartographie des acteurs de la santé de la reproduction, leurs responsabilités, et des flux produits/information de leur chaîne d'approvisionnement de bout en bout, fin 2016

GLOBAL



Le flux descendant de produit est de couleur verte, le flux ascendant d'information est bleu, le flux d'information lié aux déchets est marron, et enfin le flux d'argent est rouge.

Le détail des flux par les différents produits des types d'acteur de la SR est donné en annexe

- 4A pour les produits destinés aux formations sanitaires,
- 4B pour les ONG et les pharmacies privées,
- 4C pour l'ANTS et ses six antennes départementales,
- 4D pour la CAME centrale et ses trois agences régionales,
- 4E pour la gestion des déchets,
- 4F pour les flux de rapportage et SIGL ou assimilé

6.3. Situation et analyse des sept fonctions opérationnelles

6.3.1. Sélection/quantification

Forces : certains programmes organisent une quantification annuelle fonctionnelle avec des mise-à-jours trimestrielle (PNLS, PNLP). Pour les produits contraceptif jusqu'à fin 2015, la DSME organisait une quantification inclusive via l'atelier annuel du Tableau d'Acquisition des Contraceptifs (TAC pour les produits PF). Chez les ONG, la quantification existe aussi,

parfois en collaboration avec la DSME. Pour la quantification par cibles/données épidémiologiques, les informations sont remontées trimestriellement par le SNIS/DHIS2 avec une complétude et promptitude relativement bonne¹, et qui couvre toutes les formations sanitaires (FS), et certains programmes (PNLP, PNLS, formulaire C6 pour la PF, etc.). Pour la CAME/achat, la quantification annuelle des produits à recouvrement est essentiellement basée sur les historiques des quantités *distribuées* et réalisée de manière indépendante. Pour les produits alloués par les PTF, la CAME centrale est relativement toujours impliquée dans les quantifications nationales car elle possède l'historique des quantités *distribuées*. Les produits SR sélectionnés et utilisés sont bien identifiés et homogènes de bout en bout de la chaîne par rapport aux Directives de Traitements/Prescriptions Standard (DTS) auprès des cibles de population.

Faiblesses : les quantifications annuelles du PNLN et PNLS sont peu collaboratives et inclusives de tous les acteurs, notamment la DSME/logistique. C'est également le cas pour l'ANTS vis-à-vis de la DSME et des PTF. En règle générale, les quantifications n'utilisent pas d'outils de calcul homogènes (Spectrum pour le PNLS, MS Excel pour le PNLN et le PF), avec la même méthode (historique des quantités *distribuées* ou cible/données épidémiologiques), et les mêmes hypothèses de population de base (tranches d'âge, etc.).

Pour la quantification par l'historique des *consommations*, il n'existe pas de système intégré, efficace et effectifs remontant les informations (sauf au niveau du PNLS, du PNLN et des ZS avec les supervisions trimestrielles dans les FS) ni même de canevas de rapportage intégrant tous les produits de la SR (SONU, suivi de l'enfant, etc.).

Pour la quantification par les cibles/données épidémiologiques, les informations remontées par le SNIS/DHIS2 ne sont pas toujours utilisées par la DSME/logistique et programme à des fins d'optimisation, n'intègrent pas les ONG et l'ANTS, et ne concerne pas tous les produits (SONU, nutrition, etc.).

Il existe une multitude d'organes non fonctionnels incluant des exercices de quantification (TAC, sous-comités techniques du CNAPS, GTT SR). L'analyse de variance entre le prévisionnel/réel, des plans d'approvisionnement, et les réajustements périodiques ne sont pas systématiques. Chez les ONG, la quantification peut être totalement parallèle et autonome vis-à-vis de la DSME, et répondre plus à des objectifs spécifiques des PTF. Leurs méthodes (par historique des *consommations* ou population cible/données épidémiologiques) ne sont pas homogènes, intégratives, et holistiques. La coordination entre les autres acteurs et la DSME est clairement insuffisante.

Les canevas de rapportage (historique de *consommations*, ou population cible/données épidémiologiques) entre les FS et les ZS ne sont pas toujours uniques, et n'intègrent pas tous les produits de la SR. Les acteurs impliqués dans le remplissage des canevas (infirmiers, dispensateurs, gestionnaire, etc.) ne sont pas tous suffisamment formés au bon remplissage. Les informations des cliniques et pharmacies privées sont rarement intégrées à cette quantification par la DSME.

Pour la CAME centrale, la fiabilité de la quantification annuelle des produits à recouvrement dépend de facteur comme la capacité financière des DRZS, des FS, et des patients (pouvant donc laisser un besoin inexprimé), et l'impact des ruptures de stocks.

Opportunité : certains programmes ont des pratiques (outil, méthode, rapportage et coordination) produisant des données de qualité qui peuvent constituer des meilleures pratiques.

Ensuite, tous les acteurs de la SR ont conscience que la quantification des produits de la SR ne fonctionne pas, n'est pas coordonnée, ni intégrée et semblent prêts à trouver une meilleure

¹ Entretien avec la DPP

solution. Ainsi certains PTF ont récemment évalué² tous les organes et tentatives à coordonner et piloter la quantification afin de trouver et recommander une plateforme intégrée, collaborative et inclusive en même temps qu'efficace et effective.

Enfin, les 34 DRZS (avec MediStock/Channel2, etc.) et les CAME centrale et régionales (avec SAGE) possèdent des données robustes pour quantifier les produits SR à recouvrement par la méthode basée sur l'historique des quantités *livrées*.

Menaces : la quantification incorrecte des produits de la SR alloués par les PTF a des conséquences désastreuses en aval de la chaîne, en créant des sur-stockages massifs (et donc péremption), potentiellement déstabilisatrices pour tout la chaîne (CAME centrale et les trois agences régionales, DRZS, et magasins en gros des FS).

Pour les produits SR à recouvrement, l'absence de donnée de *consommations* et le manque de fiabilité de l'historique des quantités *livrées* font porter un grand risque sur leur quantification, peut donc conduire un achat non adéquat et donc à des ruptures de stock³ ou sur-stockage.

Dans les deux cas, cela décrédibilise la chaîne et offre l'opportunité aux DRZS et FS d'acheter chez les grossistes et les pharmacies privées pour palier aux ruptures.

Le non respect des Directives de Traitement/Prescription Standards (DTS) la mise-à-jour non régulière de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) encourage les praticiens à prescrire des produits non autorisés, handicape l'introduction de nouveaux produits, limite la demande des prescripteurs (laissant un besoin inexprimé), etc.

Symptômes : la quantification est peu collaborative et peu inclusive, notamment les cliniques et pharmacies privées et les structures confessionnelles, avec un processus globalement inefficace. L'historique des quantités *distribuées* (enregistrée sous SAGE et MediStock) et les données de population cible/épidémiologiques (rapportée par SNIS/DHIS2 via la DPP) ne sont pas toujours exploités par la DSME/logistique.

Hors PNLs, les outils de calcul se limitent à MS Excel et les hypothèses de population de base, les méthodes et le processus de quantification ne sont pas homogènes, ni validés de manière collaborative avec tous les acteurs. Enfin, le réajustement périodique et analyse de variance prévisionnel/réel est absent.

Causes fondamentales : le processus actuel de quantification des produits alloués et à recouvrement n'arrive pas à corriger les hypothèses erronées de population cible/données épidémiologiques et utilise l'historique inexact de quantités *distribuées*. La cause en est l'absence d'un SIGL en réseau opérationnel dans les DRZS ou mieux, jusqu'aux FS apportant une visibilité en temps réel.

La DSME/logistique n'a pas forcément les capacités techniques et en nombre d'analyser ces informations avant chaque exercice de quantification pour les produits alloués et ceux à recouvrement. De même, l'analyse et l'exploitation des données de population cible/épidémiologiques (rapportée par SNIS/DHIS2) pour affiner la quantification n'est pas effectuée.

En outre, la variance des données du prévisionnel/réalisé n'est pas analysée *a posteriori* pour l'amélioration du processus, des hypothèses et un ajustement ponctuel de la quantification si nécessaire.

Enfin, puisque les rôles et les responsabilités de la DSME ne sont pas clairs, la DSME ne conduit pas la coordination de la quantification de tous les produits qui la concernent, en

² *Evaluation des instances de coordination dans le secteur de la santé au Bénin*, septembre 2016, coopération belge.

³ En 2015, l'enquête sur la SPSR au Bénin auprès de 152 sites trouvait 72% des sites publics en rupture de stocks de contraceptifs, et 61% des sites privés/confessionnels/associatifs,

incluant tous les acteurs (ONG, pharmacies et cliniques privée, structures confessionnelles et surtout les PTF).

6.3.2. Achat

Forces : la liste des produits de la SR est clairement définie et connue des acteurs de la SR. Hors produits importés par les PTF, les achats sont relativement intégrés à la CAME/achat et conforme aux standards internationaux avec une double pré-qualification fournisseur et couple produit/fabriquant. Les autres produits financés par le budget national sont achetés via la cellule de passation de marché du MS. Pour la CAME centrale, les trois agences régionales CAME et les DRZS, la disponibilité des produits SR s'est globalement améliorée entre 2013 et 2015⁴.

Faiblesses : la liste actualisée des produits de la SR n'est pas encore validée ni bien disséminée auprès de toutes les FS, les sites des ONG et les pharmacies privées, avec sans doute un impact sur la prescription. Les acteurs au niveau périphériques considèrent globalement la SR comme seulement le planning familial.

Parmi les produits non intégrés à un achat centralisé, il y a les produits de la transfusion sanguine (poches de sang, réactifs, consommables) et les produits financés par le budget national et destinés au panier commun (CTA, TDR paludisme et VIH/IST, contraceptifs, ARV et médicaments IST de PTME) achetés via la cellule de passation de marché. Cet achat fragmenté ou pas des acteurs aux procédures moins rodées ni certifiées ne permet pas la maximisation des économies d'échelle. Dans l'ensemble, les délais de procédure de passation de marché sont très longs pour cette cellule alors qu'ils sont d'environ six mois à la CAME/achat.

Pour les produits à recouvrement, les ruptures de stock à la CAME centrale et dans les agences régionales CAME sont souvent causées par des achats impossibles (quantité trop faible pour intéresser les fournisseurs, médicaments orphelins, etc.), retard de livraisons ou encore quantifications erronées ou pas suffisamment précises.

Pour les produits alloués par les PTF, l'importation/ livraison non échelonnée est très problématique avec un impact désastreux (sur-stockage, périmés) sur la CAME centrale et rapidement aussi en aval dans les trois agences régionales CAME, les DRZS, et les FS.

Opportunités : la gratuité de la PF va probablement en augmenter considérablement la demande et donc impacter le volume d'achats avec un effet favorable sur le prix. L'étude récente⁵ sur un fonds de garantie proposé à la CAME pour les produits SR lui permettrait d'effectuer les achats financés par le budget national mais actuellement exécuté par la cellule de passation de marché du MS, avec un impact positif sur les prix et sur la réduction de rupture de stock.

Menaces : avec des conséquences désastreuses sur l'aval de la chaîne (rupture ou surstocks), les quantifications imprécises ou erronées sont potentiellement déstabilisatrices pour toute la chaîne et surtout en décrédibilisent les acteurs. A long terme, la multiplication du gaspillage (produits périmés avariés) peut décourager et donc limiter l'apport financier des PTF.

Ensuite, si les ruptures de stock se multipliaient, les DRZS et FS pourraient perdre confiance vis-à-vis de l'amont de la chaîne d'approvisionnement (et surtout de la

⁴ L'enquête SARA de 2015 cite la disponibilité moyenne des diagnostics est de 51% en 2015, en amélioration par rapport à 2013 (32%), les tests de diagnostic rapide de la syphilis, restent bas (autour de 15%), en nette amélioration pour le diagnostic du VIH (67% contre 46%), et le test urinaire de grossesse (72% contre 27%). Pour les médicaments essentiels, les 742 FS sur 18 molécules montrent que la disponibilité moyenne est de 43% (8 molécules sur 18) et qu'aucune FS ne disposait de l'ensemble des molécules le jour de l'enquête.

⁵ Entretien avec la direction de la CAME

CAME/achat) et s'approvisionnement en masse auprès des grossistes et pharmacies privées. Ce basculement pourrait déstabiliser la chaîne et sans doute la faire périlcliter.

Symptômes : le Ministère de la Santé (MS) et les acteurs de la SR n'ont pas encore validé la liste actualisée des produits de la SR, ce qui n'en permet pas la vulgarisation, limite leur connaissance des produits SR par rapport aux produits PF, et en réduit la demande.

La CAME/achat n'est pas encore totalement acceptée comme la meilleure pratique d'achat et la plus efficace, ainsi certains achats sont effectués par des services moins performants sur le processus et sur le prix. L'activité achat est une des causes des ruptures de stock des produits. La livraison des produits alloués par les PTF est problématique car n'incluant pas une livraison échelonnée par trimestre.

Causes fondamentales : le leadership de la DSME ne permet pas de valider la liste actualisée des produits par un arrêté du MS.

La rigidité des procédures des dépenses publiques ne positionne pas la CAME/achat comme un prestataire de service de référence pour l'achat. Et la DPMED comme structure coordinatrice de la chaîne d'approvisionnement n'engage pas suffisamment son leadership pour optimiser les économies d'échelle par la centralisation des achats.

L'achat des produits à recouvrement par la CAME/achat n'est pas soutenu par une quantification annuelle basée sur l'historique précis des *consommations* (au lieu des quantités *distribuées*) parce qu'il n'existe pas un SIGL en réseau jusqu'au niveau des FS.

Enfin, comme cause de ruptures de stock, il y a la taille réduite du marché du Bénin qui ne suscite qu'un faible intérêt des fabricants/fournisseurs internationaux lors des appels d'offres et ne les poussent pas à respecter les délais de livraison.

6.3.3. Entreposage central, régional, et stockage au niveau des ZS et FS

Forces: l'entreposage est une des composantes de la chaîne la plus intégrée et homogène, et il se fait globalement à la CAME centrale et aux trois agences régionales, ainsi qu'aux DRZS, pour les produits à recouvrement comme ceux alloués par les PTF. Les ONG (ABPF et ABMS) possèdent aussi leurs propres entrepôts centraux à Cotonou.

La chaîne d'approvisionnement bénéficie de bons bâtiments relativement dotés d'équipement de stockage dans les 34 ZS (dépôt et réfrigérateur), les six antennes de l'ANTS (magasin de gros et étagère dans les salles de prélèvement et de test, réfrigérateur et blood bank, congélateur), les FS (magasin de gros, étagères dans la pharmacie de détails, réfrigérateur, armoire/étagère dans la maternité/dispensaire/laboratoire avec réfrigérateur) et dans les sites des ONG (magasin et étagère/armoire dans une salle de consultation) aux conditions quelques fois moyennes.

Le personnel y est dédié. Depuis 2015, la CAME a formé certains des 34 DRZS et des cliniques privées les plus grosses. Au niveau des FS et des ONG, l'outil de gestion est la fiche de stock. Au niveau des DRZS, les logiciels de gestion (MediStock/Channel2/MedicoStock etc.) sont utilisés en même temps que les fiches de stock. Le contrôle des stocks et la réconciliation d'inventaire annuelle ou semestrielle sont solidement réalisés sous la supervision du comité de gestion (co-ges).

Au niveau des CAME, la CAME centrale possède treize entrepôts et deux chambres froides (six sont loués) et les trois agences régionales CAME ont dix entrepôts et trois chambres froides ensemble dans des conditions relativement bonnes et avec une source d'énergie sécurisée. La manutention est seulement mécanisée dans les entrepôts de la CAME centrale et le logiciel comptable SAGE installé est performant. Le personnel y est dédié (environ 45 Equivalant Temps Plein incluant les occasionnels) et le savoir-faire et la qualité y sont reconnus.

La disponibilité de produits SR est quasi-totale dans la CAME central et les trois agences régionales et les ONG. Elle est en amélioration constante dans les DRZS et FS depuis 2013⁶⁷⁸. Pour les produits à recouvrement, le processus de réquisition entre les FS et les DRZS est bien organisé (calcul de la consommation moyenne mensuelle, bon de commande sous format papier amené lors de la récupération de la commande). Pour les produits alloués par les PTF, l'EEZS fait une répartition des produits nouvellement reçus pour des FS de la ZS. Entre les ONG et les FS, la quantité de produits destinée aux campagnes gratuites est plus finement allouée selon une répartition décidée par la FS et l'ONG.

Entre les DRZS et les trois agences régionales CAME, le processus de réquisition est encore mieux organisé (calcul de la consommation moyenne mensuelle, bon de commande sous format papier amené lors de la récupération ou parfois envoyé préalablement par email). Pour les produits alloués par les PTF, l'allocation se fait sur une base de répartition fournie par le PTF. Entre les entrepôts centraux des ONG (ABPF et ABMS) et leurs sites de prestation ou alors les sites de prestation (OSV/JORDAN) et le DRZS, c'est un système de réquisition mensuel plutôt par email ou alors sous format papier quand les produits sont récupérés lors d'une mission à Cotonou.

Faiblesses : pour l'agence CAME centrale, les stocks excessifs imposent de louer des entrepôts complémentaires en périphérie de Cotonou pas toujours aux bonnes conditions. Dans les magasins principaux, le système de racking permet une mécanisation qui demeure manuelle en attente de mise en condition du sol. Dans les trois agences régionales CAME, le système de rayonnage ne permet pas la mécanisation avec une compensation par un personnel nombreux. Le logiciel de comptabilité SAGE n'y est pas en réseau dans les quatre agences CAME, ainsi la visibilité des stocks est réduite et le transfert de données est manuel et fastidieux. Les réquisitions des clients en aval (DRZS, cliniques privées et distributeurs en gros, etc.) ne sont pas dématérialisées ni envoyées en avance pour colisage, et la récupération des commandes de clients est longue (jusqu'à 24h d'attente) d'où une certaine compétition pour arriver le premier le matin.

En centrale ou régional, la capacité à appliquer les meilleures techniques d'entreposage et de gestion de large stock n'est pas optimale. Dans les DRZS, les cartons abîmés, écrasés, percés, brûlés par le soleil, mouillés, pleins de poussières de route sont nombreux, ce qui fait porter un grand risque sur la qualité de produits. Pour les entrepôts centraux des ONG (ABMS) et les dépôts des six antennes de la TS, les conditions et équipements sont en dessous des standards internationaux requis. A tous les niveaux, la protection contre la chaleur (toit isolé, porte cochère, ventilateur et climatisation) est manquante.

Au niveau des DRZS, des FS, des six antennes de la TS, et des sites des ONG, les équipements de stockage (étagères, racks) et de manutention (diables, chariots) sont absents, pas suffisants, ou en mauvais état. La source d'énergie n'est pas sécurisée et les contrats de maintenance absents. D'une manière générale, les conditions des DRZS, du magasin de gros et de la pharmacie de détails, des étagères des maternité/dispensaire/laboratoire au niveau des FS sont souvent inappropriées avec un équipement manquant. Le personnel n'est pas toujours

⁶ L'enquête SARA de 2015 cite la disponibilité moyenne des diagnostics est de 51% en 2015, en amélioration par rapport à 2013 (32%), les tests de diagnostic rapide de la syphilis, restent bas (autour de 15%), en nette amélioration pour le diagnostic du VIH (67% contre 46%), et le test urinaire de grossesse (72% contre 27%). Pour les médicaments essentiels, les 742 FS sur 18 molécules montrent que la disponibilité moyenne est de 43% (8 molécules sur 18) et qu'aucune FS ne disposait de l'ensemble des molécules le jour de l'enquête.

⁷ En 2015, l'enquête sur la SPSR au Bénin auprès de 152 sites trouvait 72% des FS publiques en rupture de stocks de contraceptifs, et 61% des sites privés/confessionnels/associatifs, avec une aggravation dans les départements lointains tels qu'Alibori, Atacora et Borgou, page 15.

⁸ Les consultants ont trouvé une disponibilité de 80 à 90% pour 80 des produits SR dans 20 FS et DRZS, en novembre 2016.

recruté⁹, ne semble pas assez supervisé et pas assez formé, limité par une absence de définition de poste et de statut formel. Les sites les plus lointains sont ceux dont les conditions sont les pires et avec la gestion la plus négligente¹⁰.

Malgré les efforts de gestion de stock, les ruptures spécifiques¹¹ poussent DRZS, FS et ONG à acheter aux grossistes et pharmacies privées.

Entre les FS, les DRZS et les trois agences régionales CAME, le système de commandes pour les produits à recouvrement n'est pas efficient, didactique, et peu dématérialisé. Il n'y a pas de SIGL fonctionnel en réseau pour assurer une visibilité au niveau central des DDR et des DRZS. La fréquence des commandes des DRZS aux agences régionales CAME est très variable (de deux à six mois). Les EEZ ne sont pas toujours informés des activités et du volume de réquisitions des ONG (PLAN et OSV/JORDAN) auprès des DRZS.

Opportunités : la chaîne d'approvisionnement bénéficie de bons bâtiments à tous les niveaux et pour tous les types d'acteurs sur lesquels on peut capitaliser.

Avec la CAME centrale, les trois agences régionales CAME et les 34 DRCZ, la chaîne d'approvisionnement a une solide épine dorsale pour l'entreposage et la distribution permettant quand même une bonne disponibilité. En outre, tous les acteurs reconnaissent que les conditions et l'efficacité de la gestion à tous les niveaux ne sont pas optimales, doivent être améliorées, et les PTF sont prêts à soutenir cet effort.

L'utilisation des logiciels de gestion tels que SAGE aux CAME et MediStock/Channel2/MedicoStock aux DRZS peut être optimisée et permettre une visibilité en temps réel, le suivi d'indicateurs-clef de performance, l'utilisation de technologie de code bar « track and trace » et la dématérialisation des commandes.

Dans dix ZS, ANCRE pilote une initiative¹² de reportage/commande via sms par CommCare/Dimagi des FS vers les DRZS. La bonne utilisation du SNIS/DHIS2 doit permettre de dématérialiser le flux d'information sur le segment FS-DRZS, créer une visibilité en temps réel, et créer une autre source d'informations plus programmatique avec les données épidémiologiques et les interventions de soin et de prescriptions.

Menaces : si les bonnes conditions des produits dans les bâtiments ne sont pas maintenues, la détérioration de la qualité et l'efficacité des produits adviendra avec potentiellement des cas d'intoxication voire même le décès. Aujourd'hui, la chaîne ne permet pas cette visibilité sans pharmacovigilance, échantillonnage aléatoire régulier pour effectuer des contrôles qualité au niveau des agences régionales CAME, des ZS et des FS. Cela lui fait courir un risque extrême.

Ensuite, sans amélioration, le nombre de produits périmés et avariés peut s'accroître et ainsi gaspiller les ressources. Si les ruptures de stocks ne permettent pas une disponibilité totale, elles contribuent à une détérioration de la confiance des patients/clients dans la qualité des soins et limiter l'impact programmatique. C'est donc le système sanitaire qui est sapé.

⁹ Rapport de pré-évaluation de l'étude de faisabilité pour l'introduction des produits de la SR dans la chaîne d'approvisionnement en vaccins de la ZS de Comé, août 2016, page 32, en moyenne, il y a 1 magasinier ou plus dans 40% des FS, 1,1 dans les DRZS, et 1,5 dans les hôpitaux. Il n'y a pas de pharmaciens dans les DRZS, mais 2 dans les hôpitaux.

¹⁰ En 2015, l'enquête sur la SPSR au Bénin auprès de 152 sites trouvait l'absence de fiches de stocks systématiquement plus importante dans les sites ruraux (10% à 60%) que dans les sites urbains (10% à 45%).

¹¹ L'Evaluation de la chaîne d'approvisionnement nationale du Bénin, mars 2016, page ix, indique que 58% des commandes des DRZS auprès des trois agences régionales CAME au cours des douze derniers mois ont été modifiées pour rupture ou insuffisance de stock.

¹² Assessment Report of ARM3's Implementation of the Pilot CommCare Project in Tchaourou and Bassila in Northern Benin, ARM3, USAID, mars 2015

Aujourd'hui, un grand nombre des patients avec des moyens financiers désertent le système public et sollicitent les hôpitaux et cliniques privées qui est en expansion¹³.

Encore, en cas de commandes erronées, l'historique des données devient incorrect, pouvant mener à des mauvaises décisions et de futures quantifications erronées aussi. C'est un cercle vicieux qui s'installe et peut contribuer à déstabiliser la chaîne.

Le manque d'efficacité de l'entreposage et de la gestion de stock a aussi un impact financier important sur le client/patient et finalement son accessibilité financière aux médicaments¹⁴. Ainsi pour un produit acheté à 80 FCFA au fournisseur par la CAME/achat, le patients/client paye finalement 150 FCFA (marge de 20% appliquée par la CAME sur les prix fournisseurs, marge de 50% appliquée par le DRZS et la FS). Par manque d'efficacité, les médicaments du système de santé public reviennent plus chers aux patients/clients¹⁵, ces derniers peuvent être alors motivés à acheter les mêmes médicaments sur le marché parallèle.

Symptômes: les conditions et la gestion des DRZS et magasins de gros et pharmacies de détails des FS sont inadéquates, voire sous-standard pour les entrepôts centraux des ONG et magasins des six antennes départementales de l'ANTS. Les équipements, surtout de climatisation et de sécurisation de source d'énergie sont insuffisants. Le personnel n'est pas assez supervisé, pas bien formé, sans définition de poste précise. Ces aspects expriment un manque évident d'attention porté aux produits et au maintien de leur qualité.

A la CAME centrale et aux DRZS, les stocks des produits alloués par les PTF surpassent les capacités d'entreposage avec un taux de rotation faible. Cette situation oblige la CAME centrale à louer un grand nombre d'entrepôts complémentaires et les DRZS à pousser les stocks vers les FS. Le tout avec un taux de péremption élevé.

Les capacités des logiciels de gestion exploités par la CAME et les DRZS sont largement sous-utilisées notamment pour produire des indicateurs et soutenir un suivi et de bonnes décisions. Au niveau des DRZS, le nombre de ces logiciels ne favorise pas un rapportage harmonisé et productif, et surtout des commandes électroniques automatisés. Un véritable SIGL n'existe pas.

Pour la CAME centrale et les trois agences régionales, on constate peu de mécanisation compensée par un nombre important de manutentionnaires. Ici aussi, tous les entrepôts ne sont pas climatisés et la capacité à appliquer les meilleures techniques d'entreposage et l'optimisation des opérations sont limitée.

Il n'y a pas véritablement de plan national systémique d'AQ incluant l'échantillonnage aléatoire pour le CQ ni même de pharmacovigilance réactive.

Même si la disponibilité des produits de bout en bout de la chaîne est en amélioration, les DRZS et FS achètent aux grossistes et pharmacies privés en cas de ruptures aux agences régionale et à la CAME centrale. Pour l'ANTS, les fréquentes ruptures de stock sont essentiellement liées à un budget insuffisant. Les consommables de laboratoires sont achetés aux grossistes/distributeurs privés, et non pas aux trois agences régionales CAME.

¹³ Carmona, Andrew, Callahan and Banke : *Benin Private Health Sector Census*, November 2014. Bethesda, MD: SHOP, Abt Associates Inc.

¹⁴ Le rapport sur la *professionnalisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé en Afrique de l'Ouest*, page 12, juillet 2012 informe que la dépense en santé est financée par les ménages à 52%, à travers le recouvrement des coûts dans les FS, 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 2020, 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.

¹⁵ *Le plan stratégique de la SRMNEA 2017-2021*, page 12, cite que malgré la situation politique et sociale favorable, la faiblesse économique du pays constitue un frein au financement du secteur et à l'accès de la population au service et soins de santé surtout les couches les plus vulnérables (en particulier des femmes et enfants).

Causes fondamentales : au niveau des DRZS et des FS, l'EEZS n'est pas sensibilisé à l'impact potentiel de mauvaises conditions sur les produits et donc le personnel dédié à la gestion du dépôt/magasin/pharmacie et de stock n'est pas véritablement formé et supervisé. Ce constat s'observe également chez les ONG et surtout les six antennes départementales de l'ANTS. Globalement, le statut de gestionnaire de DR/magasin/pharmacie de détails, etc. n'est pas formalisé ni reconnu.

Les quelques initiatives de formation ne permettent pas de professionnaliser globalement et totalement les capacités du personnel à tout les niveaux puisque ces formations ne sont pas systématiques et continues. Les professionnels de la chaîne ne sont pas reconnus dans la grille du MS et associé à un financement adéquat.

L'absence d'un système opérationnel et efficace de pharmacovigilance et de CQ par échantillonnage aléatoire au niveau périphérique ne permet pas de prouver et faire prendre conscience aux acteurs de leur niveau de responsabilité sur le maintien de la qualité des médicaments.

Le financement pour l'amélioration des conditions d'entreposage/stockage et des équipements est largement insuffisant, pas considéré comme une priorité et surtout ne bénéficie pas de conseils d'une cellule centralisée d'experts, avec des inspections post-implémentation. Les PTF utilisant le Financement Basé sur les Résultats (FBR) intègrent dans leur évaluation les critères essentiellement quantitatifs (taux de disponibilité) mais pas qualitatifs tels que les bonnes conditions d'entreposage et l'intégrité des emballages¹⁶.

Au niveau de la CAME centrale et des trois agences régionales, les responsables d'entrepôt/chefs de magasin ne sont pas véritablement formés de façon spécifique à appliquer les meilleures techniques d'entreposage et à en optimiser leurs opérations. La gestion et les opérations se font de manière empirique plutôt que sur la base d'indicateurs précis de performance (nombre de lignes de bons de commandes traités par magasinier par heure, taux de rotation de stock, etc.). La visibilité financière par la comptabilité analytique (coût par activité) afin permettre de calculer le coût total d'un appel d'offre, de l'entreposage (palette/jour), du transport/distribution ($m^3/kg/km$) n'existe pas aujourd'hui, limitant la CAME à facturer ses prestations aux programmes et PTF clients de manière juste.

Les ruptures de stock aux DRZS et donc aux FS peuvent avoir pour cause principales des quantifications annuelles erronées, des achats de la CAME retardés, ou bien une demande tardive. La cause fondamentale est l'absence de visibilité 24h/24h et 7jours/7jours par un SIGL unique liant les FS, les DRZS, et les trois agences régionales CAME et la CAME centrale. Ce SIGL n'existe pas aujourd'hui, malgré la présence de plusieurs logiciels. L'absence d'un pilotage de la chaîne d'approvisionnement de bout en bout avec un besoin naturel de visibilité et d'analyse des principaux indicateurs-clefs à la DPMED en est la cause ultime.

6.3.4. Transport/distribution

Force : un système de transport/distribution relativement ad-hoc est en place mais avec une constante, les FS récupèrent leurs commandes aux DRZS, et les DRZS récupèrent les leurs aux trois agences régionales CAME, tous avec leur propres véhicules professionnels ou personnels.

Cependant, les produits de certains programmes (PNLS, PNT, PLAN Bénin, etc.) sont livrés directement et de manière efficace aux FS/sites par les deux agences régionales CAME du nord, et par la CAME centrale avec pick-up et camionnette, et prochainement quatre nouveaux camions 10T. Cela inclut aussi le transport remontant des périmés. Pour les produits à recouvrement, le transport/distribution entre la CAME centrale et les trois agences régionales est sous-traitée à des sociétés de transport privées tous les deux mois. Les produits

¹⁶ Entretien avec la Banque Mondiale

alloués par UNICEF sont livrés ponctuellement aux ZS directement par les transporteurs privés. Pour les produits alloués par UNFPA, les DRZS viennent récupérer à la CAME centrale avec leurs propres véhicules. Tout cela fonctionne relativement bien.

Faiblesses : les conditions actuelles du transport/distribution ne permettent globalement pas de maintenir la qualité des produits, en particulier entre les agences régionales CAME, les DRZS, et les FS. La logistique remontante/de retour est quasi-inexistante. Les moyens de transport utilisés par les FS et DRZS sont globalement inadaptés et insuffisant. La manutention par les chauffeurs et les manœuvres non formés pose un risque majeur pour les produits (dommage, exposition au soleil, poussières etc.) lors du chargement et déchargement à l'allé et au retour.

Tout ceci est probablement très coûteux en temps et en argent car les moyens de transport ne sont pas mutualisés et intégrés dans un plan de distribution global et surtout professionnalisé. Le système de transport/distribution est globalement empirique, relève de la débrouillardise, est laissé aux niveaux intermédiaire (DRZS) et périphérique (FS) de la chaîne¹⁷, et donc largement sous-financés car pas prioritaire. C'est contre-productif car les distance et donc les moyens de transport ont un impacte non-négligeable sur la disponibilité des produits de la SR¹⁸.

Opportunités : les distances courtes et la superficie du Bénin en font un espace relativement facile à couvrir par un système de distribution efficace, fréquent, intégré et mutualisé, même si certaines routes et pistes peuvent être de très mauvaise qualité selon les saisons. Le nombre de sites est assez limité (855 FS et 34 DRZS, 6 antennes de l'ANTS, quelques cliniques ONG dans les grandes villes).

En outre, le marché des transporteurs privés existe, ils sont déjà utilisés par la CAME centrale et UNICEF, et peuvent fournir un service de qualité. Un système intelligent¹⁹ de distribution peut transporter aussi les documents entre les sites et intégrer facilement les Dry Blood Spot du PNLs dans la logistique remontante alors que les camions sont vides.

Menaces : ces mauvaises conditions de transport continuent à impacter négativement la qualité des produits en créant des dommages, donc un gaspillage de ressources avec impact financier pour le système de santé. La fréquence irrégulière des réapprovisionnement à cause de défaut de moyen de transport peut entraîner des ruptures de stock artificielles. Le coût total du manque de mutualisation en temps et en argent¹⁸ (carburant, disponibilité de véhicule, maintenance, salaire du conducteur et des manœuvres) et le risque qu'il fait porter sur les produits est en fait extrêmement lourd et grave pour le système de santé, notamment le niveau périphérique. Il contribue à l'asphyxier car consommateur en temps et en argent, détournant les FS de leur rôle principal qui consiste à apporter des soins aux patients.

¹⁷ Le rapport de pré-évaluation de l'étude de faisabilité pour l'introduction des produits de la SR dans la chaîne d'approvisionnement en vaccins de la ZS de Comé en août 2016 exprime que le système de transport/distribution dispose d'une organisation très faible, non intégrée et qui n'est une priorité, page 14.

¹⁸ En 2015, l'enquête sur la SPSR au Bénin auprès de 152 sites trouvait une aggravation des ruptures de stocks dans les départements lointains tels qu'Alibori, Atacora et Borgou, page 15.

¹⁹ Une nouvelle génération de chaînes d'approvisionnement des vaccins est indispensable à l'amélioration des résultats de santé, page 3 informe que la modélisation permet d'évaluer de façon pratique les options pour améliorer la disponibilité et l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement. Ainsi, la modélisation et la simulation via le logiciel HERMES ont aidé l'agence de vaccination du Bénin à évaluer les possibilités de rationalisation de la chaîne des vaccins. Les nouveaux itinéraires de livraison permettaient d'économiser plus de 500 000 USD en cinq ans, tout en améliorant la disponibilité des vaccins et les taux de vaccination

Symptômes : le transport/distribution des produits est complexe, empirique, sous-financée²⁰, relève de l'initiative de chaque acteur, et semble plutôt laissée aux DRZS et FS. Certains programmes ont développé avec la CAME une distribution verticalisée jusqu'aux FS et sites bénéficiaires.

Elle est cependant souvent inappropriés en véhicules, coûteuses en temps et argent pour les niveaux périphériques, et extrêmement risquée pour la qualité des produits avec des conditions inadéquates. Il n'existe aucune mutualisation de l'utilisation du transport/distribution.

Causes fondamentales : le transport/distribution est « laissé » au niveau périphérique (DRZS et FS) sans moyen ni compétence. Il n'y a pas de système organisé. La cause fondamentale est l'absence de capacité du pilote effectif de la chaîne qu'est la DPMED et notamment de stratégie entre les différents maillons de cette chaîne. Aujourd'hui, même si la responsabilité en revient à la DPMED d'après les textes, elle n'en a pas les capacités techniques et les moyens. Il en résulte un système empirique, désordonné, et finalement extrêmement coûteux en temps et argent.

En l'absence d'un système de pharmacovigilance et de contrôle qualité au niveau des FS, on ne peut pas prouver le risque qu'il fait porter sur la qualité des produits et donc la santé des patients. Et le personnel et les décideurs ne sont pas sensibilisés à l'impact potentiel des conditions du transport sur la qualité des produits.

6.3.5. Usage rationnel

Forces : il existe des Directives Traitement et Prescription Standard (DTS). Le personnel soignant est formé à ces directives et protocoles et doit s'y conformer sous la supervision du responsable médical du FS.

Faiblesses : les DTS ne sont pas toujours vulgarisés et disponibles²¹, régulièrement actualisés, conduisant le personnel soignant à faire des prescriptions ne respectant pas toujours les directives et protocoles. Il arrive aussi que les ordonnances ne soient pas en.

Ensuite, les supervisions du responsable de FS ne sont pas effectives. Encore, certaines pharmacies de détails des FS peuvent délivrer les médicaments aux patients sans ordonnances et peuvent aussi vendre de manière illicite des médicaments.

Enfin, les ruptures de stock au DRZS, au magasin en gros et la pharmacie de détail du FS conduit les patients à s'approvisionner à la pharmacie privée, faussant ainsi l'usage rationnel et la quantification basé sur l'historique de *consommations*.

Opportunités : il est facile de capitaliser sur les DTS existant. Le SNIS/DHIS2 avec une couverture géographique totale, une bonne complétude et promptitude permet une remontée trimestrielle des données programmatiques ainsi que les produits et les quantités prescrites de beaucoup des produits SR hors préservatifs. Cela devrait permettre à la DPMED d'effectuer une analyse périodique fine.

²⁰ Page 14, le rapport de pré-évaluation de l'étude de faisabilité pour l'introduction des produits de la SR dans la chaîne d'approvisionnement en vaccins de la ZS de Comé, août 2016 cite l'exemple de Comé. Les ressources utilisées par la ZS pour le transport/distribution viennent des 5% de recettes des FS rétribuées à la ZS. Elles servent pour l'entretien et la carburation des véhicules, de per-diem des chauffeurs pour une dizaine de jours de distribution par mois. Ces ressources sont trop limitées pour assurer une bonne logistique.

²¹ En 2015, l'enquête sur la SPSR au Bénin auprès de 152 sites trouvait que les directives et listes de contrôle pour la PF sont disponibles dans plus de 6/10 des sites.

Menaces : les écarts de la prescription peuvent conduire à un système anarchique, les produits prescrits ne sont pas ceux considérés comme efficaces et les patients perdent confiance vis-à-vis du système de soin.

L'absence de standardisation des traitements et donc des produits peut conduire à une quantification plus complexe, moins d'économie d'échelle sur le prix des produits à l'achat, des prix plus élevés, et enfin plus de sur-stockage et rupture de stock.

Symptômes : les DTS ne sont pas régulièrement actualisées par la DSME et les prescripteurs ne sont pas bien formés aux directives et protocoles et aux produits SR par manque de vulgarisation des documents. Par manque de supervision, les ordonnances ne sont pas toujours en adéquation avec les directives et protocoles, les pharmacies de détails et services de soin délivrent des médicaments sans ordonnances et vendent illicitement.

Causes fondamentales : la DSME manque de leadership pour réunir tous les acteurs de la SR et de trouver un consensus sur les DTS et les faire appliquer. Le financement insuffisant impacte aussi la vulgarisation des documents et la formation de tous les prescripteurs. La supervision effectuée par la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) n'est pas effective par manque de moyen et d'organisation.

De même, au niveau des FS, les supervisions trimestrielles de l'EEZS ne sont pas effectives et efficaces.

Enfin, la DPMED ne restitue pas l'analyse de l'usage rationnel des produits de la SR à la DSME pour action.

6.3.6. Gestion des déchets

Forces : la gestion des déchets des produits SR est bien structurée²² avec une directive nouvellement écrite. La disponibilité des équipements d'incinération et la gestion des déchets se sont améliorés entre 2013 et 2015²³. Les FS et les six antennes de l'ANTS possèdent et utilisent des incinérateurs pour les déchets biomédicaux. Les cliniques et sites ONG transportent leurs propres déchets/périmés vers les FS dans un esprit de mutualisation.

Pour les produits périmés et endommagés, la DPMED a écrit une directive en cours de validation. La DPMED organise le regroupement de ces produits annuellement au niveau des DDS après inspection et inventaire. La destruction est sous-traitée à une société privée (sélectionnée par un appel d'offre) au niveau départemental et sous supervision d'une équipe mixte. Les DRZS se voient facturés 5% de la valeur des produits détruits.

Pour la CAME centrale et les trois agences régionales, les produits périmés et endommagés sont regroupés annuellement à Cotonou et suivent le processus conduit par la DPMED.

Faiblesses : le financement des opérations de destruction (pénalité de 5% sur la valeur des produits) est inexistant et impacte de manière négative les DRZS et les FS en proportion des quantités restituées. Les FS et les DRZS qui n'ont pas de moyens peuvent se débarrasser des produits de manière sauvage en violation de la directive.

En matière d'entreposage, les DRZS, les FS, les cliniques des ONG, ainsi que les six antennes de l'ANTS n'isolent pas les périmés dans leurs dépôts et magasins, prenant le risque de les mélanger avec les produits sains.

²² En 2015, l'enquête sur la SPSR au Bénin auprès de 152 sites trouvait que les méthodes principalement utilisées sont par ordre : « l'utilisation d'incinérateurs » dans 50% dans les sites, « la collecte centrale par une organisation spécifique » dans 25% des sites. 20% des sites « brûlent leurs déchets sur place » et 5% des sites enterrent.

²³ L'enquête SARA de 2015 cite que le stockage approprié des déchets infectieux (70%) et leur élimination finale (73%) enregistrent les scores les plus faibles en 2015, mais on note une amélioration par rapport à 2013 (respectivement 50% et 63%).

La directive n'est pas encore vulgarisée et les gestionnaires formés.

Opportunités : un système de transport/distribution efficace pourrait offrir une logistique remontante/de retour et ainsi optimiser la mutualisation des moyens de transport à moindre coût, les camions reviennent souvent à vide. Si la destruction des produits périmés et endommagés était effectuée au niveau central, une économie d'échelle sur le prix de la prestation de destruction pourrait probablement être réalisée.

Menaces : en absence d'un système favorable à une destruction organisée, transparente et efficace des produits périmés et endommagés, les DRZS, les FS, les antennes de l'ANTS et les cliniques ONG risquent un encombrement de leur volume d'entreposage.

En outre, le coût de la destruction agissant comme une pénalité financière, les FS avec une faible capacité financière peuvent commencer à détruire eux-mêmes les périmés avec un impact négatif sur l'environnement.

Enfin, la destruction sauvage fausse l'indicateur de performance important (qui exprime un symptôme de mauvaise gestion) que constitue le taux de périmés.

Symptômes : la destruction sauvage des produits périmés et endommagés existent mais on n'en connaît pas encore l'ampleur réelle. Le volume des produits périmés et endommagés relativement important ampute certains dépôts et magasins de gros d'un espace de stockage utile.

L'utilité de faciliter la transparence sur les produits périmés ou abîmés et donc la visibilité sur cet indicateur-clef de performance n'est pas comprise par le pilote de la chaîne. Cette transparence est au contraire découragée par une pénalité financière et rendue compliqué et bureaucratique.

Causes fondamentales : le système de gestion des déchets n'est pas encore totalement formalisé ni efficace tant que la directive n'est pas validée et les gestionnaires formés. La DPMED manque de leadership, de moyen humain, et de capacité technique sur cet aspect.

Ensuite, le système impose une double pénalité aux FS, avec une perte sèche de ressource financière, et ensuite une autre sanction financière proportionnelle au volume de produits. On comprend que la motivation des FS à être transparent et respecter la directive peut être très limitée.

6.3.7. Assurance qualité (AQ)

Forces : Pour les produits à recouvrement, la CAME/achat pré-qualifie les fournisseurs et le couple produits/fabricants selon une procédure alignée avec les standards internationaux. Les autres étapes (réception, entreposage, gestion de stock, et distribution) suivent des Procédures Opératoires Standards (POS) décrit dans un manuel d'AQ aligné aux documents de l'OMS. Après l'importation, un contrôle qualité est effectué à la réception par échantillonnage et envoyés au Laboratoire National de Contrôle Qualité (LNCQ). Pour les produits alloués par les PTF, ils sont pré-qualifiés par leur Supply Division. Grace au financement du CQ par le FM, la CAME centrale l'organise à la réception pour les produits des programmes PNLS et PNLP. Les préservatifs financés par le FM font également l'objet de CQ avant embarquement et pendant l'entreposage à la CAME. Certaines ONG appliquent les directives d'AQ de leur maison-mère.

Faiblesses : après l'importation, les produits alloués par les PTF (UNFPA, UNICEF, OOAS, etc.) ne font pas l'objet de contrôle qualité à la réception car cette activité n'est pas priorisée par la DSME ni financé. Les ONG et l'ANTS n'appliquent pas totalement une méthode validée de CQ à réception après importation.

En outre, il n'existe pas de CQ systématique par échantillonnage en aval de la chaîne, notamment entre les trois agences régionales CAME, les DRZS et surtout les FS, et après un transport/distribution dont les conditions ne garantissant pas toujours la qualité des produits. Le LNCQ n'est pas pré-qualifié par l'OMS ni certifié ISO 17025 selon les standards internationaux et dispose de moyens humains, matériel et financier insuffisant pour effectuer son rôle de laboratoire de référence. Les directives d'AQ des acteurs de la SR ne sont pas toujours inspectées par la DPMED.

Opportunités : le pays possède un système d'AQ, un LNCQ, et des PON robustes sur lequel il serait facile de capitaliser. Les PTF sont prêts à financer une amélioration majeure du système d'AQ notamment avec un plan national d'AQ²⁴.

Etant donné que les conditions d'entreposage et de transport/distribution sont reconnues comme inadéquates, les acteurs de la chaîne d'approvisionnement sont tous conscients que c'est une priorité d'établir un système d'AQ et de CQ performant, afin d'identifier les faiblesses dans le maintien de la qualité des produits et surtout les corriger.

L'entreposage presque intégré après importation à la CAME centrale facilite grandement la centralisation, la standardisation, et l'homogénéité du CQ à la réception. Il faut capitaliser sur cette bonne pratique et l'étendre.

Menaces : l'absence d'un système d'AQ robuste limite la visibilité sur les faiblesses de la chaîne d'approvisionnement (et notamment dans le maintien de la qualité des produits) et leurs correction. Elle peut conduire d'abord au gaspillage de ressources (détérioration des produits) voire même à la consommation de produits non-conforme et donc potentiellement dangereux. La crédibilité du système de santé publique et du programme SR peut en dépendre, surtout en cas d'intoxication de masse.

Symptômes : certains produits alloués par les PTF ou importés par les ONG ne font pas l'objet de contrôle qualité à la réception.

Des acteurs comme les ONG et l'ANTS n'appliquent pas totalement une méthode AQ et de CQ. Pour eux comme la CAME, les DRZS et les FS, l'AQ n'est pas véritablement évaluée ni validée comme conforme par le régulateur qu'est la DPMED.

Le CQ par échantillonnage en amont et en aval de la chaîne par la DPMED n'est pas systématique et le LNCQ n'est pas aux standards internationaux et ne dispose pas de moyens suffisants pour exécuter efficacement son rôle.

Causes fondamentales : le pays ne dispose pas aujourd'hui d'un plan national d'assurance qualité. Il est cependant prévu et financé dans le plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement. La verticalisation relative de chaîne d'approvisionnement par les programmes de santé ne favorise pas l'application méthodique et harmonieuse des directives d'assurance qualité. Le leadership de la DPMED sur ce sujet n'est pas affirmé ni même encouragé comme une des priorités les plus pressantes et son financement est insuffisant. En outre, ce leadership n'est pas appliqué de manière systématique sur tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement et ceux impliqués dans la SR en particulier.

L'absence d'un pilote coordinateur de la chaîne d'approvisionnement n'encourage pas l'application systématique de l'AQ/CQ à tous les niveaux comme l'un des indicateurs de performance les plus importants et d'identification des faiblesses à corriger.

²⁴ Tel que décrit dans le plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement

6.4. Situation et analyse des six fonctions capacitantes/supports

6.4.1. Environnement réglementaire

Forces : la Liste National des Médicaments Essentiel (LNME), les Directives de Traitements et de Prescriptions Standards (DTS) et les Protocoles de Prise en Charge (PPC) incluant la plupart des produits et interventions de la SR sont reconnues comme les documents de références.

En ce qui concerne les activités de la chaîne d'approvisionnement, les POS existent pour les fonctions les plus importantes (achat et AQ à la CAME, gestion de stock, gestion des déchets à tous les niveaux) et font force de référence aussi par tous les acteurs de la chaîne.

La DPMED est considéré et reconnue comme le régulateur de la chaîne d'approvisionnement par tous les acteurs de cette chaîne, établissant les normes et en vérifiant leurs applications, cela inclue la LNME. Par contre, il est aussi reconnu que les programmes établissent et mettent à jour eux même les DTS et les PPC en lien avec leurs interventions et leurs produits. C'est le cas de la DSME avec les interventions SR et les produits SR.

Faiblesses : la fréquence des mise-à-jour des documents par la DPMED et la DSME n'est pas respectée. Les documents n'intègrent pas toujours toutes les interventions et produits de la SR, ne sont pas suffisamment vulgarisés, et donc peuvent rester méconnus. Les prescripteurs ne sont pas suffisamment et régulièrement formés ni ne suivent pas toujours ces directives.

Pour le marché officiel, la DPMED ne joue pas efficacement son rôle en matière d'inspection et de supervision des acteurs de la chaîne (CAME, DRZS, magasin gros et pharmacie détail des FS)²⁵.

Enfin, le marché parallèle abonde de produits²⁶ de la SR tels que les contraceptifs et les préservatifs de qualité sous-standard voire contrefaits, en tout cas non autorisés et certainement sans Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). La DPMED ne semble pas suffisamment forte pour inspecter et faire appliquer les règles.

Opportunités : tous les acteurs de la chaîne et de la SR sont conscients de l'impact de la mauvaise adhérence des prescripteurs aux protocoles et de l'ampleur du marché parallèle. Ils semblent engagés à supporter la DSME et la DPMED dans leur rôle respectif sur ces problèmes.

La DPMED fait preuve d'une forte volonté de jouer pleinement son rôle et lutter contre la mauvaise adhérence et le marché parallèle, par leur impact négatif sur l'efficacité du programme de la SR. Le plan national 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement prévoit un renforcement des capacités légales, des moyens humains et de transport pour que la DPMED réalise efficacement sa mission de régulation.

Menaces : la quantification ne peut pas être correcte et devient très aléatoire quand les LNME, DTS et PPC ne sont pas mis-à-jour, utilisés et bien respectés par les prescripteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les conséquences peuvent en être des ruptures ou des surstocks, et des produits achetés mais non-utilisés.

L'omniprésence de produits SR sous standard et contrefaits sur le marché parallèle porte atteinte à la crédibilité des services de santé et phagocyte les produits de la SR approuvés

²⁵ Le rapport de la mission d'évaluation de l'Autorité nationale de réglementation pharmaceutique, en 2013, page 11, montre que la performance la DPMED en inspection n'a pas pu être améliorée par insuffisance de ressources humaines compétentes. Le programme annuel d'inspection est élaboré et mis-en-œuvre à 100% mais ne couvre que 25% des établissements pharmaceutiques et que 25% des autres établissements sont inspectés.

²⁶ *Marché parallèle des médicaments au Bénin*, Conseil d'Analyse Economique, 2010 cite une étude de 2014 dans laquelle le marché parallèle représente plus de 27% des importations officielles de médicaments.

mais parfois plus onéreux. Les mauvais produits chassent les bons, surtout lorsque que l'accessibilité financière de patients est très limitée.

Si la DPMED ne peut pas jouer son rôle de régulateur et faire appliquer les règles pharmaceutiques, le marché n'est plus régulé et l'anarchie peut s'installer, ouvrant la porte à un marché parallèle de grande échelle.

Symptômes : la LNME, les DTS et les PPC liés à la SR ne sont pas régulièrement mis-à-jour pour tous les produits et interventions. Les prescripteurs ne sont pas assez formés ni même informés voire en accord avec le contenu de ces documents.

Pour le marché parallèle, les prescripteurs mentionnent l'impact négatif important de l'omniprésence des préservatifs sous standard et contraceptifs contrefaits portant atteinte à la crédibilité du programme. Ces produits contrefaits rendent la tâche des prescripteurs plus difficile et phagocyte les produits de la SR approuvés du circuit formel.

Causes fondamentales : la DPMED manque de leadership et de coordination dans le processus de mise-à-jour de la LNME. Il en est de même pour la DSME avec les DTS et autres PPC liés à la SR. Les deux manquent de moyens pour réunir les acteurs et obtenir un consensus qui sera validé par un arrêté.

La DPMED n'a pas les moyens juridiques, humains et financiers suffisant²⁴ pour réaliser les inspections, et appliquer systématiquement des pénalités aux contrevenants du marché parallèle pour en réduire l'ampleur. De même, les douanes semblent ne pas pouvoir jouer efficacement leur rôle pour empêcher l'entrée de produits contrefaits ou sous-standard. Ici encore, leur probable sous-effectif, manque de moyens matériel, et leadership limitée en est la cause fondamentale avec un manque de leadership.

1.1.1. Gouvernance et leadership

Forces : les acteurs de la SR sont connus, engagés, motivés, avec un leadership relatif du MS pour soutenir la DSME. Le champ d'actions de la SR a été nouvellement élargi à la SRMNEA et surtout clarifié par une Attribution de l'Organisation et du Fonctionnement (AOF) en juillet 2016.

La chaîne d'approvisionnement (achats, entreposage central, régional et stockage aux ZS et FS) est relativement intégrée et bien fonctionnelle, et théoriquement pilotée par la DPMED, d'après ce même AOF.

Faiblesses : le MS ne responsabilise que modérément la DSME dans son leadership sur les activités de SR. Pour le moment, les rôles et les responsabilités de la DSME, et la manière dont elle doit agir ne sont pas forcément claires pour elle-même et pour les autres acteurs, notamment les PTF et ONG.

Pour la chaîne d'approvisionnement, on ne voit ni ne sent aujourd'hui la DPMED comme un acteur leader avec une vision claire et holistique. Même s'il n'est pas encore validé, le plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement n'a pas encore clarifié la situation.

Opportunités : la SRMNEA est l'une des six priorités du PNDS 2017-2021 et le plan stratégique 2017-2021 de la SRMNEA est ambitieux. La SRMNEA bénéficie de l'attention particulière du MS et des PTF qui vont pouvoir s'investir et la soutenir.

Pour ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement, les acteurs sont tous connus, relativement intégrés et forment déjà un système fonctionnel sur lequel capitaliser. L'amélioration de la disponibilité des produits SR ces dernières années est un signe encourageant.

Menace : une dilution du leadership de la DSME affaiblirait encore davantage l'efficacité de son travail. Si son leadership et sa vision stratégique continuaient à être insuffisants, elle ne pourra probablement pas encore atteindre les objectifs programmatiques inscrits dans le plan stratégique de la SRMNEA 2017-2021.

En ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement, le manque d'un pilote avec les bonnes compétences la rend fragile, pas proactive mais plutôt réactive. Elle n'est donc pas totalement coordonnée, demeure onéreuse pour les patient/clientes et donc fragile et potentiellement déstabilisable.

Symptômes : il existe un alignement imparfait des acteurs de la SR et des PTF avec des objectifs parfois différents. Cela s'exprime dans le phagocytage de certains produits à recouvrement par ceux gratuits sans que le problème soit résolu par la DSME. Les acteurs de la SR n'ont pas été véritablement impliqués dans les derniers plans stratégiques 2006-2015 de la SR et de la SPSR.

En ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement de bout en bout, personne n'en est effectivement le pilote, même si la DPMED a cette responsabilité d'après l'AOF. Aujourd'hui, elle n'a pas dans son organisation une entité responsable pour piloter la chaîne d'approvisionnement.

Causes fondamentales : d'après son nom, la DSME doit être impliquée dans toutes les activités (stratégies, quantification, etc.) de programmes verticaux liés à la mère, l'adolescent, l'enfant et le nouveau-né tels que la Prévention de la Transmission du VIH entre la Mère et l'Enfant (PTME) avec le PNLS, la prévention contre le paludisme avec le PNLP, la vaccination du nouveau-né avec l'agence de vaccination, la transfusion sanguine avec l'ANTS, etc., et des partenaires implémenteurs tels que les ONG. Ce focus sur une population plutôt qu'une maladie la rend transversal et donc avec le besoin d'un fort rôle de coordination. Aujourd'hui, ce rôle de coordination n'est pas clairement défini dans l'AOF, pas suffisamment soutenu par le MS et donc pas totalement accepté par les acteurs²⁷. L'absence de responsabilisation et de suivi de la performance par le MS y contribue aussi.

Pour la chaîne d'approvisionnement, même si la DPMED a cette responsabilité d'après l'AOF, son rôle principal consiste à réguler le secteur pharmaceutique, à évaluer que les pratiques sont conformes à la réglementation. Ainsi, elle ne peut ni ne doit avoir une fonction de mise-en-œuvre, dont elle n'a pas les capacités techniques (installer et gérer le SIGL, développer et suivre les indicateurs clefs de performance de la chaîne de bout en bout, évaluer le modèle et optimiser le réseau d'entreposage régional et des ZS avec une distribution jusqu'aux 855 FS, etc.). Cette idée n'est pas encore acceptée par les acteurs de cette chaîne.

Une autre opinion considère que la DPMED peut tout de même avoir un rôle de coordination de la chaîne d'approvisionnement sans enfreindre son mandat et aujourd'hui, elle n'en a pas les moyens.

6.4.2. Coordination

Forces : il existe une certaine coordination exercée par la DSME sur les interventions SRMNEA et ses principaux acteurs comme les ONG et les PTF.

Dans une certaine mesure, la chaîne d'approvisionnement a une homogénéité via un *modus operandi* par l'entreposage dans la CAME centrale et les trois agences régionale CAME, les

²⁷ De la revue de performance des programmes de SRMNEA 2000–2015, juin 2015, DSME, ressort que principaux problèmes organisationnels qui minent la DSME sont la coordination des parties prenantes, la collaboration intra et inter sectorielle, et l'inadéquation de la structure de la DSME par rapport aux objectifs assignés.

34 DRZS, et les 800 FS avec un transport/distribution essentiellement laissés à l'aval pour la récupération des produits. Mais cette coordination est plutôt empirique.

Faiblesses : l'insuffisance de la coordination entre la DSME, les programmes verticaux et les ONG impliqués dans la SR rend la quantification incomplète et imprécise avec potentiellement un impact négatif sur la disponibilité des produits de la SR. Les différents groupes de travail (sous-comités du Comité National des Approvisionnement et des Produits de Santé (CNAPS), Groupe de Technique de Travail SR et SMI (GTT)²⁸, Tableau d'Acquisition des Contraceptifs (TAC), et autres) n'ont pas réussi à améliorer les quantifications annuelles mais ont plutôt créé une certaine désaffection.

Une autre expression de l'insuffisance de coordination est la cohabitation entre les produits PF gratuits et ceux à recouvrement. Pendant les campagnes, les produits à recouvrement sont laissés au profit des produits gratuits avec un fort risque de péremption. Les prestataires de soins vendent parfois les produits gratuits. La stratégie produits gratuits/produits à recouvrement selon les acteurs présente ainsi une certaine anarchie.

La chaîne d'approvisionnement est coordonnée de manière empirique, avec certaines activités dont les acteurs sont clairement livrés à eux-mêmes. C'est le cas du transport/distribution effectuée entre les trois agences régionales CAME et les DRZS, entre les DRZS et les FS et entre l'ANTS et ses six antennes départementales. Les ONG effectuent leurs importations, entreposage et distribution/transport avec une certaine autonomie qui ne favorise pas l'intégration, l'efficacité et la standardisation de la qualité.

Opportunités : le nouvel AOF donne plus de clarté aux rôles et responsabilités dévolus à la DSME et donc offre une opportunité de rétablir son leadership alors que les acteurs de la SR tels que les ONG, les programmes verticaux, et les PTF ne dénie pas à la DSME son rôle de leadership et de coordinateur.

En terme de chaîne d'approvisionnement, l'intégration relative de l'achat, de l'entreposage central et l'hétérogénéité de la distribution/transport (au moins trois différents systèmes de distribution des produits à recouvrement, des produits de certains programmes verticaux, et ceux des ONG) offre l'opportunité réelle d'une amélioration par une meilleure coordination voire même un pilotage.

Enfin, la reconnaissance par les acteurs des difficultés liées à la quantification en fait une des priorités du plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement, avec une volonté réelle de soutien technique et financier adéquat par les PTF.

Menace : en l'absence d'une amélioration de la coordination, les différents acteurs risquent de se verticaliser davantage et de fracturer voire détruire la relative homogénéité actuelle²⁹. Les objectifs du programme SRMNEA risquent donc de ne pas être atteints, avec un impact négatif sur le bien-être de la population et sur le développement du Bénin.

Le manque de coordination dans le processus de quantification pourrait accroître l'inexactitude des calculs, puis la marge d'erreur des achats, et enfin l'augmentation des

²⁸ L'évaluation des instances de coordination dans le secteur de la santé, en septembre 2016, a montré que deux sous-groupes GTT existaient : GTT SR avec DSME, UNFPA, et 3 PTF, pour une performance moyenne, en chevauchement avec le GTT Santé Maternelle et Infantile avec DSME, UNICEF, et 3 PTF pour une performance bonne. Le rapport conclue que le sous-groupe GTT n'a pas de mandat/rôle clair et en concordance avec les principes de l'Approche Sectorielle. Les GTT sont considérés des instances pour documenter, réfléchir, et comme plateforme de dialogue stratégique.

²⁹ L'évaluation des instances de coordination dans le secteur de la santé, en septembre 2016, a montré que les PTF ont fait des efforts pour évoluer vers une responsabilisation de la DSME dans la gestion de leurs financements pour aligner/intégrer leurs appuis. Toutefois, à cause des faiblesses persistantes de bonne gestion, les PTF ont organisé plusieurs audits (institutionnels et organisationnels). Les recommandations n'ont pas encore été suivies de réformes nécessaires pour rassurer les PTF. C'est la raison pour laquelle une bonne partie des apports continue d'être gérée de façon plus au moins directes par les PTF.

ruptures et des surstocks. Les conséquences ultimes peuvent atteindre une décredibilisation générale de la chaîne auprès des prestataires de soins dans les FS et des patients/clients, et les détourner des soins offerts par le secteur public et officiel.

Symptômes : l'insuffisance de la coordination entre la DSME et des autres acteurs impliqués dans la SR ne permet pas un alignement efficace des interventions. Cela rend la quantification imprécise malgré les différents groupes de travail. En outre, les produits du PF gratuits phagocytent ceux à recouvrement avec un fort risque de péremption présentant une certaine anarchie au niveau des FS.

La chaîne d'approvisionnement est coordonnée de manière empirique, avec certaines activités dont les acteurs sont clairement livrés à eux-mêmes.

Causes fondamentales : l'attribution des rôles et des responsabilités de la DSME vis-à-vis des PTF et autres programmes verticaux n'est pas claire. Son leadership n'est pas affirmé et n'est pas suffisamment soutenu par le MS.

6.4.3. Financement

Forces : la DSME bénéficie d'une ligne du budget national destinée aux produits de la SR. Les PTF apportent un appui financier essentiel aux activités programmatiques et à l'achat des produits³⁰.

L'accessibilité financière est favorisée par un système de produits à recouvrement avec des prix de vente très bas, renforcé parfois par des campagnes de gratuité organisées par la DSME et les ONG.

Dans la chaîne d'approvisionnement, les prestations d'achat, d'entreposage, et de distribution par la CAME sont facturés aux programmes verticaux et aux PTF.

Certains PTF contribuent au renforcement des capacités de cette chaîne en finançant l'amélioration des conditions d'entreposage et de gestion de stock voire même les équipements auprès de la CAME centrale, les trois agences régionales CAME et des DRZS.

Faiblesses : la ligne SR dans le budget national est trop faible et pas pérenne. Le financement des interventions des PTF n'est pas toujours coordonné et aligné aux objectifs de la DSME. Malgré cela, le financement international et national n'est insuffisant face aux importants besoins du pays.

La chaîne d'approvisionnement de bout en bout souffre d'un sous-investissement chronique à tous les niveaux et surtout celui des 34 DRZS et des 855 FS en termes de condition d'entreposage/stockage. Pour la plupart des PTF, le financement du renforcement des capacités de la chaîne n'est pas une priorité.

La rémunération des prestations de la CAME (achat, entreposage, distribution) n'est pas toujours en adéquation avec les coûts réels. La CAME n'a pas totalement la visibilité offerte par une comptabilité analytique pour facturer ses prestations au juste prix et aussi améliorer l'efficacité des opérations d'entreposage.

Pour les produits à recouvrement (non-subsventionnés par la DSME), l'accessibilité financière des patients/clients est limité par le prix de vente qui peut être considéré comme onéreux³¹

³⁰ Le plan stratégique SRMNEA 2017-2021 informe que la contribution des PTF s'élève à plus de 70% des dépenses. Ce sont : UNFPA ; PSI, PLAN BENIN, UNICEF, la coopération Suisse, des Pays-Bas, le la France, OMS, USAID et les ONG. La tendance des ressources financières se résument en trois observations : le budget national est très variable d'année en année, le taux de mobilisation varie entre 30 et 75 %, le budget total dépend fortement de la contribution des partenaires qui couvrent plus des 2/3 chaque année.

³¹ Selon l'enquête sur la SPSR au Bénin, deuxième génération, décembre 2015, UNFPA/DSME, pour beaucoup de femmes enquêtées, ce n'est pas tant les 100 F destinés à l'achat qui pose problème que les coûts

(150 FCFA par rapport au prix d'achat fournisseur de 80 FCFA). Les DRZS et les FS appliquent une marge de 50% sur le prix de cession de la CAME.

Pour les produits à recouvrement (non-subsventionnés par la DSME), les services de la CAME (achat, entreposage et disponibilité aux trois agences régionales CAME) applique une marge de 20%. Pour les produits alloués par les PTF, le service d'entreposage est facturé au forfait trimestriel.

Opportunités : un futur système d'assurance maladie et la gratuité de la PF pourrait accroître fortement la demande en produits SR. Le nombre limité des PTF facilite grandement la coordination par la DSME. Ces acteurs sont engagés et conscients des besoins importants de financement du programme de SR ainsi que ceux de la chaîne d'approvisionnement.

Les PTF et le MS ont comme priorité l'amélioration de l'accessibilité des produits SR à toutes les couches de la population.

Récemment, le mécanisme RMNCH a étudié un système de garantie visant à faciliter le financement du fond de roulement lors des achats de produits SR par la CAME/achat sur le budget national.

Menaces : sans un financement adéquat, la disponibilité et la qualité des produits de la SR ne seront pas garanties ni optimales. Les objectifs programmatiques de la DSME pourraient en souffrir et ne pas être atteints avec un impact limité sur la population.

Le futur système d'assurance maladie et la gratuité de la PF ne sont pas encore établis sur l'horizon de ce plan 2017-2021 et il n'y a pas encore de visibilité sur l'impact envers la demande et le soutien probable à la chaîne d'approvisionnement.

Le sous-investissement chronique dans les fonctions de la chaîne ne permet pas une amélioration continue et l'introduction d'innovations. La chaîne peut se nécroser et ne remplir plus sa fonction avec souplesse.

Si le marché parallèle n'est pas maîtrisé, l'automédication peut prendre de l'ampleur, et ainsi saper le travail des FS. Le circuit de distribution formel (CAME, DRZS, FS) verra sa consommation en produits réduite, et donc un amenuisement progressif de ses ressources financières.

En termes de l'accessibilité financière des patients/clients, des produits trop onéreux encourageraient les achats au marché parallèle et favoriseraient l'utilisation de produits contrefaits³¹.

Symptômes: le financement international et national est insuffisant et la ligne pour la SR dans le budget national n'est pas pérenne. Le financement des PTF n'est pas coordonné ni aligné.

La chaîne d'approvisionnement souffre d'un sous-investissement chronique à tous les niveaux. Et la rémunération des prestations de la CAME n'est pas en adéquation avec les coûts réels. Alors que c'est probablement l'inverse pour les DRZS et les FS.

L'accessibilité financière des patients/clients peut être limitée par le prix trop haut des produits de la SR.

Causes fondamentales : le leadership limité de la DSME ne lui permet pas de motiver les PTF pour financer la totalité des besoins en produits SR et de sécuriser une ligne pérenne du budget national alors que la SRMNEA est l'une des six priorités du PNDS 2017-2021 et le plan stratégique 2017-2021 de la SRMNEA est ambitieux.

supplémentaires qu'il faut absolument supporter. Ainsi, il arrive que certaines femmes repartent bredouilles chez elles parce qu'elles n'avaient sur elles que juste ce qu'il faut pour acheter les pilules ou l'injection.

Les produits vendus par les colporteurs, dans certains cas, peuvent faire contourner cet obstacle d'ordre pécuniaire, et bien d'autres d'ailleurs.

Ensuite, ce leadership limité ne lui permet pas non plus d'orienter les PTF et le budget national sur les priorités non programmatique comme l'amélioration des faiblesses de la chaîne qui impactent la disponibilité des produits. La cause fondamentale en est l'absence d'une DPMED, pilote efficace et reconnu qui pourrait entreprendre cette activité et soutenir la DSME dans cet objectif.

L'absence de comptabilité analytique (costing sur la base de l'activité) empêche partiellement la CAME d'avoir la visibilité précise nécessaire à une facturation à l'acte d'achat, l'entreposage (m³/jour), et la distribution (m³/kg/km) plutôt qu'au forfait. Avec un suivi d'indicateurs essentiellement liés à l'achat et la satisfaction clients n'intégrant pas les principaux indicateurs-clefs d'entreposage, elle est limitée dans l'évaluation de sa performance opérationnelle et financière (par type d'activité) par rapport à une marge statutaire de 20% (sur les produits à recouvrement) et un forfait pour les prestations d'achat, d'entreposage et de transport/distribution (pour les produits des programmes verticaux et ceux des PTF). Il en va de même pour les DRZS et les FS dont la marge est 50%.

Il semble que ni le MS ni la DPMED n'ont entrepris le costing holistique de la chaîne de bout en bout afin d'en faire apparaître le coût total et les activités au rapport efficacité/coût ou qualité/prix défavorables. Cet exercice permettrait d'identifier les opportunités potentielles pour améliorer l'accessibilité financière des patients/clients.

6.4.4. Ressources humaines

Forces : la chaîne d'approvisionnement dispose de personnel disponible et relativement engagé à tous les niveaux (34 DRZS et 855 FS avec leur magasin de gros et pharmacie de détails, le magasin des ONG, et six antennes départementales de l'ANTS avec leur dépôt). D'une manière ponctuelle, certains gestionnaires reçoivent une formation à la bonne gestion de magasin et de stock.

Au niveau de la CAME centrale et des trois agences régionales, le personnel dédié à l'entreposage et la distribution possède les capacités et l'expérience nécessaire. La prestation d'achat est effectuée par du personnel qualifié. Les cadres supérieurs sont performants et essentiellement composés de pharmaciens.

Faiblesses : la plupart du personnel n'est pas assez informé ni formé à la gestion de magasin et de stock³². La rotation fréquente des gestionnaires en fait un problème majeur³³ alors qu'il n'existe pas de formation formelle et systématique d'initiation et récurrente. Leur supervision locale par l'EEZS n'est pas suffisante, celle de la DPMED est presque inexistante. Leur définition de poste et leurs rôles et responsabilités ne sont pas assez claires et reconnus dans les FS et DRZS (magasiner et gestionnaire du DR sous l'autorité du chargé de l'administration et des ressources³⁴). Le profil des personnes affectées à ces postes ne correspond pas souvent aux compétences requises.

Le personnel de la CAME centrale et des trois agences régionales dédiés à l'entreposage possède une compétence essentiellement basée sur l'expérience et des formations de courte durée pas assez techniques (par des cabinets de formation), et pas suffisamment formés aux nouvelles méthodes spécifiques à l'entreposage à des niveaux du type master et licence.

Au niveau de la DPMED qui est théoriquement responsable de la chaîne d'approvisionnement du pays d'après l'AOF, il n'existe pas d'équipe dédiée. Une ou deux personnes avec une

³² En 2015, l'enquête sur la SPSR au Bénin auprès de 152 sites trouvait que 67% des sites de soins tertiaires disposent d'agents formés en gestion logistique et 45% des sites primaires, page 16.

³³ Rapport de pré-évaluation de l'étude de faisabilité pour l'introduction des produits de la SR dans la chaîne d'approvisionnement en vaccins de la ZS de Comé, août 2016, page 32, cite un taux de 20% des magasiniers dans les FS, et de 15% dans les hôpitaux de zone, et de 5% dans les ZS

³⁴ Rapport de pré-évaluation de l'étude de faisabilité pour l'introduction des produits de la SR dans la chaîne d'approvisionnement en vaccins de la ZS de Comé, août 2016, page 25

formation de pharmacien animent ce rôle à travers le CNAPS. L'effectif du personnel de la DPMED est globalement insuffisant et ne lui permet pas d'assurer efficacement son rôle de réglementation et de contrôle.³⁵

Opportunités : la petite taille du pays et le nombre restreint du personnel impliqué dans la chaîne à tous les niveaux rendent réalisable toute initiative de renforcement des capacités. Les acteurs de cette chaîne et les PTF sont unanimes sur la nécessité d'assurer une formation pour relever et maintenir les compétences requises (initiale et continue). Ceci est particulièrement identifié dans le plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement.

Menaces : une amélioration de la chaîne d'approvisionnement ne peut pas se réaliser sans le renforcement des capacités de son personnel. Le besoin est très criant au niveau périphérique. L'absence de renforcement aurait pour conséquence la perpétuation d'une gestion routinière et l'aggravation des défaillances actuellement constatées.

Dans les pays tels que le Bénin, les ressources très qualifiées en chaîne d'approvisionnement et tout particulièrement en techniques poussées de l'entreposage sont très rares, chères, et donc difficilement motivées par le système de santé publique. Cela s'applique aussi à la CAME. Celles qui sont formées s'orientent souvent vers le secteur privé, les ONG et organismes internationaux plus rémunérateurs.

Symptômes: la plupart du personnel n'est pas assez formé et pâtit d'une rotation trop fréquente. Leur supervision n'est pas suffisante, celle de la DPMED est presque inexistante. Leur définition de poste n'est pas assez claire et reconnue, le profil des personnes affectées ne correspond pas aux compétences requises.

Le personnel de la CAME n'est pas suffisamment formé aux méthodes techniques poussées spécifiques à l'entreposage.

Au niveau de la DPMED, il n'existe pas d'équipe dédiée au pilotage de la chaîne d'approvisionnement avec les compétences globales en chaîne d'approvisionnement.

Causes fondamentales : La mise à disposition de compétences nécessaires pour soutenir la chaîne d'approvisionnement ne constitue pas une priorité pour le MS. Elle s'exprime aussi par l'absence d'une définition claire du statut et de la formalisation du rôle de gestionnaire de stock dans les 34 DRZS et les FS mais des professionnels que la chaîne d'approvisionnement en général. En résumé, le sous-financement dans la chaîne d'approvisionnement s'exprime aussi dans ses ressources humaines. Acheter les produits est une chose, bien les gérer en est une autre, et cela ne constitue pas une priorité pour le MS.

La verticalisation des interventions des PTF dans la chaîne ne permet pas une vision transversale des compétences disponibles et nécessaires ainsi que l'implémentation d'un plan de formation.

Enfin l'absence de pilote réel de cette chaîne en dilue la responsabilisation et empêche une vision holistique globale.

6.4.5. Visibilité/SIGL et analytique, suivi de la performance de la chaîne

Forces: le système d'information ressemble une mosaïque empirique mais cependant organisée. Entre les FS et les DRZS, les commandes et le rapportage de l'historique des consommations se fait sous format papier. Des canevas spécifiques peuvent exister pour les

³⁵ Rapport de la mission d'évaluation de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique du Bénin, TRAPSIDA, page 11, novembre 2013.

quantifications annuelles. La gestion de stock se fait avec les fiches et les registres d'inventaire.

Les 34 DRZS possèdent l'historique des quantités *distribuées* aux FS via leurs logiciels de gestion de stock (MediStock, Channel2, MedicoStock, etc.). Certains programmes verticaux (PNLS, PNLP, etc.) et certaines ONG (ANCRE pour 10 ZS) reçoivent ces bases de données par email pour leurs analyses trimestrielles et leurs quantifications annuelles. D'autres comme la DSME/logistique demande un rapport trimestriel sur MS Excel via email avec la consommation et le niveau des stocks de contraceptifs.

Sous l'autorité de la DPP, le rapportage des données épidémiologiques, des activités programmatiques et des quantités utilisés de certains produits SR se fait via le SNIS/DHIS2 avec un bon niveau de complétude et de promptitude trimestrielle grâce à une motivation financière.

Enfin, la CAME centrale et les trois agences régionales fonctionnent avec le logiciel de comptabilité SAGE qui leur permet de savoir leur niveau de stock en temps réel. Les entrepôts centraux des ONG sont parfois aussi équipés de logiciel de gestion de stock.

Faiblesses: le système actuel est ad'hoc, non homogène, et fracturé par niveau, ne permettant pas une visibilité de bout en bout en temps réel jusqu'aux FS³⁶.

Les FS ne sont pas équipées de logiciel de gestion, cette activité est entièrement manuelle. Les six antennes de l'ANTS et les sites des ONG n'en possèdent pas non plus. Pour les 34 DRZS, les logiciels de gestion ne sont pas uniformisés, pas utilisés au maximum de leur capacité, et surtout pas connecté en réseau pour en faciliter l'accès. Ainsi d'autres initiatives de reportages ont créé des circuits parallèles et duplicatifs, sans doute consommateur en temps et énergie. Les ONG sont rarement intégrées à ces données, ce qui en fausse les résultats³⁷.

Ensuite, les données de MediStock et DHIS2 ne sont que partiellement analysées et pas exploitées de manière systémique pour les quantifications annuelles des produits de la SR, pour les deux méthodes de quantification par l'historique des quantités *distribuées/consommées* et celle des cibles de population/données épidémiques. Le rapportage de données est fastidieuses (visite et enquête auprès des FS) car manuelle pour MediStock, et totalement verticalisée par programme.

Au niveau de la CAME centrale et des trois agences régionales, les cinq logiciels SAGE ne sont pas exploités au maximum de leur capacité, ne sont pas encore connectés en réseau pour un échange d'information en temps réel, n'offrent pas la possibilité aux DRZS de passer des commandes électroniques, et ne sont pas paramétrés pour fournir une liste mensuelle complète d'indicateurs-clefs de gestion de stock par entrepôts et de performance global.

Opportunités: l'amélioration de la promptitude et de la complétude de MediStock et DHIS2 est en cours et demeure essentielle à une quantification précise et correcte. Pour DHIS2, la DPP a la volonté de continuer cette amélioration dans un processus itératif.

Les acteurs de la SR sont conscients que la visibilité est le problème primordial de la chaîne d'approvisionnement avec des conséquences détritiales majeures sur la fiabilité de la quantification. Les PTF sont prêt à financer un SIGL unique, fonctionnel et efficace, et cela a été acté dans le plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement.

Le Bénin bénéficie d'une assez bonne couverture de téléphonique mobile, qui va jusqu'à la 4G au moins à Cotonou. La couverture est en phase d'extension rapide.

³⁶ Rapport de pré-évaluation de l'étude de faisabilité pour l'introduction des produits de la SR dans la chaîne d'approvisionnement en vaccins de la ZS de Comé, août 2016, page 36

³⁷ Entretien avec un médecin coordonateur de zone, expliquant que la réintégration des ONG dans les indicateurs ajoutait 10 points de % à la couverture de la PF dans la ZS (de 15% à 25%).

L'utilisation avec deux années de recul du SNIS/DHIS2 et sa bonne complétude et promptitude sont la preuve qu'un système d'information peut être installé et fournir une visibilité efficace à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Des initiatives existent, comme l'ONG ANCRE avec un système de rapportage par sms via le module CommCare de Dimagi dans 10 ZS.

Enfin, en support avec un SIGL, la technologie « track & trace » qui permet l'utilisation d'un scanner de code bar, dès lors que la norme GS1 de code bar est standardisée sur les produits semble se généraliser à l'horizon du plan. Les principaux bailleurs de fonds considèrent que 70% des fournisseurs pharmaceutiques seront alignés avec la norme GS1 et donc pourront permettre l'utilisation généralisée des scanners à code-bar.³⁸

Menaces : les acteurs et les PTF ne sont pas forcément alignés sur le choix d'un SIGL unique alors que les PTF font chacun la promotion d'un logiciel maison avec souvent des faiblesses majeures³⁹.

L'absence d'avancement rapide sur la visibilité/SIGL va empêcher la résolution des goulots d'étranglement de la chaîne, ne permettra pas d'améliorer la quantification et la réduction des ruptures de stock, et surtout limitera l'installation et l'utilisation d'indicateurs-clefs de performance pour permettre un bon pilotage de la chaîne.

Puisqu'il n'y a pas véritablement de pilote de la chaîne, personne ne peut prendre le leadership et la responsabilité de l'initiative liée au SIGL. Aujourd'hui, la DPMED n'en a pas forcément les capacités techniques.

Symptômes : le système actuel est ad'hoc, non homogène, et fracturé par niveau⁴⁰, ne permettant pas une visibilité de bout en bout en temps réel.

Un SIGL unique n'existe pas et les acteurs tels que les DRZS et la CAME ont des logiciels de gestion non uniformisés, pas utilisés au maximum de leur capacité, et surtout pas en réseau⁴¹. Le rapportage de données est fastidieuses et totalement verticalisée. Pour pallier à ces manquements, des circuits parallèles et duplicatifs ont été créés.

Ensuite, les données de logiciels et DHIS2 ne sont que partiellement analysées et exploitées, pour enrichir les rapports périodiques et la quantification annuelle.

Sans cellule de pilotage de la chaîne d'approvisionnement, les indicateurs de performance au niveau national n'existent pas. De même, au niveau de la CAME, les logiciels SAGE ne sont pas paramétrés pour fournir des indicateurs-clefs de gestion de stock par entrepôts et de performance global.

Causes fondamentales : sans une centralisation du pilotage de la chaîne, l'amélioration de la visibilité de bout en bout est verticalisée selon les initiatives des PTF et des programmes. Cela rend la situation plus complexe et anarchique.

L'absence d'un pilote n'a pas fait émerger la nécessité d'avoir et de suivre des indicateurs de performance au niveau national pour prendre les bonnes décisions.

Enfin, le MS n'a pas su exercer son leadership auprès des PTF sur cette priorité pour la résolution des principales faiblesses de la chaîne d'approvisionnement du pays.

6.5. Réalisation des objectifs des deux plans de la SPSR 2006-2015

³⁸ Entretien avec Ramy Guirguis, senior information technology advisor, à USAID |GH/PRH/CSL

³⁹ *Evaluation des logiciels de gestion de stock utilisés au Bénin*, DSME, 2015

⁴⁰ *Evaluation de la chaîne d'approvisionnement nationale du Bénin*, 2016, page 37 cite que la CAME ne reçoit pas de données SIGL des échelons inférieurs de la chaîne d'approvisionnement en dehors des rapports de distribution des programmes de santé. La quantification se fait sur la base de la quantité vendue aux différents clients.

⁴¹ *Rapport d'évaluation des logiciels de gestion de stock utilisés au Bénin*, DSME 2015

Premier plan SPSR 2006-2015 de 2006

Objectif	Réalisation
1. Sécuriser la ligne « achat en produits de la SR » dans le budget annuel de l'état	En cours
2. Renforcer les mécanismes de recouvrement des coûts de cession des produits de la SR dans toutes les unités de soins de la SR	Fait
3. Accroître les capacités de la CAME pour l'approvisionnement des produits de la SR de qualité et à bas prix	Fait
4. Améliorer la fiabilité des estimations des besoins du pays en produits de la SR	En cours
5. Assurer une disponibilité permanente des produits de la SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Disponibilité acceptable
6. Accroître la performance des responsables et gestionnaires des formations sanitaires en gestion informatisée des produits de la SR	Moyen et pas harmonieux. Reste à mesurer.

DRAFT 03 final

Plan complémentaire SPSR 2009-2015 de 2009

7. Rendre plus efficace le mécanisme de prévision, d'achat et de distribution des produits de la SR y compris les préservatifs (féminins et masculins) à fin 2015	Fait
8. Assurer la disponibilité des produits de la SR y compris les préservatifs (féminins et masculins) à tous les niveaux du système de santé, dans le secteur privé et au sein des ONG et autres organismes de la société civile en fin 2015	En cours
9. Assurer la qualité des produits de la SR y compris les préservatifs (féminins et masculins) disponibles à tous les niveaux en fin 2015	Très contrasté
10. Accroître les performances du SIGL des produits de la SR d'ici fin 2015	Moyen
11. Assurer le respect du circuit d'achat et de distribution des produits de la SR (y compris les condoms masculins et féminins) dans les secteurs public et privé y compris les ONG et autres organismes de la société civile d'ici fin 2015	Fait mais à améliorer
12. Renforcer les mécanismes de quantification, de prévision des besoins et de planification des achats en produits de SR y compris les préservatifs masculins et féminins d'ici fin 2015	Moyen (TAC)
13. Améliorer les capacités/conditions d'entreposage/stockage et de transport des structures impliquées dans la gestion des produits SR, d'ici à fin 2015	Moyen restant à améliorer
14. Renforcer les capacités de tous les gestionnaires des produits de santé de la reproduction y compris les condoms masculins et féminins d'ici fin 2013	Fait mais rétention de personnel formé difficile

7. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN DE LA SPSR

7.1. Vision du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021 (pour rappel)

Le **plan stratégique de la SRMNEA 2017-2021** se donne comme vision d'atteindre en 2030 un environnement dans lequel chaque femme, enfant ou adolescent se rend compte de ses droits à la santé physique et mentale et au bien-être, a des capacités sociales et économiques et est en mesure de participer pleinement à l'édification d'une prospérité sociale durable.

(Tiré du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021)

7.2. Vision du plan stratégique de la SPSR 2017-2021

Afin de soutenir et maximiser l'impact des programmes de la DSME, le plan stratégique de la SPSR se donne comme vision de mettre en œuvre toutes les activités de la chaîne d'approvisionnement pour que les **bons** produits de la SR, soient disponibles en **bonne** quantité, au **bon** endroit, au **bon** moment, de **bonne** qualité, et au **meilleur** rapport qualité/prix.

7.3. Objectifs stratégiques du plan stratégique de la SRMNEA (pour rappel)

L'objectif général du plan stratégique de la SRMNEA est de réduire de moitié d'ici 2021 la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile évitable. Ces décès évitables sont ceux qui sont causés par :

- Chez la femme en âge de procréer : le manque d'éducation pour une vie sexuelle saine y compris le control des grossesses
- Chez la gestante, la parturiente et la mère allaitante : l'irrégularité et la faible qualité des consultations pré et post natales, et la non disponibilité des produits d'importance vitale
- Chez le nouveau-né : l'absence de soins de réanimation et des soins essentiels de qualité et d'une bonne surveillance
- Chez l'enfant de 0 à 5 ans : l'absence de vaccination correcte, de surveillance nutritionnelle et de suivi médical adéquat des trois maladies prioritaires de l'enfant : palu, pneumonie et diarrhée dans les FS et au niveau communautaire,
- Chez les adolescents : l'accès à l'information, absence d'une couverture universelle par des services de qualité qui prennent en compte les déterminants de la santé et du développement de l'adolescent

(Tiré du plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021)

7.4. Objectifs stratégiques du plan stratégique de la SPSR

L'objectif général du plan stratégique de la SPSR est de mettre à disposition des produits de qualité pour permettre à la DSME de réduire de moitié la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile en se basant sur les objectifs spécifiques suivants :

- Renforcer le leadership de la DSME et la coordination des interventions et des acteurs
- Mettre en place un SIGL fonctionnel en réseau à tous les niveaux pour assurer la visibilité des flux de produits, la dématérialisation des commandes, une meilleur gestion de stocks, et enfin le rapportage de l'historique des *consommations* pour une quantification annuelle correcte.

- Améliorer le processus et la qualité de la quantification annuelle et la planification des achats, en particulier avec des livraisons échelonnées des produits alloués par les PTF.
- Réviser et optimiser le réseau de distribution/transport et d'entreposage/stockage aux niveaux central/régional/DR/FS.
- Améliorer les conditions d'entreposage et de stockage à tous les niveaux et leur gestion de stock.
- Améliorer le système d'AQ et le CQ des produits de la SR à tous les niveaux.
- Organiser un système efficace pour la gestion et la destruction des déchets (périmés, endommagés et autres détritiques).

7.5. Objectifs spécifiques du plan stratégique de la SRMNEA liés à la SPSR (pour rappel)

Un certain nombre d'objectifs spécifiques du plan stratégique de la SRMNEA sont liés à la SPSR notamment en exigeant la disponibilité des produits. Ces objectifs précis sont importants pour aligner la quantification des produits, et donc savoir quels types de produits, en quelle quantité doivent être ou à quel moment.

7.5.1. Santé de la reproduction

- Accroître à 20% l'utilisation des méthodes contraceptives modernes
- Accroître à 100% la disponibilité des produits contraceptifs au niveau central en 2021

Domaines d'interventions	Objectifs stratégiques spécifiques	Indicateurs	Méthode de calcul	Année/ valeur de base	Cibles annuelles					
				2015	2017	2018	2019	2020	2021	
Santé de la reproduction										
	Accroître à 75% la disponibilité des produits contraceptifs au niveau central en 2020	Nombre de jours de rupture de stock en produits contraceptifs dans la période au niveau central	Comptage du nombre de jours de rupture à partir du 1 ^{er} jour de rupture d'un produit entré en rupture jusqu'au dernier jour du dernier produit entré en rupture	50%	55%	60%	65%	70%	75%	

7.5.2. Santé de la mère

- Assurer le test de VIH/Sida et de syphilis à 75% des femmes enceintes d'ici 2020
- Assurer le traitement de VIH/Sida et syphilis chez 90% des femmes enceintes testées positives d'ici 2020

7.5.3. Santé du nouveau-né

- Assurer une couverture équitable et de qualité des soins à tous les nouveau-nés (soins essentiels, soins d'urgence, référence) afin d'atteindre d'ici 2020, 90% des naissances vivantes
- Assurer une couverture équitable et de qualité des soins à 50% des nouveau-nés à risque à tous les niveaux (soins essentiels, soins d'urgence, référence) d'ici 2020
- Contribuer à la prévention vaccinale correcte chez 100% des enfants

7.5.4. Santé de l'enfant

- Prendre en charge correctement 100% les cas de pneumonie, diarrhée et paludisme chez les enfants de moins de 5 ans
- Contribuer à la prévention vaccinale correcte chez 100% des enfants de moins de 5 ans

7.5.5. Santé de l'adolescent

- Prendre en charge correctement toutes les affections chez 80% des adolescents y compris les infections sexuellement transmissibles et les troubles mentaux

7.5.6. Nutrition de la femme enceinte, de la femme allaitante, du nouveau-nés, de l'enfant et de l'adolescent

D'ici 2020 :

- Réduire le retard de croissance de 40% chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Réduire l'anémie de 50% chez les femmes en âge de procréer d'ici 2020;
- Réduire l'anémie de 50% chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2020 ;
- Réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 30% d'ici 2020;

Tableau 1 : Actions prioritaires par composante alignées sur le PNDS 2017-2021

DRAFT

Orientation Stratégique PNDS	Objectifs Spécifiques PNDS	Axes d'interventions PNDS	Actions prioritaires plan SPSR
PNDS OS4 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	PNDS 4.3 : Rendre disponibles les produits de santé (SR et technologies) dans 95% des cas à tous les niveaux	PNDS 4.3.1 : Amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité (SR et technologies)	FONCTION CAPACITANTE/SUPPORT : GOUVERNANCE/LEADERSHIP Mettre en place et rendre fonctionnelle une cellule pour piloter/coordonner la chaîne d'approvisionnement
PNDS OS2 : Réduction de la morbidité, de la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et renforcement de la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins	PNDS 2.1 : Réduire la morbidité, la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	PNDS 2.1.2 : Intensification des services de la Planification Familiale PNDS 2.1.2 : Renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	FINANCEMENT Adopter une politique d'offre gratuite des produits contraceptifs dans les services de routine RESSOURCES HUMAINES Doter la chaîne d'approvisionnement en ressources humaines qualifiées et suffisantes pour l'entreposage et la gestion des stocks au niveau des DRZS et FS ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE Renforcer le leadership et les moyens de la DPMED et des DDS pour les inspections Lutter contre les produits contrefaits et sous standard du marché parallèle Renforcer les moyens des douanes pour lutter contre les contrefaçons
PNDS OS5 : Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé	PNDS 5.1 : Assurer la disponibilité d'informations SIGL de qualité à tous les niveaux	PNDS 5.2.1. Amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux y compris le niveau communautaire	VISIBILITE/SIGL et ANALYTIQUE Mettre en place un SIGL unique fonctionnel à tous les niveaux de la chaîne Harmoniser la gestion informatisée des produits

Orientation Stratégique PNDS	Objectifs Spécifiques PNDS	Axes d'interventions PNDS	Actions prioritaires plan SPSR
PNDS OS4 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	PNDS 4.2 : Assurer le respect des normes en équipement dans au moins 90% des formations sanitaires	PNDS 4.2.1 : Renforcement des équipements	FONCTION OPERATIONNELLE : ENTREPOSAGE/STOCKAGE
			Acquérir des équipements appropriés à l'entreposage et au stockage des produits et améliorer les espaces de stockage à tous les niveaux (DR, magasin de gros, pharmacie de détails, étagère de salle de consultation/opération, réfrigérateur et congélateur).
			DISTRIBUTION
			Evaluer et optimiser le réseau des trois agences régionales CAME et les 34 dépôts répartiteurs et le transport/distribution
			Evaluer et proposer un système de transport/distribution efficace au meilleur rapport qualité/prix jusqu'aux 855 FS incluant la logistique de remontée (périmés, stock en excès, etc.)
	PNDS 4.3 : Rendre disponibles les produits de santé (SR et technologies) dans 95% des cas à tous les niveaux	PNDS 4.3.1 : Amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité (SR et technologies)	GESTION DE DECHETS
			Evaluer et proposer un système opérationnel de récupération des déchets (produits médicaux des FS vers le niveau central)
			SELECTION/ACHAT
			Elaborer un plan d'approvisionnement annuel avec livraison échelonnée des produits SR précisant les engagements des parties prenantes.
			DISTRIBUTION
Renforcer les capacités des agents impliqués dans la gestion des produits SR à tous les niveaux			
Faire le plaidoyer auprès des autorités sanitaires pour que les profils adéquats des gestionnaires au niveau des DR et FS soient établis et respectés			

<p>PNDS OS2 : Réduction de la morbidité, de la mortalité de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et renforcement de la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins</p>	<p>PNDS 2.1 : Réduire la morbidité, la mortalité de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent</p>	<p>PNDS 2.1.2 : Renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent</p>	<p>ASSURANCE QUALITE</p>
			<p>Mettre en place un plan national d'AQ et CQ et assurer la qualité des produits à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement</p>
			<p>USAGE RATIONNEL</p>
			<p>Renforcer les capacités des prestataires pour l'offre de soins SR de qualité</p>
			<p>Redynamiser le GTT SR</p>
			<p>Réduire l'impact de l'automédication sur les populations</p>
			<p>GESTION DE DECHETS</p>
			<p>Doter les acteurs de la chaîne d'une politique de gestion des déchets par niveau de la pyramide sanitaire (maîtrise de la procédure/protocole, relation de partenariat avec les acteurs impliqués, identification des sources de financement, ...)</p>
<p>Améliorer le niveau de connaissance des acteurs sur la gestion des déchets à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p>			

DRAFT

8. PLAN STRATEGIQUE 2017-2021 DE LA SPSR

8.1. Contexte du plan de la SPSR 2017-2021 vis-à-vis des autres plans stratégiques.

Le MS s'est doté d'un PNDS 2017-2021 qui constitue la boussole programmatique du sous-secteur santé pour la période. Le plan stratégique intégré de la SRMNEA 2017-2021 est aligné avec ce PNDS. Un effort particulier a été réalisé pour aligner ce plan stratégique de la SPSR avec ces deux plans.

En outre, la DPMED a élaboré en 2015 (mais pas encore validé ni budgétisé) le premier plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne nationale d'approvisionnement des produits de santé. Ce plan global constitue la boussole transversale de la sous-activité de la chaîne d'approvisionnement/sécurisation des produits de la SR. Il est donc indispensable que le plan stratégique de la SPSR soit aussi aligné avec lui. Ainsi, les participants de l'atelier principal de l'élaboration du plan SPSR ont effectivement identifié une majorité d'activités prioritaires déjà pris en compte dans le plan stratégique national en 2015.

La chaîne d'approvisionnement des produits de la SR étant presque toujours intégrée dans la chaîne nationale d'approvisionnement, on ne saurait dissocier/verticaliser certaines activités seulement pour les produits de la SR. C'est pourquoi, il a été proposé que, dans le plan SPSR, les activités prioritaires déjà prises en compte dans le plan national soient mis-en-œuvre via le plan national, et que la responsabilité en incombe à la DPMED. Par contre, la mise-en-œuvre des activités prioritaires spécifiques à la SPSR restera dans le plan stratégique de la SPSR et la responsabilité incombera à la DSME avec un financement et plan opérationnel détaillé, ainsi qu'un plan de suivi et d'évaluation spécifique.

La DSME et les PTF de la SR avec la DPMED devront donc mutualiser leurs efforts afin d'aligner le financement et la mise-en-œuvre des activités prioritaires renforçant la chaîne nationale ainsi que les activités concernant spécifiquement la chaîne des produits de la SR.

Les consultants considèrent que le plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement possède globalement toutes les activités nécessaires à l'amélioration des faiblesses de la chaîne des produits de la SR. Certaines sont reprises le plan de la SPSR pour leur importance, leur impact particulier sur les produits de la SR, ou alors parce que certains détails complémentaires les rendraient plus pertinents.

8.2. Les sept fonctions opérationnelles

QUANTIFICATION

Action prioritaire 1 : améliorer le processus de quantification annuelle (plan national stratégique de la chaîne d'approvisionnement, stratégie #22)

Activité opérationnelle 1.1 : organiser des rencontres de concertation entre les parties prenantes de la chaîne (cabinet du SG, DPP, DAF, DPMED, CAME, DSME, projets et programmes) afin d'améliorer et de formaliser un processus de quantification effectif et efficace

Activité opérationnelle 1.2 : clarifier les rôles et les responsabilités attendus de la DSME/logistique et ajuster sa position dans l'organigramme afin que son rôle soit transversal

Activité opérationnelle 1.3 : renforcer les capacités de la DSME/logistique en compétence et en nombre pour mener à bien la coordination des acteurs dans la quantification annuelle/quantifier les produits PF, et les mises-à-jour trimestrielle des quantifications

Action prioritaire 2 : améliorer la fiabilité de la quantification annuelle

(plan national stratégique de la chaîne d’approvisionnement, stratégies #19 et 20)

Activité opérationnelle 2.1 : évaluer les outils, les hypothèses (base de population) et méthodes utilisées par tous les acteurs de la SR, intégrer les quantités de pharmacies privée et trouver des pistes consensuelles d’harmonisation dans un processus intégré de quantification annuelle

Activité opérationnelle 2.2 : en l’absence de SIGL, organiser la collecte périodique de l’historique de distribution/ consommations des produits de la SR

Activité opérationnelle 2.3 : analyser les données collectées pour préparer la quantification

Activité opérationnelle 2.4 : analyser la variance des données quantifiées entre prévisionnel/réalisé a posteriori et trouver des pistes d’amélioration du processus, des hypothèses etc.

Activité opérationnelle 2.5 : intégrer les quantifications des produits de la PF dans les besoins nationaux des produits de santé dans une vision de mobilisation des ressources nationale et des PTF

Action prioritaire 3 : établir un processus formel d’élaboration du plan d’approvisionnement annuel des produits de la SR avec livraison échelonnée et engagements des PTF

Activité opérationnelle 3.1 : organiser une réunion de consensus des parties prenantes sur la formalisation du processus d’élaboration du plan d’approvisionnement

Activité opérationnelle 3.2 : mettre-en-œuvre le processus dans le sous-comité CNAPS et élaborer le plan d’approvisionnement annuel intégré de tous les produits de la SR avec la mobilisation de ressources adéquates

SELECTION/ACHAT

Action prioritaire 4 : mettre à jour la liste des produits de la SR

Activité opérationnelle 4.1 : réaliser une revue documentaire annuelle de la liste des produits, proposer un ajustement et trouver un consensus dans un atelier avec les acteurs

Activité opérationnelle 4.2 : mettre à jour la liste des produits de la SR

Activité opérationnelle 4.3 : vulgariser la liste auprès des parties prenantes

Action prioritaire 5 : transfert des acquisitions des produits de santé sur Budget Nationale (BN) à la CAME/achat

(plan national stratégique de la chaîne d’approvisionnement, stratégie #26)

Activité opérationnelle 5.1 : faire un plaidoyer pour obtenir une dérogation spéciale pour l’acquisition par la CAME des produits de santé acquis sur BN.

Activité opérationnelle 5.2 : rendre disponible à temps les ressources financières pour l’acquisition des produits de santé sur BN.

ENTREPOSAGE/STOCKAGE

Action prioritaire 6 : réaménager les lieux d’entreposage/stockage et renforcer en équipements

(plan national stratégique, stratégies #10B, 11, 12)

Activité opérationnelle 6.1 : évaluer les lieux d’entreposage/stockage et quantifier les besoins de réaménagement et équipement

Activité opérationnelle 6.2 : équiper les dépôts, magasins, et pharmacies incluant les équipements de la chaîne du froid.

Activité opérationnelle 6.3 : élaborer un protocole avec le programme de vaccination pour partager la capacité du réfrigérateur des vaccins

Activité opérationnelle 6.4 : réaménager les dépôts, les magasins de gros, les pharmacies de détails, et les étagères des dispensaires/maternité/lab, etc.

Activité opérationnelle 6.5 : faire le plaidoyer auprès des PTF utilisant le FBR pour qu'ils incluent dans les critères de performance qualitative à acheter les critères tels que les bonnes conditions d'entreposage et l'intégrité des emballages

Action prioritaire 7 : optimiser le réseau actuel des agences régionales CAME et des DRZS (plan national stratégique, stratégies #10B, 11, 12)

Activité opérationnelle 7.1 : évaluer les scénarios d'optimisation de la couverture du réseau d'entreposage des agences régionale CAME et des DRZS couplé avec un système efficace de transport/distribution

Activité opérationnelle 7.2 : mettre en œuvre le plan d'optimisation du réseau d'entreposage régional et des ZS

Activité opérationnelle 7.3 : évaluer les scénarios d'optimisation de la CAME centrale en termes d'entreposage et d'opération incluant les équipements

Activité opérationnelle 7.4 : mettre en œuvre l'optimisation via un financement basé les résultats

TRANSPORT/DISTRIBUTION

Action prioritaire 8 : optimiser le système de transport/distribution entre les agences régionales CAME et les DRZS voire les FS (plan national stratégique, stratégies #16)

Activité opérationnelle 8.1 : évaluer les scénarios d'optimisation du transport/distribution au meilleur rapport qualité/prix, incluant la logistique de remontée et l'usage de drones pour les FS inaccessibles temporairement/permanence et étudier l'intérêt des alternatives de sous-traitance aux transporteurs privés ou intégration à la CAME

Activité opérationnelle 8.2 : implémenter le scénario la plus favorable

Action prioritaire 9 : mettre en place un système opérationnel de transport/récupération des produits inutilisables (des FS vers le niveau central) (plan national stratégique, stratégies #16)

Activité opérationnelle 9.1 : évaluer les options transport/récupération des déchets au meilleur rapport qualité/prix

Activité opérationnelle 9.2 : implémenter l'option la plus favorable

USAGE RATIONNEL

Action prioritaire 10 : renforcer les capacités des prestataires sur l'offre de soins de la SR de qualité.

Activité opérationnelle 10.1 : organiser les Enseignements Post Universitaires (EPU) sur les soins de la SR auprès des praticiens des hôpitaux de zone et des CHD tous les trois mois

Activité opérationnelle 10.2 : mettre en œuvre les Equipe d'Amélioration de la Qualité (EAQ) dans toutes les FS

Activité opérationnelle 10.3 : organiser des supervisions conjointes (chef de service SME des DDS et l'EEZS) pour évaluer l'adhérence des prescripteurs aux DTS dans les FS

Action prioritaire 11 : renforcer la coopération entre la DPMED, la DPP et la DSME pour le suivi des indicateurs de l'usage rationnel des produits de la SR

Activité opérationnelle 11.1 : organiser un échange des données du SNIS/DHIS2 et/ou du rapport d'analyse de la DPMED sur l'usage rationnel de tous les produits de la SR

Activité opérationnelle 11.2 : sur la base des informations, la DSME/S&E agit pour améliorer les goulots d'étranglement d'une manière itérative

Action prioritaire 12 : réduire l'automédication de la population

Activité opérationnelle 12.1 : organiser les campagnes de plaidoyer social sur les méfaits de l'automédication

Activité opérationnelle 12.2 : organiser des séances de sensibilisation du personnel des pharmacies publiques et privées sur le respect de la réglementation et les méfaits de l'automédication

GESTION DES DECHETS

Action prioritaire 13 : mise en place d'une politique de gestion des produits inutilisables et déchets (plan national stratégique, stratégie #17)

Activité opérationnelle 13.1 : concevoir la politique/plan national de gestion des produits inutilisables/ déchets

Activité opérationnelle 13.2 : mettre en place un canevas formel et unique d'inventaire des produits inutilisable (avec les informations suivantes : dénomination, quantité, numéro de lot et coût unitaire)

Activité opérationnelle 13.3 : identifier et marquer un emplacement de stockage des déchets (quarantaine) dans tous les lieux d'entreposage/stockage

Activité opérationnelle 13.4 : la DPMED s'assure que les acteurs mettent en œuvre la politique de gestion des produits inutilisables et déchets

Action prioritaire 14 : Former les acteurs à la politique de gestions des produits inutilisables/déchets et la logistique inverse (plan national stratégique, stratégie #18)

Activité opérationnelle 14.1 : vulgariser la politique

Activité opérationnelle 14.2 : former les acteurs à la politique de gestions des produits inutilisables/déchets et la logistique inverse

Voir aussi l'action prioritaire 8 sous transport/distribution pour la logistique inversée

ASSURANCE QUALITE

Action prioritaire 15 : assurer la qualité des produits de la SR (plan national stratégique, stratégie #6)

Activité opérationnelle 15.1 : élaborer un plan national d'AQ et de CQ pour tous les produits

Activité opérationnelle 15.2 : appliquer le plan de CQ à la réception à la CAME centrale et aux entrepôts centraux des ONG, aux DRZS et FS sur les produits de la SR

Activité opérationnelle 15.2 : en cas de non-conformité, la DPMED suit l'ICP qui montre l'élucidation de la cause et prend une décision afin de remédier à cette cause

8.3. Les six fonctions capacitanes/supports

ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE

Activité prioritaire 16 : renforcer le leadership et les moyens de la DPMED et des DDS pour les inspections

Activité opérationnelle 16.1 : faciliter les procédures pour l'assermentation des inspecteurs-pharmaciens

Activité opérationnelle 16.2 : mettre à la disposition de la DPMED et des DDS des inspecteurs-pharmaciens assermentés en nombre suffisant

Activité opérationnelle 16.3 : doter les services d'inspection de moyens de transport

Activité prioritaire 17 : lutter contre les produits contrefaits et sous-standard du marché parallèle (voire plan national intégré de lutte contre les faux médicaments)

Activité opérationnelle 17.1 : organiser des campagnes d'information et de sensibilisation de la population sur les dangers de l'utilisation des produits contrefaits et sous-standard du marché parallèle.

Activité prioritaire 18 : renforcer les moyens des douanes pour lutter contre les contrefaçons

Activité opérationnelle 18.1 : faire un plaidoyer pour une collaboration intersectorielle entre le MS (DPMED) et les ministères en charge des finances et du commerce pour un contrôle plus efficace contre les produits contrefaits et sous-standard.

GOUVERNANCE/LEADERSHIP

Action prioritaire 19 : mettre en place et rendre fonctionnelle à la DPMED une cellule pour piloter/coordonner la chaîne d'approvisionnement nationale

Activité opérationnelle 19.1 : évaluer d'une manière collaborative les options et prendre un arrêté instituant la cellule de pilotage de la chaîne d'approvisionnement

Activité opérationnelle 19.2 : harmoniser les documents existant dans une directive globale de gestion des activités de la chaîne de bout en bout et la vulgariser

Activité opérationnelle 19.3 : valider le plan stratégique de la chaîne d'approvisionnement incluant un plan opérationnel et de financement

Activité opérationnelle 19.4 : faire le costing et évaluer les besoins de financement de la chaîne incluant la CAME

Action prioritaire 20 : renforcer le leadership de la DSME

Activité opérationnelle 20.1 : évaluer les rôles et responsabilités actuelles de la DSME (telles qu'énoncées dans l'AOF de juillet 2016) par rapport à celles idéales (notamment vis-à-vis des autres programmes verticaux, des ONG, des pharmacies et cliniques privées) et formuler des recommandations d'ajustements institutionnels et organisationnels

Activité opérationnelle 20.2 : plaider auprès du MS pour l'adoption de rôles et responsabilités ajustées par un arrêté et publication, en assurer l'acceptation par l'ensemble des acteurs de la SR (autres programmes, ONG, PTF, etc.), et enfin vulgariser

Activité opérationnelle 20.3 : après la validation politique, en assurer l'implémentation avec une formalisation par une directive détaillant chaque activité spécifique, et qu'elle soit acceptée par les acteurs

Activité opérationnelle 20.4 : renforcer les capacités de la DSME/leadership avec une AT (coaching/shadowing 6 mois à distance)

COORDINATION

Action prioritaire 21 : renforcer la capacité de la DSME pour coordonner les acteurs de la SR (programmes verticaux, ONG, et PTF) (plan national stratégique, stratégie #8)

Activité opérationnelle 21.1 : refonder le processus de fonctionnement du sous-comité SR CNAPS et clarifier les rôles et les responsabilités de la DSME

Activité opérationnelle 21.2 : mettre en œuvre et évaluer la performance du fonctionnement et ajuster si nécessaire.

Activité opérationnelle 21.3 : tenir régulièrement des sessions statutaires

FINANCEMENT

Action prioritaire 22 : adopter une politique d'offre gratuite des produits contraceptifs dans les services de routine

Activité opérationnelle 22.1 : plaider auprès des parties prenantes (PTF, secteur privé, élus locaux, ONG) pour une décision pour l'offre gratuite de la PF.

Activité opérationnelle 22.2 : passer un décret présidentiel consacrant l'offre gratuite.

Activité opérationnelle 22.3 : organiser des campagnes de plaidoyer et de mobilisation sociale sur l'utilisation des produits du PF.

Activité opérationnelle 22.4 : intégrer les produits de PF dans le système de pharmacovigilance

Activité opérationnelle 22.5 : renforcer les rôles et capacités des champions en SR et PF

Action prioritaire 23 : évaluer le coût total des activités de la chaîne d'approvisionnement de bout en bout comme un indicateur-clef de performance à suivre

Activité opérationnelle 23.1 : faire le costing et évaluer les besoins de financement de la chaîne d'approvisionnement de bout en bout

Activité opérationnelle 23.2 : évaluer les activités aux coûts les plus importants et trouver des pistes pour les optimiser et si possible, améliorer l'accessibilité financière aux patients/clients

RESSOURCES HUMAINES

Action prioritaire 24 : professionnaliser les ressources humaines dédiées à la chaîne dans le système de la santé publique (plan national stratégique, stratégie #10A)

Activité opérationnelle 24.1 : plaider auprès du MS pour le respect du statut et des profils des ressources humaines dédiées à la chaîne à la DPMED (expert en chaîne d'approvisionnement), dans les DRZS et des FS (gestionnaire de dépôt/magasin, commis de pharmacie de détail, et de stock, magasinier)

Action prioritaire 25 : renforcer la compétence technique du personnel de la DPMED, DSME, les DRZS et FS impliqué dans la chaîne (plan national stratégique, stratégie #10A)

Activité opérationnelle 25.1 : évaluer les capacités actuelles des ressources humaines dédiées à la chaîne par rapport aux standards requis et besoins

Activité opérationnelle 25.2 : élaborer un plan national de formation initiatique et de recyclage

Activité opérationnelle 25.3 : renforcer les compétences techniques des ressources humaines dédiées à la chaîne

Activité opérationnelle 25.4 : prévoir et mettre en œuvre des supervisions formatives régulières auprès des DRZS et FS par les EEZS et de la DPMED dans leur plan de travail annuel

Action prioritaire 26 : doter la DPMED, DSME, les DRZS et FS en personnel en quantité suffisante (plan national stratégique, stratégie #10A)

Activité opérationnelle 26.1 : évaluer les besoins en nombre

Activité opérationnelle 26.2 : élaborer un plan de recrutement qui intègre des pharmaciens.

Activité opérationnelle 26.3 : affecter/recruter du personnel qualifié à tous les niveaux

Activité prioritaire 27 : renforcer les capacités de la DSME/logistique et DSME/suivi et évaluation pour assurer un bon fonctionnement

Activité opérationnelle 27.1 : affecter une assistance technique (AT) temporaire spécialisée en chaîne d'approvisionnement à la DSME/logistique, afin de 1/ évaluer les rôles et responsabilités actuelles et celles idéales, et formuler des recommandations et les faire valider, 2/ faciliter la réorganisation, 3/ rationaliser les tâches actuelles effectuées (coaching/shadowing in-country et à distance) et guider dans les nouvelles tâches. Durée de l'AT six mois à temps partiel estimés.

Activité opérationnelle 27.2 : faire un plaidoyer auprès du MS pour l'affectation de 1 à 2 employés additionnels ETP au service logistique

Activité opérationnelle 27.3 : faire un plaidoyer auprès du MS pour l'affectation de 1 employé additionnel ETP au service S&E

Activité opérationnelle 27.4 : UNFPA assure un support au service DSME/S&E

VISIBILITE/SIGL, ANALYTIQUE, ET SUIVI DE LA PERFORMANCE DE LA CHAINE

Action prioritaire 28: sélectionner et installer un SIGL fonctionnel unique entre les trois agences régionales CAME et les 34 DRZS voire les 855 FS (plan national stratégique, stratégie #29, 30, 31, 32)

Activité opérationnelle 28.1: organiser une réunion de consensus avec toutes les parties prenantes pour sélectionner un SIGL unique

Activité opérationnelle 28.2: évaluer les fonctionnalités nécessaires au SIGL, incluant un module de « track & trace » avec scanner de code-bar

Activité opérationnelle 28.3: cartographier les flux d'information parmi tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement

Activité opérationnelle 28.4: élaborer un plan d'installation national avec un financement adéquat ainsi que la définition des rôles et responsabilités des acteurs

Activité opérationnelle 28.5: installer le SIGL dans tous les lieux d'entreposage

Action prioritaire 29: harmoniser le SIGL (plan national stratégique, stratégie #29, 32)

Activité opérationnelle 29.1: prendre un arrêté fixant les modalités d'utilisation d'un SIGL unique

Activité opérationnelle 29.2: former le personnel à l'utilisation du SIGL

Action prioritaire 30: la DPMED/pilote de la chaîne suit et agit selon les indicateurs-clefs de performance extraits du SIGL (plan national stratégique, stratégie #15)

Activité opérationnelle 30.1: définir les indicateurs clefs de performance nécessaires pour le pilotage de la chaîne d'approvisionnement

Activité opérationnelle 30.2: analyser périodiquement les indicateurs clefs les présenter aux décideurs de la chaîne d'approvisionnement et les publier

9. PLAN OPERATIONNEL 2017-2021

Les activités de couleur verte sont celles qui se retrouvent dans le plan national et le plan de la SPSR.

Les activités de couleur orange sont celles qui devraient faire l'objet de reformulation dans le plan national.

Les activités de couleur blanches sont celles qui sont spécifiques au plan de la SPSR

9.1. Plan opérationnel 2017-2021 détaillé

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	2017				2018				2019				2020				2021				Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses				
						T1	T2	T3	T4																							
QUANTIFICATION																																
1	améliorer le processus de quantification annuelle (plan national stratégique, stratégies #22)	1	organiser des rencontres de concertation entre les parties prenantes de la chaîne (cabinet du SG, DPP, DAF, DPME D, CAME, DSME, projets et programmes) afin d'améliorer et de formaliser le processus de quantification	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X																							
		2	clarifier les rôles et les responsabilités attendu de la DSME /logistique et ajuster sa position dans l'organigramme afin que son rôle soit transversal	DSME /logistique	PTF																											
		3	renforcer les capacités de la DSME /logistique en compétence technique et en nombre pour mener à bien la coordination des acteurs dans la quantification annuelle/quantifier les produits PF, et les mises-à-jour trimestrielle des quantifications	DSME /logistique	PTF	X	X	X	X																							
2	améliorer la fiabilité de la quantification annuelle (plan national stratégique, stratégies #19, 20)	1	évaluer les outils, les hypothèses (base de population), intégrer les quantités de pharmacies privée et méthodes utilisées par tous les acteurs de la SR et trouver des pistes consensuelles d'harmonisation dans un processus intégré de quantification annuelle	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X																							
		2	en l'absence de SIGL, organiser la collecte périodique de l'historique de distribution/ consommations des produits de la SR	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
		3	analyser les données collectées pour préparer la quantification	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNL P,	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
		4	analyser la variance des données entre prévisionnel/réalisé a posteriori et trouver des pistes d'amélioration du processus, des hypothèses etc.	DSME /logistique	DSME, CAME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF																											
		5	intégrer les quantifications des produits de la PF dans les besoins nationaux des produits de santé dans une vision de mobilisation des ressources nationale et des PTF	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X																							
3	établir un processus formel d'élaboration du plan d'approvisionnement annuel des produits de la SR avec livraisons échelonnée et engagements des PTF (plan national stratégique, stratégie #20)	1	organiser une réunion de consensus des parties prenantes sur la formalisation du processus d'élaboration du plan d'approvisionnement	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNL P, PNT, ONG				X				X				X				X				X							
		2	mettre-en-œuvre le processus d'élaboration du plan d'approvisionnement dans le sous-comité CNAPS et élaborer le plan d'approvisionnement annuel intégré de tous les produits de la SR avec la mobilisation de ressources adéquates	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNL P, PNT, ONG	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								
SELECTION/ACHAT																																
4	mettre à jour la liste des produits de la SR	1	réaliser une revue documentaire annuelle de la liste des produits, proposer un ajustement et trouver un consensus dans un atelier avec les acteurs	DSME	DPME D, CAME, ONG, ZS, PTF, prestataires de soin	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		XOF	1,350,000	USD	2,160	1/revue effectuée par la DSME 2/consensus en atelier 1 journée pour 30 acteurs à la DSME (dej & 2 pauses café) 3/tous les ans		
		2	mettre à jour la liste des produits de la SR	DSME	DPME D, CAME, ONG, ZS, PTF	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X								
		3	vulgariser la liste auprès des parties prenantes	DSME	DPME D, CAME, ONG, ZS, PTF	X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		XOF	5,000,000	USD	8,000	1/1 000 brochures @ XOF 500 2/tous les ans		
5	Transfert des acquisitions des produits de santé sur Budget Nationale (BN) à la CAME/achat (plan national stratégique de la chaîne d'approvisionnement, stratégie #26)	1	Faire un plaidoyer pour obtenir une dérogation spéciale pour l'acquisition par la CAME des produits de santé acquis sur BN.	Cabinet du Ministre	DRFMDPP/PNLS, PNL P, PNT, CAME	X	X	X	X																							
		2	Rendre disponible à temps les ressources financières pour l'acquisition des produits de santé sur BN.	Cabinet du Ministre	DRFMDPP/PNLS, PNL P, PNT, CAME					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	2016				2017				2018				Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses
						T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
ENTREPOSAGE/STOCKAGE																				
6	Réaménager les lieux d'entreposage/stockage et renforcer en équipements. (plan national stratégique, stratégies #10B, 11, 12)	1	évaluer les lieux d'entreposage/stockage et quantifier les besoins de réaménagement et équipement	DIEM, DP MED	ZS, PTF	X	X	X	X										voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		2	équiper les dépôts, magasins, et pharmacies incluant les équipements de la chaîne du froid.	DIEM, DP MED	ZS, PTF					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
		3	Elaborer un protocole d'accord avec l'Agence Nationale de Vaccination pour partager la capacité du réfrigérateur des vaccins	DP MED	ANV	X	X	X	X											voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
		4	réaménager les dépôts, les magasins de gros, les pharmacies de détails, et les étagères des dispensaires /maternité/lab, etc.	DIEM, DP MED	CAME, PNLS, PNLP, PNT, DSME, PTF,					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
7	optimiser le réseau actuel des agences régionales CAME et des DRZS (plan national stratégique, stratégies #10B, 11, 12)	1	évaluer les scénarios d'optimisation de la couverture du réseau d'entreposage des agences régionale CAME et des DRZS couplé avec un système efficace de transport/distribution	DP MED	CAME, ZS, PTF	X	X	X	X										voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		2	mettre en œuvre le plan d'optimisation du réseau d'entreposage régional et des ZS	DP MED	CAME, ZS, PTF					X	X	X	X						voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		3	évaluer les scénarios d'optimisation de la CAME centrale en termes d'entreposage et d'opération incluant les équipements	DP MED	CAME, PTF	X	X	X	X											voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
		4	mettre en œuvre l'optimisation via un financement basé les résultats	DP MED	CAME, PTF					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
		5	les PTF utilisant les FBR achètent les critères qualitatifs tels que les bonnes conditions d'entreposage et l'intégrité des emballages	DP MED	PTF					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
TRANSPORT/DISTRIBUTION																				
8	optimiser le système de transport/distribution entre les agences régionales CAME et les DRZS voire les FS (plan national stratégique, stratégies #16)	1	évaluer les scénarios d'optimisation du transport/distribution au meilleur rapport qualité/prix, incluant la logistique inverse et usage de drone pour les FS inaccessibles temporairement/permanence et étudier l'intérêt des alternatives de sous-traitance aux transporteurs privés ou intégration à la CAME	DP MED	CAME, ZS, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X										voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		2	implémenter le scénario le plus favorable	DP MED	CAME, ZS, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF					X						X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
9	mettre en place un système opérationnel de transport/récupération des produits inutilisables (des FS vers le niveau central) (plan national stratégique, stratégies #16)	1	évaluer les scénarios de transport/récupération/logistique inverse des produits inutilisable/déchets au meilleur rapport qualité/prix	DP MED	CAME, ZS, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF									X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	implémenter le scénario le plus favorable	DP MED	CAME, ZS, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF														voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	T1				T2				T3				T4				Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses		
						T1	T2	T3	T4																	
USAGE RATIONNEL																										
10	renforcer les capacités des prescripteurs sur l'offre de soins de la SR de qualité. (plan national stratégique, stratégies #9.1 & 35.3)	1	organiser les Enseignements Post Universitaires (EPU) sur les soins de la SR auprès des praticiens des hôpitaux de zone et des CHD tous les trois mois	DSME	ZS, FS, ONG, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement			
		2	mettre en œuvre les Equipes d'Amélioration de la Qualité (EAQ) dans toutes les FS	Responsables des FS	ZS, FS, ONG, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	organiser des supervisions conjointes (chef de service SME des DDS et l'EES) pour évaluer l'adhérence des prescripteurs aux DTS dans les FS	DSME	ZS, FS, ONG, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
11	renforcer la coopération entre la DP MED, la DPP et la DSME pour le suivi des indicateurs de l'usage rationnel des produits de la SR	1	organiser un échange des données du SNIS/DHIS 2 et/ou du rapport d'analyse de la DP MED sur l'usage rationnel de tous les produits de la SR	DSME, DP MED	ZS, FS, CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF																		Effectué par la DSME Logistique, S&E et programmation			
		2	sur la base des informations, la DSME/S&E agit pour améliorer les goulots d'étranglement d'une manière itérative	DSME, DP MED	ZS, FS, CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF																			Effectué par la DSME Logistique, S&E et programmation		
12	réduire l'automédication de la population	1	organiser les campagnes de plaidoyer social sur les méfaits de l'automédication	DP MED	ZS, FS, CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement			
		2	organiser des séances de sensibilisation du personnel des pharmacies publiques et privées sur le respect de la réglementation et les méfaits de l'automédication	DP MED	ZS, FS, CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
GESTION DES DECHETS																										
13	Mise en place d'une politique de gestion des produits inutilisables et déchets (plan national stratégique, stratégie #17)	1	concevoir la politique/plan national de gestion des produits inutilisables/déchets	DP MED	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF																		voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement			
		2	mettre en place un canevas formel et unique d'inventaire des produits inutilisable (avec les informations suivantes : dénomination, quantité, numéro de lot et coût unitaire)	DP MED	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X																	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	identifier et marquer un emplacement de stockage des déchets (quarantaine) dans tous les lieux d'entreposage/stockage	DP MED	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X																voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		4	la DP MED s'assure que les acteurs mettent en œuvre la politique de gestion des produits inutilisables et déchets	DP MED	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
14	Former les acteurs à la politique de gestions des produits inutilisables/déchets et la logistique inverse (plan national stratégique, stratégie #18)	14	Vulgariser la politique	DP MED	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X																voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement			
		15	Former les acteurs à la politique de gestions des produits inutilisables/déchets et la logistique inverse	DP MED	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
ASSURANCE QUALITE																										
15	Assurer la qualité des produits de la SR (plan national stratégique, stratégie #6)	1	élaborer un plan national d'AQ et de CQ pour tous les produits	DP MED	LNCQ, DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X	X	X														voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement			
		2	appliquer le plan de CQ à la reception à la CAME centrale et aux entrepôts centraux des ONG, aux DRZS et FS sur les produits de la SR	DP MED	LNCQ, DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	en cas de non-conformité, la DP MED suit l'ICP qui montre l'éluclidation de la cause et prend une décision afin de remédier à cette cause	DP MED	LNCQ, DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	2017			2018			2019			2020			2021			Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses
						T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3			
ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE																							
16	Renforcer le leadership et les moyens de la DP MED et des DDS pour les inspections (plan national stratégique, stratégie #10A.2)	1	faciliter les procédures pour l'assèrmentation des inspecteurs-pharmaciens.	DP MED	DRH																	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		2	mettre à la disposition de la DP MED et des DDS des inspecteurs-pharmaciens assèrmentés en nombre suffisant.	DP MED	DRH																		voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
		3	doter les services d'inspection de moyens de transport	DP MED	DRH																		
17	Lutter contre les produits contrefaits et sous standard du marché parallèle (voir plan national intégré de lutte contre les faux médicaments)	1	organiser des campagnes d'information et de sensibilisation de la population sur les dangers de l'utilisation des produits contrefaits et sous-standard du marché parallèle.	DP MED	DRZS, FS, CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X		X	X	X										voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
18	Renforcer les moyens des douanes pour lutter contre les produits de contrefaçons (voir plan national intégré de lutte contre les faux médicaments)	1	faire un plaidoyer pour une collaboration intersectorielle entre le MS/DP MED et les ministères en charge des finances et du commerce pour un contrôle plus efficace contre les produits contrefaits et sous-standard.	DP MED	PTF, autres ministères	X				X												voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
GOUVERNANCE/LEADERSHIP																							
19	mettre en place et rendre fonctionnelle à la DP MED une cellule pour piloter/coordonner la chaîne d'approvisionnement nationale	1	évaluer d'une manière collaborative les options et prendre un arrêté instituant la cellule de pilotage de la chaîne d'approvisionnement	DP MED	MS, PTF	X	X	X	X													voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		2	harmoniser les documents existant dans une directive globale de gestion des activités de la chaîne de bout en bout et la vulgariser	DP MED	MS, PTF			X															voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
		3	valider le plan stratégique de la chaîne d'approvisionnement incluant un plan opérationnel et de financement	DP MED	MS, PTF					X													voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
		4	faire le costing et évaluer les besoins de financement de la chaîne incluant la CAME	DP MED	MS, PTF		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
20	renforcer le leadership de la DSME	1	évaluer les rôles et responsabilités actuelles de la DSME (telles qu'énoncés dans l'AOF de juillet 2016) par rapport à celles idéales (notamment vis-à-vis des autres programmes verticaux, des ONG, des pharmacies et cliniques privées) et formuler des recommandations d'ajustements institutionnels et organisationnels	DSME	PTF	X	X	X	X													1/consultant international @ 650 USD (voir national si disp) 2/4 semaines dont 3 pour analyse situationnelle, recommandations, atelier de restitution et adhésion, plan de plaidoyer, support DSME pour le plaidoyer, et 1 semaine pour élaboration de la directive 3/2 trajets @ 1 000 USD, per diem @ 230 USD	
		2	plaidoyer auprès du MS pour l'adoption de rôles et responsabilités ajustées par un arrêté et publication, en assurant l'acceptation par l'ensemble des acteurs de la SR (autres programmes, ONG, PTF, etc.), et enfin vulgariser	DSME	PTF, ONG, programmes	X	X	X	X														XOF 195,000 USD 312 1/atelier de 35 personnes @ Cotonou
		3	après la validation politique, en assurant l'implémentation avec une formalisation par une directive détaillant chaque activité spécifique, et qu'elle soit acceptée par les acteurs	DSME	MS, ONG, PTF	X	X	X	X														inclus en #1
		4	renforcer les capacités de la DSME/leadership avec une AT (coaching/shadowing 6 mois à distance)	DSME	MS, ONG, PTF	X	X	X	X														XOF 750,000 USD 1,200 1/membre consultant @ distance @ 400 USD 2/2h 2x mois pendant 6 mois
COORDINATION																							
21	renforcer la capacité de la DSME pour coordonner les acteurs de la SR (programmes verticaux, ONG, et PTF) (plan national stratégique, stratégie #8)	1	refonder le processus de fonctionnement du sous-comité SR CNAPS et clarifier les rôles et les responsabilités de la DSME	DP MED	Membres du CNAPS																	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		2	mettre en œuvre et évaluer la performance du fonctionnement et ajuster si nécessaire.	DP MED	Membres du CNAPS	X	X		X	X		X	X		X	X		X	X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement
		3	tenir régulièrement des sessions statutaires	DP MED	Membres du CNAPS	X																	

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	T1				T2				T3				T4				Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses
						T1	T2	T3	T4															
FINANCEMENT																								
22	Adopter une politique d'offre gratuite des produits contraceptifs dans les services de routine	1	plaidoyer auprès des parties prenantes (PTF, secteur privé, élus locaux, ONG) pour une décision pour l'offre gratuite de la PF	DS ME	MS, ONG, PTF	X	X	X		X	X	X										voir plan intégré 2017-2021 de la SRMNEA		
		2	passer un décret présidentiel consacrant l'offre gratuite.	DS ME	MS, ONG, PTF							X											voir plan intégré 2017-2021 de la SRMNEA	
		3	organiser des campagnes de plaidoyer et de mobilisation sociale sur l'utilisation des produits du PF.	DS ME	ZS, FS, PNLS, ONG, PTF	X		X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan intégré 2017-2021 de la SRMNEA	
		4	intégrer les produits de PF dans le système de pharmacovigilance	DP MED	DS ME, PTF	X																		voir plan intégré 2017-2021 de la SRMNEA
		5	renforcer les rôles et capacités des champions en SR et PF	DS ME	PTF	X																		voir plan intégré 2017-2021 de la SRMNEA
23	évaluer le coût total de la chaîne d'approvisionnement comme un indicateur-clef de performance à suivre	1	faire le costing et évaluer les besoins de financement de la chaîne d'approvisionnement de bout en bout	DP MED	DS ME, PTF			X		X		X		X		X		X		X		voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	évaluer les activités aux coûts les plus importants et trouver des pistes pour les optimiser et si possible, restituer de l'accessibilité financière aux patients/clients	DP MED	DS ME, PTF			X		X		X		X		X		X		X		X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
RESSOURCES HUMAINES																								
24	professionnaliser les ressources humaines dédiées à la chaîne dans le système de la santé publique (plan national stratégique, stratégie #10A)	1	plaidoyer auprès du MS pour le respect du statut et des profils des ressources humaines dédiées à la chaîne à la DP MED (expert en chaîne d'approvisionnement), dans les DR ZS et des FS (gestionnaire de dépôt/magasin, commis de pharmacie de détail, et de stock, magasinier)	DP MED	DP MED, DR ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X	X	X	X	X	X	X									voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
25	renforcer la compétence technique (qualité) du personnel de la DP MED, DS ME, les DR ZS et FS impliqué dans la chaîne (plan national stratégique, stratégie #10A)	1	évaluer les capacités actuelles des ressources humaines dédiées à la chaîne par rapport aux standards requis et besoins	DAF	DP MED, DR ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X															voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	élaborer un plan national de formation initiatique et de recyclage	DAF	DP MED, DR ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X																voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		3	renforcer les compétences techniques des ressources humaines dédiées à la chaîne	DP MED, DAF	DR ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		4	prévoir et mettre en œuvre des supervisions formatives régulières auprès des DR ZS et FS par les EE ZS et de la DP MED dans leur plan de travail annuel	DP MED, EE ZS	CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement

9.2. Synthèse du budget 2017-2021

Synthèse des activités spécifiques		
Fonctions opérationnelles		
Quantification	voir action prioritaire # 27	
Selection/achat	FCFA 6 350 K	USD 10 160
Entreposage/stockage	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Transport/distribution	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Usage rationnel	Effectué par la DSME /logistique, S&E et programmatique	
Gestion des déchets	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Assurance qualité	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Fonctions capacitanes		
Environnement réglementaire	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Gouvernance/leadership	FCFA 13 260 K	USD 21 000
Coordination	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Financement	voir plan intégré 2017-2021 de la SRMNEA	
Ressources humaines	FCFA 13 750 K	USD 22 000
Visibilité/SIGL	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Total	FCFA 33 360 K	USD 53 400

Le budget lié à la réalisation des activités contenues dans le plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement sera élaboré par la DPMED au début janvier 2017.

9.3. Plan opérationnel 2017 détaillé

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	2017				Budget FCA	Budget USD	Hypothèses		
						T1	T2	T3	T4					
QUANTIFICATION														
1	améliorer le processus de quantification annuelle (plan national stratégique, stratégies #22)	1	organiser des rencontres de concertation entre les parties prenantes de la chaîne (cabinet du SG, DPP, DAF, DPME D, CAME, DSME, projets et programmes) afin d'améliorer et de formaliser le processus de quantification	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	clarifier les rôles et les responsabilités attendu de la DSME /logistique et ajuster sa position dans l'organigramme afin que son rôle soit transversal	DSME /logistique	PTF	X	X	X	X				voir action prioritaire # 27	
		3	renforcer les capacités de la DSME /logistique en compétence technique et en nombre pour mener à bien la coordination des acteurs dans la quantification annuelle/quantifier les produits PF, et les mises-à-jour trimestrielle des quantifications	DSME /logistique	PTF	X	X	X	X				voir action prioritaire # 27	
2	améliorer la fiabilité de la quantification annuelle (plan national stratégique, stratégies #19, 20)	1	évaluer les outils, les hypothèses (base de population), intégrer les quantités de pharmacies privée et méthodes utilisées par tous les acteurs de la SR et trouver des pistes consensuelles d'harmonisation dans un processus intégré de quantification annuelle	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	en l'absence de SIGL, organiser la collecte périodique de l'historique de distribution/ consommations des produits de la SR	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	analyser les données collectées pour préparer la quantification	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNLP,	X	X	X	X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		4	analyser la variance des données entre prévisionnel/réalisé a posteriori et trouver des pistes d'amélioration du processus, des hypothèses etc.	DSME /logistique	DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		5	intégrer les quantifications des produits de la PF dans les besoins nationaux des produits de santé dans une vision de mobilisation des ressources nationale et des PTF	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
3	établir un processus formel d'élaboration du plan d'approvisionnement annuel des produits de la SR avec livraison échelonnée et engagements des PTF (plan national stratégique, stratégie #20)	1	organiser une réunion de consensus des parties prenantes sur la formalisation du processus d'élaboration du plan d'approvisionnement	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG				X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	mettre-en-œuvre le processus d'élaboration du plan d'appro dans le sous-comité CNAPS et élaborer le plan d'approvisionnement annuel intégré de tous les produits de la SR avec la mobilisation de ressources adéquates	DPME D	DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG			X	X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
SECTION/ACHAT														
4	mettre à jour la liste des produits de la SR	1	réaliser une revue documentaire annuelle de la liste des produits, proposer un ajustement et trouver un consensus dans un atelier avec les acteurs	DSME	DPME D, CAME, ONG, ZS, PTF, prestataires de soin		X		X	XOF	1,350,000	USD	2,160	1/revue effectuée par la DSME 2/consensus en atelier 1 journée pour 30 acteurs à la DSME (dej & 2 pauses café) 3/tous les ans
		2	mettre à jour la liste des produits de la SR	DSME	DPME D, CAME, ONG, ZS, PTF		X		X					
		3	vulgariser la liste auprès des parties prenantes	DSME	DPME D, CAME, ONG, ZS, PTF		X		X	XOF	5,000,000	USD	8,000	1/1 000 brochures @ XOF 500 2/tous les ans
5	Transfert des acquisitions des produits de santé sur Budget Nationale (BN) à la CAME /achat	1	Faire un plaidoyer pour obtenir une dérogation spéciale pour l'acquisition par la CAME des produits de santé acquis sur BN.	Cabinet du Ministre	DRFMD/PP/PNLS, PNLP, PNT, CAME	X	X	X	X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	

Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	2017				Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses
					T1	T2	T3	T4			
ENTREPOSAGE/STOCKAGE											
Réaménager les lieux d'entreposage/stockage et renforcer en équipements. (plan national stratégique, stratégies #10B, 11, 12)	1	évaluer les lieux d'entreposage/stockage et quantifier les besoins de réaménagement et équipement	DIEM, DP MED	ZS, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
	2	équiper les dépôts, magasins, et pharmacies incluant les équipements de la chaîne du froid.	DIEM, DP MED	ZS, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
	3	Elaborer un protocole d'accord avec l'Agence National de Vaccination pour partager la capacité du réfrigérateur des vaccins	DP MED	ANV	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
	4	réaménager les dépôts, les magasins de gros, les pharmacies de détails, et les étagères des dispensaires/maternité/lab, etc.	DIEM, DP MED	CAME, PNLS, PNLP, PNT, DS ME, PTF,					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
optimiser le réseau actuel des agences régionales CAME et des DR ZS (plan national stratégique, stratégies #10B, 11, 12)	1	évaluer les scénarios d'optimisation de la couverture du réseau d'entreposage des agences régionale CAME et des DR ZS couplé avec un système efficace de transport/distribution	DP MED	CAME, ZS, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
	2	mettre en œuvre le plan d'optimisation du réseau d'entreposage régional et des ZS	DP MED	CAME, ZS, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
	3	évaluer les scénarios d'optimisation de la CAME centrale en termes d'entreposage et d'opération incluant les équipements	DP MED	CAME, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
	4	mettre en œuvre l'optimisation via un financement basé les résultats	DP MED	CAME, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
	5	les PTF utilisant les FBR achètent les critères qualitatifs tels que les bonnes conditions d'entreposage et l'intégrité des emballages	DP MED	PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
TRANSPORT/DISTRIBUTION											
optimiser le système de transport/distribution entre les agences régionales CAME et les DR ZS voire les FS (plan national stratégique, stratégies #16)	1	évaluer les scénarios d'optimisation du transport/distribution au meilleur rapport qualité/prix, incluant la logistique inverse et usage de drone pour les FS inaccessibles temporairement/permanence et étudier l'intérêt des alternatives de sous-traitance aux transporteurs privés ou intégration à la CAME	DP MED	CAME, ZS DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
	2	implémenter le scénario le plus favorable	DP MED	CAME, ZS DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
mettre en place un système opérationnel de transport/récupération des produits inutilisables (des FS vers le niveau central) (plan national stratégique, stratégies #16)	1	évaluer les scénarios de transport/récupération/logistique inverse des produits inutilisable/déchets au meilleur rapport qualité/prix	DP MED	CAME, ZS DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
	2	implémenter le scénario le plus favorable	DP MED	CAME, ZS DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	2017				Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses
						T1	T2	T3	T4			
USAGE RATIONNEL												
10	renforcer les capacités des prestataires sur l'offre de soins de la SR de qualité. (plan national stratégique, stratégies #9.1 & 35.3)	1	organiser les Enseignements Post Universitaires (EPU) sur les soins de la SR auprès des praticiens des hôpitaux de zone et des CHD tous les trois mois	DSME	ZS, FS, ONG, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	mettre en œuvre les Equipe d'Amélioration de la Qualité (EAQ) dans toutes les FS	Responsables des FS	ZS, FS, ONG, PTF		X		X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	organiser des supervisions conjointes (chef de service SME des DDS et l'EESZ) pour évaluer l'adhérence des prescripteurs aux DTS dans les FS	DSME	ZS, FS, ONG, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
11	renforcer la coopération entre la DPME D, la DPP et la DSME pour le suivi des indicateurs de l'usage rationnel des produits de la SR	1	organiser un échange des données du SNIS/DHIS 2 et/ou du rapport d'analyse de la DPME D sur l'usage rationnel de tous les produits de la SR	DSME, DPME D	ZS, FS, CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	Effectué par la DSME /logistique, S&E et programmation		
		2	sur la base des informations, la DSME/S&E agit pour améliorer les goulots d'étranglement d'une manière itérative	DSME, DPME D	ZS, FS, CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT,	X	X	X	X	Effectué par la DSME /logistique, S&E et programmation		
12	réduire l'automédication de la population	1	organiser les campagnes de plaidoyer social sur les méfaits de l'automédication	DPME D	ZS, FS, CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF		X		X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	organiser des séances de sensibilisation du personnel des pharmacies publiques et privées sur le respect de la réglementation et les méfaits de l'automédication	DPME D	ZS, FS, CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF				X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
GESTION DES DECHETS												
13	Mise en place d'une politique de gestion des produits inutilisables et déchets (plan national stratégique, stratégie #17)	1	concevoir la politique/plan national de gestion des produits inutilisables/déchets	DPME D	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	mettre en place un canevas formel et unique d'inventaire des produits inutilisable (avec les informations suivantes : dénomination, quantité, numéro de lot et coût unitaire)	DPME D	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	identifier et marquer un emplacement de stockage des déchets (quarantaine) dans tous les lieux d'entreposage/stockage	DPME D	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		4	la DPME D s'assure que les acteurs mettent en œuvre la politique de gestion des produits inutilisables et déchets	DPME D	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
14	Former les acteurs à la politique de gestions des produits inutilisables/déchets et la logistique inverse (plan national stratégique, stratégie #18)	14	Vulgariser la politique	DPME D	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		15	Former les acteurs à la politique de gestions des produits inutilisables/déchets et la logistique inverse	DPME D	CAME, DSME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF			X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
ASSURANCE QUALITE												
15	Assurer la qualité des produits de la SR (plan national stratégique, stratégie #6)	1	élaborer un plan national d'AQ et de CQ pour tous les produits	DPME D	LNCQ, DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	appliquer le plan de CQ à la réception à la CAME centrale et aux entrepôts centraux des ONG, aux DRZS et FS sur les produits de la SR	DPME D	LNCQ, DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	en cas de non-conformité, la DPME D suit l'ICP qui montre l'élucidation de la cause et prend une décision afin de remédier à cette cause	DPME D	LNCQ, DSME, CAME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	2017				Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses		
						T1	T2	T3	T4					
ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE														
16	Renforcer le leadership et les moyens de la DP MED et des DDS pour les inspections (plan national stratégique, stratégie #10A.2)	1	faciliter les procédures pour l'assèrmentation des inspecteurs-pharmaciens.	DP MED	DR H						voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement			
		2	mettre à la disposition de la DP MED et des DDS des inspecteurs-pharmaciens assèrmentés en nombre suffisant.	DP MED	DR H							voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	doter les services d'inspection de moyens de transport	DP MED	DR H							voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
17	Lutter contre les produits contrefaits et sous standard du marché parallèle (voir plan national intégré de lutte contre les faux médicaments)	1	organiser des campagnes d'information et de sensibilisation de la population sur les dangers de l'utilisation des produits contrefaits et sous-standard du marché parallèle.	DP MED	DRZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF	X	X	X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
18	Renforcer les moyens des douanes pour lutter contre les produits de contrefaçons (voir plan national intégré de lutte contre les faux médicaments)	1	faire un plaidoyer pour une collaboration intersectorielle entre le MS/DP MED et les ministères en charge des finances et du commerce pour un contrôle plus efficace contre les produits contrefaits et sous-standard.	DP MED	PTF, autres ministères		X					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
GOVERNANCE/LEADERSHIP														
19	mettre en place et rendre fonctionnelle à la DP MED une cellule pour piloter/coordonner la chaîne d'approvisionnement nationale	1	évaluer d'une manière collaborative les options et prendre un arrêté instituant la cellule de pilotage de la chaîne d'approvisionnement	DP MED	MS, PTF	X	X	X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	harmoniser les documents existant dans une directive globale de gestion des activités de la chaîne de bout en bout et la vulgariser	DP MED	MS, PTF			X					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		3	valider le plan stratégique de la chaîne d'approvisionnement incluant un plan opérationnel et de financement	DP MED	MS, PTF								voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		4	faire le costing et évaluer les besoins de financement de la chaîne incluant la CAME	DP MED	MS, PTF		X		X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
20	renforcer le leadership de la DS ME	1	évaluer les rôles et responsabilités actuelles de la DS ME (telles qu'énoncés dans l'AOF de juillet 2016) par rapport à celles idéales (notamment vis-à-vis des autres programmes verticaux, des ONG, des pharmacies et cliniques privées) et formuler des recommandations d'ajustements institutionnels et organisationnels	DS ME	PTF	X	X	X	X	XOF	12,312,500	USD	19,700	1/consultant international @ 650 USD (voire national si dispo) 2/4 semaines dont 3 pour analyse situationnelle, recommandations, atelier de restitution et adhésion, plan de plaidoyer, support DS ME pour le plaidoyer, et 1 semaine pour élaboration de la directive 3/2 trajets @ 1 000 USD, per diem @ 230 USD
		2	plaidoyer auprès du MS pour l'adoption de rôles et responsabilités ajustées par un arrêté et publication, en assurant l'acceptation par l'ensemble des acteurs de la SR (autres programmes, ONG, PTF, etc.), et enfin vulgariser	DS ME	PTF, ONG, programmes	X	X	X	X	XOF	195,000	USD	312	1/atelier de 35 personnes @ Cotonou
		3	après la validation politique, en assurer l'implémentation avec une formalisation par une directive détaillant chaque activité spécifique, et qu'elle soit acceptée par les acteurs	DS ME	MS, ONG, PTF	X	X	X	X					inclus en #1
		4	renforcer les capacités de la DS ME/leadership avec une AT (coaching/hadowing 6 mois à distance)	DS ME	MS, ONG, PTF	X	X	X	X	XOF	750,000	USD	1,200	1/meme consultant @ distance @ 400 USD 2/2h 2 x mois pendant 6 mois
COORDINATION														
21	renforcer la capacité de la DS ME pour coordonner les acteurs de la SR (programmes verticaux, ONG, et PTF) (plan national stratégique, stratégie #8)	1	refonder le processus de fonctionnement du sous-comité SR CNAPS et clarifier les rôles et les responsabilités de la DS ME	DP MED	Membres du CNAPS							voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	mettre en œuvre et évaluer la performance du fonctionnement et ajuster si nécessaire.	DP MED	Membres du CNAPS		X		X				voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
		3	tenir régulièrement des sessions statutaires	DP MED	Membres du CNAPS	X							voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	2017				Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses
						T1	T2	T3	T4			
FINANCEMENT												
22	Adopter une politique d'offre gratuite des produits contraceptifs dans les services de routine	1	plaidoyer auprès des parties prenantes (PTF, secteur privé, élus locaux, ONG) pour une décision pour l'offre gratuite de la PF	DS ME	MS, ONG, PTF	X	X	X		voir plan intégré 2017-2021 de la SR MNEA		
		2	passer un décret présidentiel consacrant l'offre gratuite.	DS ME	MS, ONG, PTF					voir plan intégré 2017-2021 de la SR MNEA		
		3	organiser des campagnes de plaidoyer et de mobilisation sociale sur l'utilisation des produits du PF.	DS ME	ZS, FS, PNLS, ONG, PTF		X		X	voir plan intégré 2017-2021 de la SR MNEA		
		4	intégrer les produits de PF dans le système de pharmacovigilance	DP MED	DS ME, PTF	X				voir plan intégré 2017-2021 de la SR MNEA		
		5	renforcer les rôles et capacités des champions en SR et PF	DS ME	PTF	X				voir plan intégré 2017-2021 de la SR MNEA		
23	évaluer le coût total de la chaîne d'approvisionnement comme un indicateur-clef de performance à suivre	1	faire le costing et évaluer les besoins de financement de la chaîne d'approvisionnement de bout en bout	DP MED	DS ME, PTF				X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	évaluer les activités aux coûts les plus importants et trouver des pistes pour les optimiser et si possible, restituer de l'accessibilité financière aux patients/clients	DP MED	DS ME, PTF				X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
RESSOURCES HUMAINES												
24	professionnaliser les ressources humaines dédiées à la chaîne dans le système de la santé publique (plan national stratégique, stratégie #10A)	1	plaidoyer auprès du MS pour le respect du statut et des profils des ressources humaines dédiées à la chaîne à la DP MED (expert en chaîne d'approvisionnement), dans les DRZS et des FS (gestionnaire de dépôt/magasin, commis de pharmacie de détail, et de stock, magasinier)	DP MED	DP MED, DRZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
25	renforcer la compétence technique (qualité) du personnel de la DP MED, DS ME, les DRZS et FS impliqué dans la chaîne (plan national stratégique, stratégie #10A)	1	évaluer les capacités actuelles des ressources humaines dédiées à la chaîne par rapport aux standards requis et besoins	DAF	DP MED, DRZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	élaborer un plan national de formation initiatique et de recyclage	DAF	DP MED, DRZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG	X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	renforcer les compétences techniques des ressources humaines dédiées à la chaîne	DP MED, DAF	DRZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		4	prévoir et mettre en œuvre des supervisions formatives régulières auprès des DRZS et FS par les EEZS et de la DP MED dans leur plan de travail annuel	DP MED, EEZS	CAME, DS ME, PNLS, PNLP, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		

N°	Actions prioritaires	N°	Activités opérationnelles	Responsables	Acteurs associés	2017				Budget FCFA	Budget USD	Hypothèses
						T1	T2	T3	T4			
26	doter la DPME D, DS ME, les DRZS et FS en personnel en quantité suffisante (plan national stratégique, stratégie #10A)	1	évaluer les besoins en nombre	DAF	DPME D, DRZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT,	X	X			voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	élaborer un plan de recrutement qui intègre des pharmaciens.	DAF	DPME D, DRZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT,			X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	affecter/recruter du personnel qualifié à tous les niveaux	DAF	DPME D, DRZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT,			X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
27	renforcer les capacités de la DS ME /logistique et DS ME /suivi et évaluation pour assurer un bon fonctionnement	1	affecter une assistance technique (AT) temporaire spécialisée en chaîne d'approvisionnement à la DS ME /logistique, afin de 1/évaluer les rôles et responsabilités actuelles et celles idéales, et formuler des recommandations et les faire valider DS ME /DPME D/PTF, 2/faciliter la réorganisation, 3/rationaliser les tâches actuelles effectuées (coaching/shadowing in-country et à distance) et guider dans les nouvelles tâches. Durée de l'AT six mois à temps partiel estimés.	PTF	DS ME	X	X	X	X	XOF 13,750,000 USD 22,000	1/consultant international @ 650 USD (voire national si dispo) 2/3 semaines dont 2 semaines pour analyse situationnelle, recommandations 3/journée de restitution et adhésion, plan d'implémentation, et dont 1 semaine de facilitation et description de poste 3/1 trajets @ 1 000 USD, per diem @ 230 USD 4/3 mois après 1 semaine de suivi & installation des 2 ETP 5/2h de coaching à distance /semaine pendant 5 mois	
		2	faire un plaidoyer auprès du MS pour l'affectation de 1 à 2 employés additionnels ETP au service logistique	DS ME	PTF	X	X	X	X	réalisé par DS ME		
		3	faire un plaidoyer auprès du MS pour l'affectation de 1 employé additionnel ETP au service S & E	DS ME	PTF	X	X	X	X	réalisé par DS ME		
		4	UNFPA assure un support au service DS ME /S & E	PTF	DS ME	X	X	X	X	réalisé par l'experte UNFPA S & E		
VISIBILITÉ S IGL, ANALYTIQUE, ET S UIVI DE LA P E R F O R M A N C E DE LA C H A I N E												
27	sélectionner et installer un SIGL fonctionnel unique entre les trois agences régionales CAME et les 34 DRZS voire les 855 FS (plan national stratégique, stratégie #29, 30, 31, 32)	1	organiser une réunion de consensus avec toutes les parties prenantes pour sélectionner un SIGL unique, y ajouter les équipements "track and trace" (scanner de bar code)	DPME D	ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	cartographier les flux d'information parmi tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement	DPME D	ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		3	élaborer un plan d'installation national avec un financement adéquat ainsi que la définition des rôles et responsabilités des acteurs	DPME D	ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL R, PNT, ONG, PTF	X	X	X	X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		4	installer le SIGL dans tous les lieux d'entreposage	DPME D	ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
28	harmoniser le SIGL (plan national stratégique, stratégie #29, 32)	1	prendre un arrêté fixant les modalités d'utilisation d'un SIGL unique	DPME D	ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF				X	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	former le personnel à l'utilisation du SIGL	DPME D	ZS, FS, CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
30	la DPME D/pilote de la chaîne suit et agit selon les indicateurs clefs de performance extraits du SIGL (plan national stratégique, stratégie #15)	1	définir les indicateurs clefs de performance nécessaires pour le pilotage de la chaîne d'approvisionnement	DPME D	CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
		2	analyser périodiquement les indicateurs clefs les présenter aux décideurs de la chaîne d'approvisionnement et les publier	DPME D	CAME, DS ME, PNLS, PNL P, PNT, ONG, PTF					voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement		
										XOF 33,357,500	USD 53,372	

9.4. Synthèse du budget du plan opérationnel 2017

Synthèse des activités spécifiques		
Fonctions opérationnelles		
Quantification	voir action prioritaire # 27	
Selection/achat	FCFA 1 300 K	USD 2 300
Entreposage/stockage	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Transport/distribution	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Usage rationnel	Effectué par la DSME /logistique, S&E et programmation	
Gestion des déchets	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Assurance qualité	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Fonctions capacitanes		
Environnement réglementaire	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Gouvernance/leadership	FCFA 13 260 K	USD 21 000
Coordination	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Financement	voir plan intégré 2017-2021 de la SRMNEA	
Ressources humaines	FCFA 13 750 K	USD 22 000
Visibilité/SIGL	voir plan national stratégique 2016-2020 de la chaîne d'approvisionnement	
Total	FCFA 28 300 K	USD 45 300

10. SUIVI ET EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE DE LA SPSR

10.1. Capacité de la DSME en suivi et évaluation

D'après le plan stratégique intégré de la SRMNEA, page 65, le suivi et l'évaluation de la mise-en-œuvre du plan stratégique sont essentiels pour en connaître la performance, afin d'induire les actions correctrices nécessaires et ainsi garantir l'atteinte des objectifs fixés.

Le service DSME/Suivi & Evaluation rencontre d'énormes difficultés en terme du nombre des ressources humaines qualifiées (épidémiologistes, informaticiens, statisticiens) à tous les niveaux, les faibles rapportage des données dues aux capacités limités du personnel au niveau périphérique, l'irrégularité des supervisions formatives (DDS, ZS, ONG), l'absence d'adhérence aux directives dans le rapportage via le SNIGS (complétude et promptitude).

La mise en place d'un système de suivi et d'évaluation efficace et dynamique s'impose afin de générer les informations fiables et à temps. Ce système a pour objectif de :

- mettre en place des mécanismes garantissant la disponibilité à temps, l'exhaustivité et la qualité des données

10.2. Mise en œuvre du plan SPSR

Pour obtenir de bons résultats, la DSME devra assurer efficacement son rôle de client et utilisateur de la chaîne d'approvisionnement pilotée par la DPMED.

Ainsi, la DSME et son service de suivi et évaluation devront :

- faire le point sur la mise-en-œuvre des activités du plan national et des activités spécifiques à la SPSR avec la DPMED,
- évaluer les résultats obtenus,
- identifier les difficultés rencontrées,
- proposer les approches de solutions,
- faire le plaidoyer avec les PTF pour mobiliser les financements nécessaires,
- reprogrammer les activités en retard et ajuster le chronogramme

Les activités de couleur verte sont celles qui se retrouvent dans le plan national et le plan de la SPSR.

Les activités de couleur orange sont celles qui devraient faire l'objet de reformulation dans le plan national.

Les activités de couleur blanches sont celles qui sont spécifiques au plan de la SPSR

DRAFT 03 Final

ANNEXE 1 : références bibliographiques

- MS, DSME, Bénin, mars 2006, plan stratégique de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale
- MS, DSME, Bénin, août 2006, plan stratégique pour la SPSR 2006-2015
- MS, DSME, Bénin, 2009, plan stratégique pour la SPSR 2006-2015
- UNFPA : Population et stratégie de réduction de la pauvreté au Bénin 2007-2009, novembre 2006
- Rapport de l'analyse de la situation en matière de SPSR au Bénin, 2009 MS, UNFPA
- Marché parallèle des médicaments au Benin, Conseil d'Analyse Economique, 2010
- Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin 2010-2020, juin, 2010
- Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Bénin, DSME, septembre 2011
- La professionnalisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé en Afrique de l'Ouest, Institut Bioforce, juillet 2012
- Rapport de la mission d'évaluation de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique du Bénin, TRAPSIDA, novembre 2013
- Une nouvelle génération de chaînes d'approvisionnement des vaccins est indispensable à l'amélioration des résultats de santé, PATH et VILLAGE REACH
- Evaluation de la chaîne d'approvisionnement nationale du Bénin, USAID SIAPS, mars 2016
- Enquête SARA de 2015
- Rapport d'évaluation des logiciels de gestion de stock utilisés au Bénin, DSME, MS, juin 2015
- Rapport de pré-évaluation de l'étude de faisabilité pour l'introduction des produits de la SR dans la chaîne d'approvisionnement en vaccins de la ZS de Comé au Bénin, AMP, août 2016
- Evaluation des instances de coordination dans le secteur de la santé au Bénin, MS et coopération belge, septembre 2016
- Enquête sur la sécurisation des produits de santé de la reproduction au Bénin, deuxième génération, UNFPA, Primature et MS, décembre 2015

- Etude diagnostique des subventions du Fonds mondial accordées à la République du Bénin, rapport et annexe, GF-OUG-12-001, octobre 2012
- Assessment Report of ARM3's Implementation of the Pilot CommCare Project in Tchaourou and Bassila in Northern Benin, Accelerating the Reduction of Morbidity and Mortality of Malaria (ARM3), USAID, mars 2015
- Rapport de la revue de performance des programmes de SRMNEA 2000–2015, juin 2015, DSME
- Carmona, Andrew, Callahan and Banke : Benin Private Health Sector Census, November 2014. Bethesda, MD: SHOP, Abt Associates Inc.
- Draft du plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement 2016-2020, MS
- Draft du plan national du développement sanitaire 2017-2021
- Draft du plan stratégique de la SRMNEA 2017-2021, DSME

DRAFT 03 final

ANNEXE 2 : liste de présence des participants à l'atelier principal

Atelier d'élaboration du Plan de la SPSR 2017-2021. du 7 au 10 décembre 2016

Salle de conférence de l'hôtel VIGA, Bohicon

LISTE DE PRESENCE DES PARTICIPANTS :

N°	NOM ET PRENOMS	FONCTION	PROVENANCE	ADRESSE
1	QUENUM Alban	Consultant UNFPA	Cotonou	Tél .97 92 68 67 Email. quenalban@yahoo.fr
2	MAGNIDET Grégoire	DPR/ANTS	Cotonou	Tél .97 38 89 08 Email : magnidet9569@yahoo.fr
3	KANEHO Stella	SP/ANTS	Cotonou	Tél 96 50 89 08 Email : kuassiale@yahoo.fr
4	DJERIWO Mohamed	Attaché des Services Financiers/GDRZS	BZ/Bassila	Tél .97 65 26 81 Email : djeriwih2008@yahoo.fr
5	GANGNON D. Ambroise	Planificateur, C/SSE-DSME	Cotonou	Tél . 97 98 59 97 Email : ambroisegangnon@gmail.com
6	AHOUNOU Gaston	C/SPFSAJ/DSME	Cotonou	Tél : 97 27 99 57 Email : ahoudes2001@yahoo.fr
7	ZOHOUN Alimatou	Chef Division Logistique	Cotonou	Tél .97 2646 40 Email : alimazoh@yahoo.fr
8	IZAÏE Z. Josué	Médecin Chef	Bassila	Tél : 97 91 41 89 Email : josue_bj@yahoo.fr
9	ZANNOU Franck Robert	DSME	Cotonou	Tél .97 98 11 98 Email : fzannou1966@yahoo.fr
10	GOUTOMEY Patrick	Facilitateur/Représentant de CeRADIS -ONG	Cotonou	Tél : 94 58 16 06/ 97 22 14 41 . Email. : groupaco@yahoo.fr
11	ATAYI FAIHUN Rufine Eléonore	Comptable	ABPF/Cotonou	Tél .66 44 07 07 Email : atayirufine@yahoo.fr
12	SOGNONVI ANTOINETTE Antoinette	Sage-femme	CNHU-HKM/Cotonou	Tél .96 84 50 37 Email : sognonvi.d.antoINETTE@gmail.com
13	TOTONGNON A. Jeanne	Sage-femme	CNHU-Z Abomey-Calavi	Tél : 95 79 98 07 Email :
14	NEGUIS S. Céphas	GDRZS/ZOBOZA	Bohicon	Tél .94 59 17 24 Email : fid_stephas@yahoo.fr
15	ADJA David Fabrice	CAS/IDE C/DCQP-DPMED	Cotonou	Tél .97 53 24 62 Email : fabjas2002@yahoo.fr
16	GOUASSANGNI Constantin	Pharmacien, Chef Unité Représentant DG/CAME	Cotonou	Tél .95 06 06 26 Email : cogodos@yahoo.fr
17	ACHADE Pulchérie	Chargée de Programme OSV/JORDAN	Cotonou	Tél .95 17 79 67 Email : pichoua@yahoo.fr/osvjordan@yahoo.fr
18	MONTCHO Eugène	Pharmacien / Consultant	Cotonou	Tél .97 60 36 87 Email : meggua2005@yahoo.fr
19	de VASSON Pierre	Consultant	Vancouver	Tél . Email : @yahoo.fr
20	NGOMBO Clément	Consultant	drc	Tél . Email/mkngombo@yahoo.fr
21	DIOGO Olivia	Expert SRDS Ambassade Royaume Pays bas	Cotonou	Tél .97 97 23 52 Email : olivia.diogo@minboza.nl
22	SODOLOUFO Odile	Chef of Party Plan International Bénin	Cotonou	Tél . 97 39 32 13 Email : odile.sodoloufoplan-international.org

23	PADONOU Victor	Planificateur CD-SEP/DPP/MS	Cotonou	Tél .95 81 84 48 Email : padjosse@yahoo.fr
24	GODONOU S. Mathias	Administrateur des Projets/Membre CSE/DPP/MS	Cotonou	Tél .97 59 98 10 Email : godsevmat@yahoo.fr
25	AMOUSSOU Sabin Robert	Sociologue (PNLP)	Cotonou	Tél . 6748 21 59 Email :.saroamoussou@yahoo.fr
26	TIANDO Pierrette	Chef Division SPEC (PNLS)	Cotonou	Tél .9768 21 41 Email : tiandop@yahoo.fr
27	ASSAVEDO Sibylle	DA/SME	Cotonou	Tél .97 77 47 40 Email :assyb2001@yahoo.fr
28	SOVI Félix	C/SA/DSME/MS	Cotonou	Tél .97 09 55 85 Email :sovifelix@yahoo.fr
29	KANMADOZO Hervé	Représentant/SGM- MS	Cotonou	Tél .96 01 26 30 Email : kamdoze1@yahoo.fr
30	DAZOGBO Alexandrine	Représentant Assistant /UNFPA	Cotonou	Tél .9707 75 82 Email :dazogbo@unfpa.org
31	MISSIHOUN Ricardo	CLS/ USAID	Cotonou	Tél .97 97 11 27 Email : missihoun@usaid.org
32	VIKINNOU Rodrigue	Coord. Logistique / ABMS	Cotonou	Tél .66 36 29 23 Email :rviakinnou@abmsbj.org
33	GBENOU Dina	OMS	Cotonou	Tél .97 29 02 53 Email :gbenoud@who.int
34	AHOKPOSSI Mabou	MA/PFSAJ/DSME	Cotonou	Tél .95 40 22 82 Email :ahmabou@yahoo.fr
35	ADONON Bénie	Technicienne Supérieure en Marketing et Communication (PNLP)	Cotonou	Tél .97 71 76 92 Email :keendine@yahoo.fr
36	GOUDJO Fréjus	MCZS Adjohoun- Bonou-Dangbo (MCZS-ABD)	Adjohoun	Tél .97 68 01 64 Email :gfrejus@yahoo.fr
37	TOSSOU BOCO Thierry	C/SMI DSME	Cotonou	Tél .95 45 82 94 Email :cakonery@yahoo.fr
38	SONON Bodjrènou Félix	Chef du service Nutrition/DSME	Cotonou	Tél .95 18 19 38 Email :felixsonon2000@yahoo.fr
39	DANSOU Marius	AAF/DSME	COTONOU	Tél .97 60 63 09 Email : dhmaaf@yahoo.fr

ANNEXE 3 : liste des produits de la SR

1. Produits de planification familiale

1.1 Contraceptifs hormonaux

Désignations/Spécifications techniques des produits	Structures Responsables
Norethisterone enantate Suspension huileuse pour injection 200mg/ml ampoule (Noristérat) injectable	DSME
Medroxyprogestérone Acétate suspension 150mg/ml, 1ml (Dépo Provera)	
Medroxyprogestérone acetate 104 mg/0.65ml suspension en seringue pré-remplie (Sayana Press)	DSME
Lévonorgestrel 0,15mg + Ethinyl Estradiol 0,03mg avec Fumarate Ferreux 75mg cp (Microgynon) cycle	DSME
Lévonorgestrel 0,03mg comp (Microlut) cycle	DSME
Lévonorgestrel 1,5mg comp (Norlevo)	DSME
Lévonorgestrel 2 x 75 mg + trocard (Jadelle)	DSME
Etonogestrel 68mg Implant Nxt+ Dispositifs d'insertion (Implanon Nxt)	DSME

1.2 Dispositif Intra Utérin

DIU (modèle T au cuivre 380A) unité	DSME
-------------------------------------	------

1.3 Méthode de barrière

Condom féminin	DSME, PNLS
Condom masculin	DSME, PNLS
Crème, gel, comprimé gynécologique	DSME

1.4 Méthode naturelle

Collier du cycle	DSME
------------------	------

1.5 Kits de PF

Kit d'insertion et retrait d'implant sous dermique	DSME
Kit de pose et de retrait DIU	DSME

2. Produits des Soins Obstétricaux et Néonataux

2.1 Médicaments

Antibiotiques injectables IM, IV (Ampicilline, Gentamicine, Ceftriaxone, Benzathine Pénicilline, Métronidazole 500mg inj)	DSME
Produits anesthésiques (Néfopam 20 mg injectable, Bupivacaïne hyper bar 0,5% injectable)	DSME
Amoxicilline 125 ou 250 mg comprimé dispersible ou susp buv	DSME
Anticonvulsivants (sulfate de magnésium injectable, Diazépam injectable, phénobarbital injectable)	DSME
Antispasmodique (atropine injectable, Hyoxine Bromure Butylscopolamine inj)	DSME
Ocytoéciques injectables (oxytocin, ergométrine)	DSME
Misoprostol 100 ou 200µg	DSME
Corticostéroïdes prénataux (Bethaméthazone 4mg inj, Dexaméthazone 4mg inj)	DSME
CTA (combinaison thérapeutique à base d'artémisinine)	PNLP
Sulfadoxine pyriméthamine 500 / 25mg comprimé	PNLP
Digluconate de Chlorhexidine 7,1% solution ou gel dermique	DSME
Collyres antibiotiques (Gentamicine collyre)	DSME
Vitamine K1	DSME
Sel de réhydratation orale + Zinc	DSME
Sérum glucosé 5%, 250 ml	DSME
Sérum glucosé 5%, 500 ml	DSME
Sérum glucosé 10%, 250 ml	DSME
Sérum glucosé 10%, 500 ml	DSME
Sérum glucosé 30%, 250 ml	DSME
Sérum glucosé 30%, 500 ml	DSME
Sérum salé 0,9% 250ml, 500ml	DSME

Sérum salé 0,9% 500ml	DSME
Sérum bicarbonaté 1, 4% , 250ml	DSME
Sérum bicarbonaté 1, 4% , 500ml	DSME
Lactate sodium 500ml	DSME

2.2 Consommables médicaux et Matériels médicaux techniques

Compresses	DSME
Aiguille à PL	DSME
Sparadrap	DSME
Produits Sanguins, poches à sang, transfuseur, réactifs de qualification (HIV, HCV, Ag HBS, Syphilis)	ANTS
Fil de suture : vicryl n°1, n°2, n°2/0 nylon	DSME
Solutions antiseptiques (Polyvidone Iodé 250 ml, 500 ml)	DSME
Concentrateurs d'oxygène	DSME
Gants chirurgicaux : 7 ; 7,5 ; 8 ; 8,5	DSME
Gants de révision utérine	DSME
Cathéter G18, G20, G16, G24	DSME
Kit de réanimation du nouveau-né (aspirateur, ambu bébé, oxygène, manodétendeur, humidificateur, sondes d'aspiration ch10, table de réanimation/source de chaleur)	DSME
Sonde pour aspiration du nouveau-né,	DSME
Seringues 5cc, 10 cc, 50 cc	DSME
Boîte d'accouchement (contenu en annexe)	DSME
Boîte de césarienne (contenu en annexe)	DSME
Boîte de curetage (contenu en annexe)	DSME
Boîte d'AMIU (aspiration manuelle intra utérine) (contenu en annexe)	DSME
Forceps	DSME
Ventouse	DSME
Canule de Guedel	DSME
Boîte d'examen sous valve (contenu en annexe)	DSME
Tubes pour prélèvement sanguin	DSME

2.3 Kit d'urgence

Kit césarienne (contenu en annexe)	DSME
Kit pour Hystérectomie d'hémostase (contenu en annexe)	DSME
Kit GEU (contenu en annexe)	DSME
Kit curetage (contenu en annexe)	DSME
Kit pour abord veineux (contenu en annexe)	DSME
Kit de test (contenu en annexe)	DSME

3. Produits des IST/VIH/Sida

Produits de labo (réactifs de dépistage, selon niveau : Détermine et SD-Bioline)	PNLS
ARV (TénoLamE, TénoLam, Névirapine susp, Duovir, Efavirenz, Lopi/Rito, etc)	PNLS
Antibiotiques (Cyprofloxacin, Métronidazole, Cotrimoxazole)	PNLS
Antifongiques (Fluconazole et Nystatine)	PNLS

4. Survie de l'Enfant

Vitamine A	DSME
Lait F-75	DSME
Lait F-100	DSME
Plumpynut	DSME
Minuteur	DSME
Balances/Pèses	DSME
MUAC	DSME

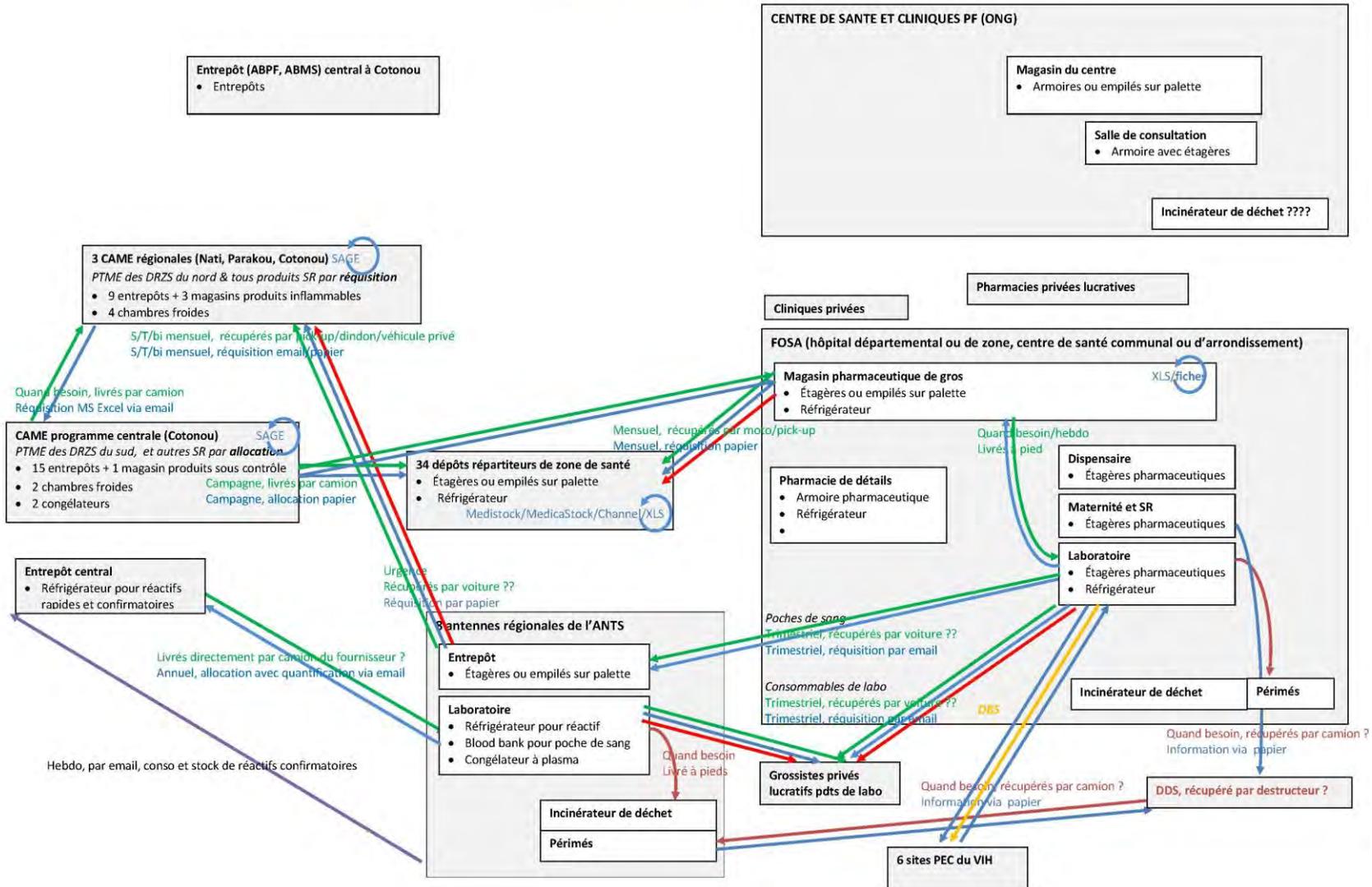
5. VACCINS

(contenu en annexe)	ANV/SSP
---------------------	---------

DRAFT 03 final

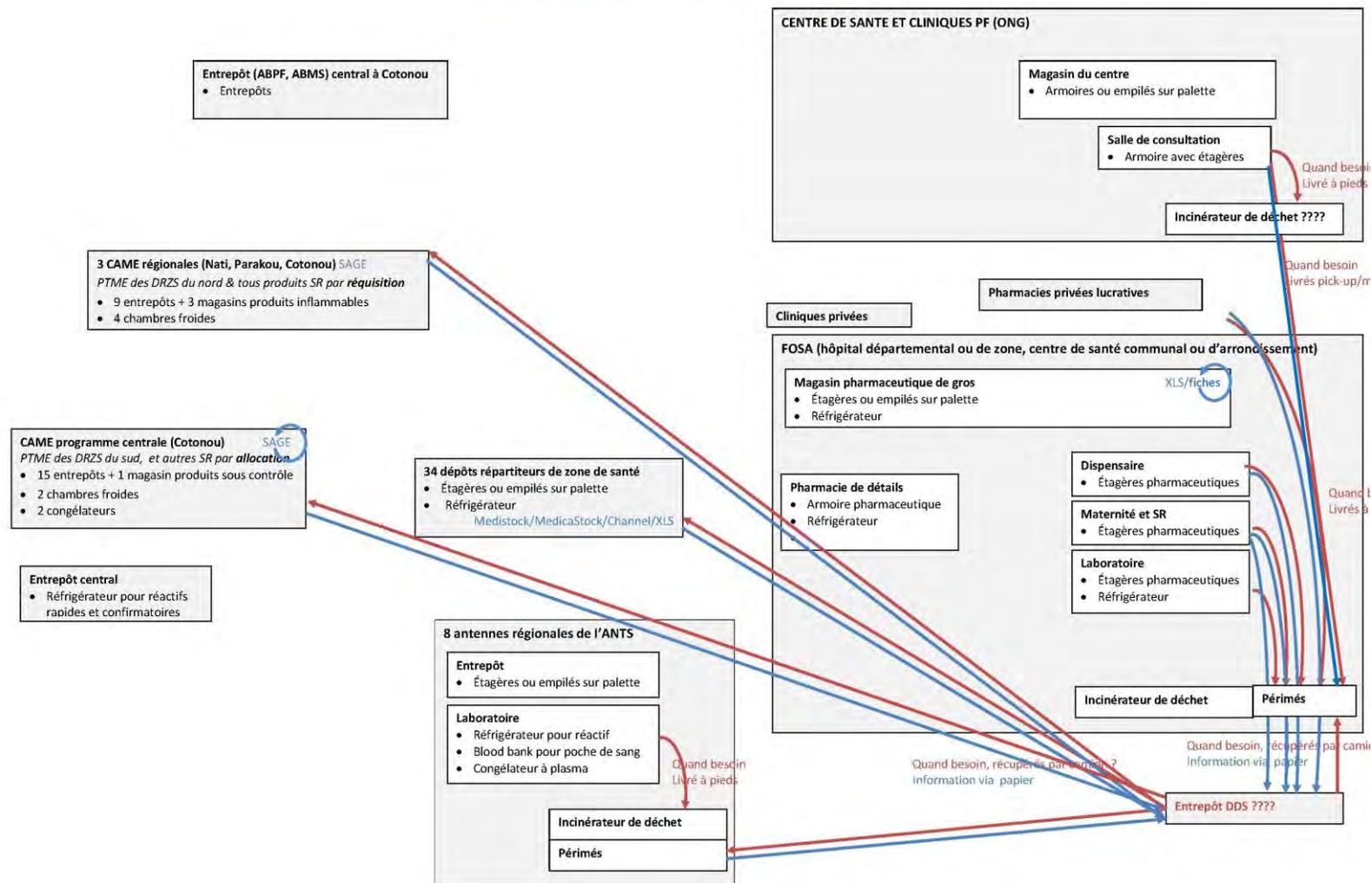
Cartographie des acteurs de la santé de la reproduction, leurs responsabilités, et des flux produits/information de leur chaîne d'approvisionnement de bout en bout, fin 2016

Produits sanguin via ANTS



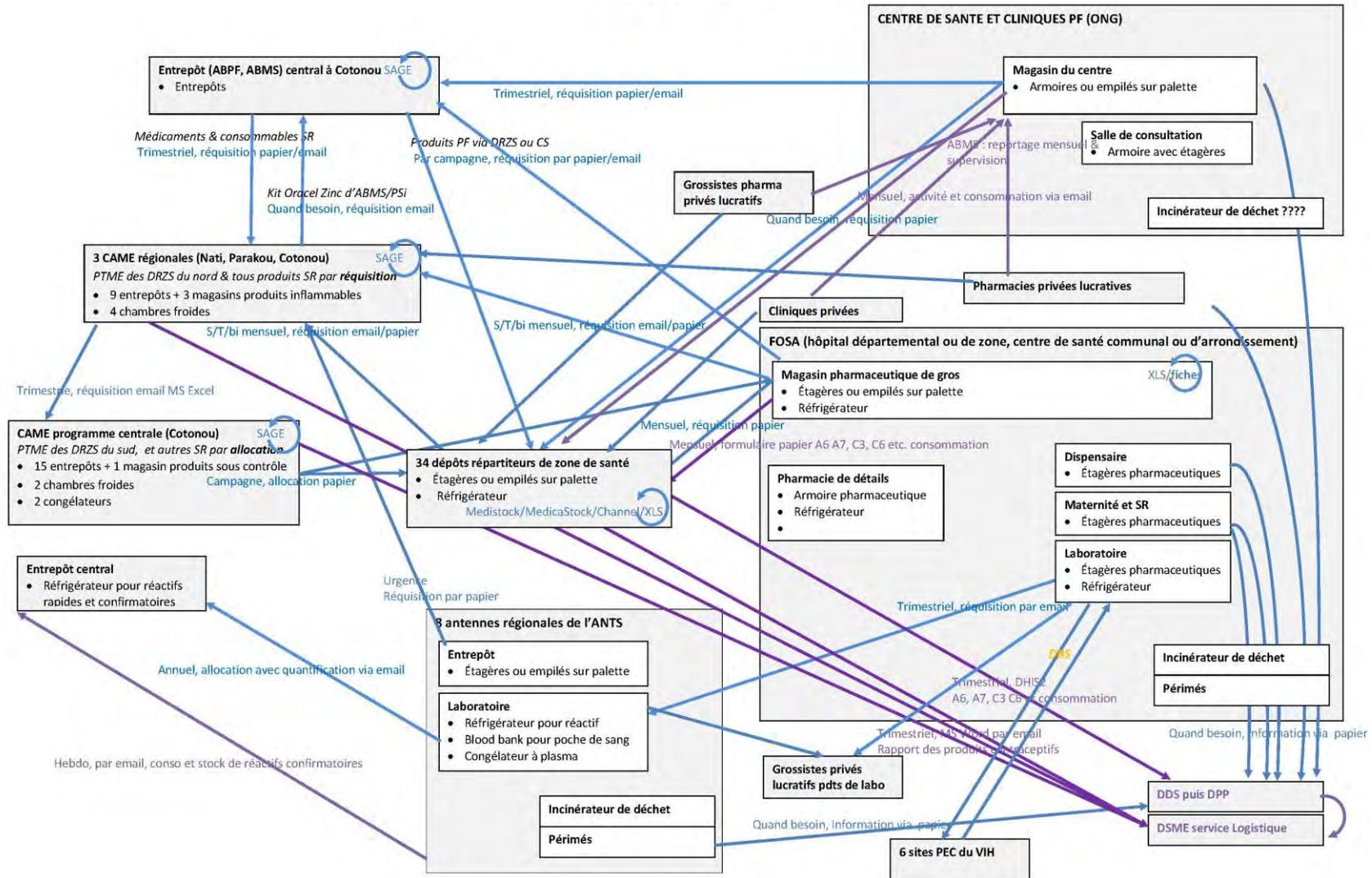
Cartographie des acteurs de la santé de la reproduction, leurs responsabilités, et des flux produits/information de leur chaîne d'approvisionnement de bout en bout, fin 2016

Mangement des déchets des produits SR



Cartographie des acteurs de la santé de la reproduction, leurs responsabilités, et des flux produits/information de leur chaîne d'approvisionnement de bout en bout, fin 2016

SIGL ou assimilé



ANNEXE 5 : quantification très approximative des produits du planning familial

Désignations des produits	Unité	Prix Unitaire DDP livré Magasin CAME (FCFA)	DMM 2016 CAME	DMA 2016 CAME	2017		2018			2019			2020			2021			Quantité totale estimée pour les 5 ans	Montant total en FCFA pour les 5 ans	Montant total en Euros pour les 5 ans	
					Quantité estimée	Montant en FCFA	Montant en Euros	Quantité estimée	Montant en FCFA	Montant en Euros	Quantité estimée	Montant en FCFA	Montant en Euros	Quantité estimée	Montant en FCFA	Montant en Euros	Quantité estimée	Montant en FCFA				Montant en Euros
Base de population				600,000	600,000			630,000			661,600			694,575			729,304					
Couverture				5%	7%			9%			13%			16%			20%					
Microgynon	Cycle	185 FRF	8,042	96,507	103,262	19,103,561 FRF	29,123 €	105,193	19,460,637 FRF	29,668 €	109,053	20,174,788 FRF	30,756 €	111,948	20,710,402 FRF	31,573 €	115,808	21,424,554 FRF	32,662 €	545,265	100,873,942 FRF	153,781 €
Microlut	Cycle	208 FRF	1,314	15,768	16,872	3,509,326 FRF	5,350 €	17,187	3,574,921 FRF	5,450 €	17,818	3,706,111 FRF	5,650 €	18,291	3,804,503 FRF	5,800 €	18,922	3,935,693 FRF	6,000 €	89,089	18,530,554 FRF	28,250 €
Noristérat	Amp	702 FRF	8,535	102,423	109,593	76,934,012 FRF	117,285 €	111,641	78,372,031 FRF	119,477 €	115,738	81,248,069 FRF	123,862 €	118,811	83,405,097 FRF	127,150 €	122,908	86,281,135 FRF	131,535 €	578,690	406,240,345 FRF	619,309 €
Depoprovera	Amp	682 FRF	621	7,451	7,972	5,436,928 FRF	8,289 €	8,121	5,538,553 FRF	8,443 €	8,419	5,741,802 FRF	8,753 €	8,643	5,894,240 FRF	8,986 €	8,941	6,097,489 FRF	9,296 €	42,095	28,709,012 FRF	43,767 €
Jadelle	Jeu	5,436 FRF	11,518	138,213	147,888	803,918,679 FRF	1,225,566 €	150,652	818,945,196 FRF	1,248,474 €	156,181	848,998,231 FRF	1,294,289 €	160,327	871,538,007 FRF	1,328,651 €	165,856	901,591,042 FRF	1,374,467 €	780,903	4,244,991,154 FRF	6,471,447 €
DIU	Cycle	396 FRF	1,340	16,083	17,209	6,814,689 FRF	10,389 €	17,530	6,942,066 FRF	10,583 €	18,174	7,196,821 FRF	10,971 €	18,656	7,387,887 FRF	11,263 €	19,300	7,642,642 FRF	11,651 €	90,869	35,984,104 FRF	54,857 €
Condom masculin	Unité	16 FRF	94,820	#####	#####	19,479,872 FRF	29,697 €	1,240,249	19,843,982 FRF	30,252 €	1,285,763	20,572,201 FRF	31,362 €	1,319,898	21,118,366 FRF	32,195 €	1,365,412	21,846,596 FRF	33,305 €	6,428,813	102,861,007 FRF	156,811 €
Condom féminin	Unité	498 FRF	3,010	43,316	46,348	23,081,097 FRF	36,187 €	47,214	23,512,520 FRF	35,845 €	48,947	24,375,364 FRF	37,160 €	50,246	25,022,498 FRF	38,147 €	51,979	25,885,343 FRF	39,462 €	244,733	121,876,822 FRF	185,800 €
Implanon*	Unité	5,366 FRF	457	5,484	5,868	31,487,044 FRF	48,002 €	5,978	32,075,587 FRF	48,899 €	6,197	33,252,673 FRF	50,693 €	6,361	34,135,487 FRF	52,039 €	6,581	35,312,573 FRF	53,834 €	30,985	166,263,364 FRF	253,467 €
Norlevo*	Unité	958 FRF	32	383	409	392,085 FRF	598 €	417	399,414 FRF	609 €	432	414,072 FRF	631 €	444	425,065 FRF	648 €	459	439,722 FRF	670 €	2,161	2,070,358 FRF	3,156 €
						990,157,293 FRF	1,509,485 €		1,008,664,906 FRF	1,537,700 €		1,045,680,132 FRF	1,594,129 €		1,073,441,552 FRF	1,636,451 €		1,110,456,778 FRF	1,692,880 €		5,228,400,661 FRF	7,970,645 €

D'après le plan intégré de la SRMNEA 2017-2021, l'objectif spécifique santé de la reproduction est d'accroître à 20% l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à fin 2021.

Ainsi, à partir des données de distribution de 2016, une progression de ±5% a été appliquée par an pour obtenir atteindre 20% en 2021.

Pour Norlevo et Implanon, les données de distribution actuellement disponibles ne reflètent pas forcément les besoins réels. Une estimation avec six mois d'historique est donc nécessaire

Cette estimation ne tient pas compte des quantités actuellement disponible dans le pipeline au niveau des 3 agence régionales CAME et des 34 DRZS. Un réajustement des quantités est donc nécessaire au début de chaque année sur la base de l'inventaire des stocks.