



11 Septembre 2018

Rapport sur le
Diagnostic de la Chaîne
d'Approvisionnement en Côte d'Ivoire
SCD 17-136



 Le Fonds mondial



Analyse menée par POLE PSM

Remerciements

POLE PSM remercie le Fonds Mondial pour la confiance témoignée au regard de cette mission d'analyse et de présentation de ses résultats. POLE PSM s'est efforcé d'adopter une attitude objective et constructive à l'égard des rapports fournis pour élaborer et étayer cette analyse.

POLE PSM remercie le Ministère de la Santé et la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique en Côte d'Ivoire pour sa considération vis-à-vis de cette analyse, qui essaye d'apporter une perspective différente au regard de la situation qui prévaut.

POLE PSM a étayé son analyse grâce aux comptes-rendus et rapports fournis par STPH, suite aux différents entretiens et contacts établis en Côte d'Ivoire avec les autorités et organisations suivantes :

- Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML),
- Laboratoire National de Santé Publique (LNSP),
- Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS),
- Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique (PNDAP),
- Programme élargi de vaccination (PEV),
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT),
- Programme National de la lutte contre le Sida (PNLS),
- Programme National de Lutte Contre le Paludisme (NMCP),
- Centre national de transfusion sanguine (CNTS),
- Centre national de transfusion sanguine Côte d'Ivoire (NPSP CI)
- Bureau OMS
- Groupe Technique de travail médicaments
- Bureau AFD
- Bureau IHSC-TA
- Bureau banque mondiale
- Gbèkè Direction régionale de la santé
- Direction départementale de la santé Bouaké Nord-Ouest et sa pharmacie de district,
- Direction départementale de la santé Bouaké Nord Est et sa pharmacie de district,
- Direction départementale de la santé Bouaké South et sa pharmacie de district
- Dar Es Salaam centre de santé urbain,
- Ahougnansou centre de santé urbain,
- Koko centre de santé urbain, Brobo

SOMMAIRE

PARTIE 1 – Evaluation de la Chaîne d'Approvisionnement en Côte d'Ivoire	8
Résumé exécutif	9
1. Contexte	13
1.1. Profil du pays	13
1.2. Objectifs et contexte du rapport	15
2. Méthodologie	16
3. Cartographie de la chaîne d'approvisionnement	17
3.1. Approche et contenu	17
3.2. Représentation des flux : physique, information, financier.	17
3.2.1. La Chaîne d'Approvisionnement Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Programmes (CAN-MEIP)	18
3.2.2. La Chaîne des Vaccins	20
3.2.3. La chaîne des produits sanguins	22
3.2.4. La Chaîne des produits laboratoire	23
3.3. Chaîne CAN_MEIP : Représentation des constituants : technologies, infrastructures, finance	24
3.4. Représentation des objectifs de la PNSCA et des projets en cours	26
Cartographie des appuis : Le tableau (fig. 13 ci-dessous) est une représentation graphique des différents projets et mesures d'appui qui sont en cours en Côte d'Ivoire, en identifiant les Partenaires Techniques et Financiers qui mènent ces projets.	27
4. Analyse de la chaîne d'approvisionnement	29
4.1. Identification des points forts et points clés à renforcer	29
4.2. Analyse du modèle de maturité	31
4.3. Synthèse de l'analyse des Ressources Humaines	43
4.4. Analyse des causes profondes des principaux points clés à renforcer	47
4.5. Synthèse des causes profondes	61
5. Recommandations de projets	62
5.1 La vision générale commune	62
5.2 Description des projets	70
6. Conclusion	83
PARTIE 2 – Evaluation des capacités des ressources humaines.....	84
Annexes.....	103

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Phases de l'analyse.....	16
Figure 2: vue d'ensemble : flux physique des trois chaînes principales	18
Figure 3: flux physique de la chaîne CAN-MEIP	19
Figure 4 : flux physique et information de la chaîne CAN-MEIP	20
Figure 5 : flux physique et financier de la chaîne CAN-MEIP	20
Figure 6: flux physique et information de la chaîne des Vaccins.....	21
Figure 7 : flux physique et financier de la chaîne des Vaccins	22
Figure 8 : flux physique et information de la chaîne des produits sanguins.....	22
Figure 9 : flux physique et financier de la chaîne des produits sanguins.....	23
Figure 10 : flux physique de la chaîne des produits laboratoire	24
Figure 11: Chaîne CAN-MEIP : Technologie, Infrastructures, Finance	25
Figure 12 : Objectifs de la PNSCA.....	27
Figure 13: Cartographie des appuis	28
Figure 14 : Secteurs public et privé dans le système de distribution.....	30

Liste des abréviations

Abréviations	Significations
ADNc	Acide désoxyribonucléique complémentaire
ARN	Acide ribonucléique
AIRP	Autorité ivoirienne de régulation pharmaceutique
AMP	Agence de médecine préventive
ARV	Anti rétro viraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
CAT	Centre Antituberculeux

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDT	Centre de Diagnostic de la Tuberculose
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CN-CAM	Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements en Médicaments essentiels et produits de santé stratégiques
CAN-MEIP	Chaîne d'approvisionnement nationale des médicaments essentiels et des intrants programmes
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
DASRI	Déchets d'activités de soins à risque infectieux
DBS	Dried Blood Spot
DC PEV	Direction de la Coordination du Programme Élargi de Vaccination
DD	Directeur Départemental
DIEM	Direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance
DIIS	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
ECdF / ECF	Equipement de la Chaîne de froid
e SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique électronique
eDVDMT	Outil de gestion des données de vaccination
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
GAVI	Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation
GEV	Gestion efficace des vaccins
HBC	Virus hépatite C

HBV	Virus hépatite B
IHSC TA	Integrated Health Supply Chain Technical Assistance
INHP	Institut National de l'Hygiène Publique
KPIs	Key Performance Indicator
LNSP	Laboratoire National de la Santé Publique
MEG	Médicaments Essentiels Gratuits
MQAS	Système modèle d'assurance de la qualité pour agences d'approvisionnement

Abréviations	Significations
--------------	----------------

MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique BAD
NPSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
OCPT	Objets coupants pointus ou tranchants
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPPERA	Open Polyvalent Platform
PACCI	Programme de collaboration Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales
PARSSI	Projet d'Appui à la Redynamisation du Secteur de la Santé Ivoirien UE
Pentavalent	Vaccin contre diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B et <i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib).
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PEV	Programme élargi de vaccination

PGP	Préparateur Gestionnaire de Pharmacie
3PL	Third-Party Logistics
PMO	Partenaires de mise en œuvre
PNDAP	Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique
PNGDS	Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNN	Programme National de Nutrition
PNSCA	Plan National Stratégique de la Chaîne d'Approvisionnement
PNSME	Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant
POC	Point of Care
POP	Polluant organique persistant
PPI	Produit Pharmaceutique Inutilisable
PPM	Pooled Procurement mechanism
PQS	Performance Quality Safety
PTF	Partenaires techniques et financiers
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
rDQA	Routine Data Quality Assessment
Retro-CI	Laboratoire du CDC – PEPFAR
ROTA	Vaccin anti rotavirus

SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique
SMIT	Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
STPH	Institut tropical et de santé publique suisse (Swiss TPH)
Abréviations	Significations
SWEDD	Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend (BM)
SYSCOHADA	Système comptable Ouest Africain
UNICEF	United Nations children fund
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
VAA	Vaccin antiamaril
VAR	Vaccin antirougeoleux
VAT	Vaccin antitétanique
VPO	Vaccin polio oral

PARTIE 1 – Evaluation de la Chaîne d'Approvisionnement en Côte d'Ivoire

Résumé exécutif

Le Fonds mondial finance depuis ses débuts le renforcement de la gestion des produits de santé et des chaînes d'approvisionnement, dans le cadre de demandes de financement des pays ou de mesures d'atténuation des risques destinées à protéger les investissements effectués. Ce faisant, il contribue aux efforts de renforcement des capacités de gestion des systèmes de santé, ainsi qu'à la capacité logistique et la compétence pharmaceutique dans les pays. Les médicaments et les produits de santé jouent un rôle critique dans la réponse aux problèmes de santé et l'amélioration de la qualité de vie, ils constituent donc un composant indispensable des systèmes de santé dans le cadre de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies, et de l'allègement des invalidités et des déficiences fonctionnelles.

La gestion de la chaîne d'approvisionnement est donc d'une importance cruciale pour la réalisation de la mission du Fonds mondial et la mise en place de systèmes pérennes pour la santé. Ainsi, tout en continuant à améliorer l'accès aux produits de santé en amont de la chaîne d'approvisionnement, le Fonds mondial souhaite contribuer au renforcement de la chaîne d'approvisionnement nationale.

Dans ce cadre d'appui, il est préalablement prévu la réalisation d'un diagnostic de la chaîne d'approvisionnement et d'une évaluation des capacités des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement, préalable à l'identification de projets transformationnels qui s'intégreraient dans le Plan National Stratégique de la Chaîne d'Approvisionnement de la Côte d'Ivoire.

Le Plan National Stratégique de la chaîne d'approvisionnement (PNSCA) 2016-2020 vise à rendre accessibles 95% des produits de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2020. Si l'on peut constater des progrès substantiels réalisés au cours de la dernière décennie avec la modernisation progressive de la chaîne d'approvisionnement en Côte d'Ivoire, l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement reste toutefois problématique à certains niveaux.

L'objectif principal visé par ce diagnostic était d'identifier des lacunes qui pourraient être corrigées par des projets innovants et transformateurs, qui donneront lieu à des changements pérennes et auront un impact et des améliorations mesurables.

POLE PSM a procédé de manière logique pour déterminer les besoins et proposer des projets ayant un impact direct sur la chaîne d'approvisionnement, avec la coordination et le soutien des Partenaires Techniques et Financiers à cet égard :

I. Analyse des points forts et points clés à renforcer au sein de la chaîne d'approvisionnement :

Points forts

- a. Soutien politique au secteur pharmaceutique
- b. Chaîne d'approvisionnement intégrée (MEG + intrants programmes)
- c. Mélange des secteurs public et privé dans le système de distribution

- d. Un solide réseau de pharmaciens à travers le pays

Points clés à renforcer

- a. Ruptures de stock
- b. Système d'entreposage non optimisé
- c. Livraison au dernier kilomètre
- d. Quantification au niveau District
- e. Gestion des stocks au niveau District et ESPC
- f. Gestion des PPI

II. Analyse et synthèse des causes profondes

Une analyse en profondeur a été effectuée pour chaque point clé, ce qui a permis l'identification des lacunes persistantes et nécessitant des actions correctrices via des projets de transformation et de support.

Causes profondes communes	Objectifs PNSCA Parte	Interventions d'urgence:	Projets proposés
<ul style="list-style-type: none"> • Système de distribution pas entièrement déployé • Procédures de distribution non appliquées • Pérennité financière manquante 	20.2 Elaborer un plan de maintenance des véhicules 16.2 Améliorer délais de livraison 20.1 Doter les districts de matériel roulant adaptés aux activités de distribution 20.3 Elaborer, reproduire et diffuser les procédures opérationnelles standardisées de distribution 20.4 Renforcer les capacités des acteurs en matière de bonnes pratiques de distribution	Procédures de distributions des produits SR/PF jusqu'au dernier Km (UNFPA) Pilote de distribution dernier km avec logistique inversée (USAID) Appui transport (Banque Mondiale) Modèle de distribution ds 2 zones + partenariat privé-public (Banque Mondiale)	Projet A : Mettre à l'échelle le modèle de distribution pour le 'dernier kilomètre' de la chaîne d'approvisionnement principale
<ul style="list-style-type: none"> • Réseau de stockage non optimisé • Le système de stockage n'est pas adapté à la demande • Pas assez d'espace physique • Entrepôts pas bien organisés • Gestion faible des stocks • Manque d'outils standardisés 	5.5 Mettre en place un pool de 20 formateurs nationaux 6. Renforcement du mécanisme de coordination des approvisionnements 7.2 accroître capacité de stockage 7.3 mettre aux normes Doter les clients de l'NPSP d'un logiciel de gestion de stocks 17.1 Réviser et diffuser SOP gestion pharmacie Accroître capacité et conditions de stockage dans 64 districts	Renforcement des capacités de stockage des intrants nutrition (UNICEF) Mise à jour du Manuel SIGL intégré Equiper les espaces de stockage de 9 pharmacies (Banque Mondiale) Construction de 8 pharmacies de districts (AFD/C2D) Déploiement de E-Stock dans les clients directs du NPSP (Projet mené par PNDAP, avec l'appui de USAID/IHSC-TA) Optimisation des pratiques de gestion d'inventaire chez les clients directs du NPSP Equiper les espaces de stockage de 575 ESPC et 26 Hôpitaux & module formation G. des stocks (Banque Mondiale)	Projet B1 : Amélioration de la gestion des stocks et des inventaires au niveau des ESPC Projet B2 : Projet de réforme de la chaîne de stockage et de distribution

<ul style="list-style-type: none"> Manque de personnel formé à la quantification Données de consommation pas analysées par rapport à la morbidité 	➔	<p>5. Renforcement du processus national de quantification de tous les produits de santé</p> <p>5.5 Mettre en place un pool de 20 formateurs nationaux</p>	Feuille de route vers la quantification décentralisée (projet en cours mené par le gouvernement avec l'appui d'IHSC-TA)	➔	<p>Projet C :</p> <p>Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions au niveau région et district</p>
<ul style="list-style-type: none"> Données de consommation imprécises Quantification imprécise 		Coordination des activités de la chaîne d'approvisionnement au niveau décentralisé			
<ul style="list-style-type: none"> Mesures d'incitation non appropriées Manque d'appropriation du processus SOP de la gestion des PPI pas appliquées Pas de logistique inverse Quantification imprécise Données de consommation imprécises Manque de fonds disponibles 	➔	<p>23.2 Faciliter l'installation des incinérateurs acquis par la DPML, PNLT et INHP</p> <p>23.1 Mettre en place mécanisme financement PPI</p>	Gestion des PPI (AFD/C2D) Projet mené par PNDAP, avec l'appui de USAID/IHSC-TA sur système de logistique inversée	➔	<p>Projet D1 :</p> <p>Centralisation et Destruction des PPI</p> <p>Projet D2 :</p> <p>Renforcement du projet en cours mené par le gouvernement avec l'appui d'IHSC-TA : système de logistique inverse pour les PPI : financement de la collecte et destruction des PPI</p>
<ul style="list-style-type: none"> Pérennité financière Manque de fonds disponibles Mécanismes financiers instables 	➔	<p>25. Evaluation de la performance de la chaîne d'appro (PNSCA)</p> <p>2. Sécurisation des capacités financières de la NSC-EMPC</p> <p>15.3 renforcer le mécanisme de financement des outils de gestion logistiques</p>	Etudes sur la structuration des prix (AFD/C2D)	➔	<p>Projet E :</p> <p>Améliorer le modèle financier pour pérenniser la chaîne d'approvisionnement</p>
<ul style="list-style-type: none"> Manque de personnel qualifié Manque d'appropriation du processus 	➔	<p>19.2 renforcer les capacités des directions régionales pour la coordination des activités de la chaîne d'approvisionnement</p> <p>20.4 renforcer les capacités des acteurs en matière de bonnes pratiques de distribution</p>	IHSC-TA et MEDTIC collabore avec PNDAP, NPSP, DIIS, et DPML dans un groupe de travail technique pour la formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement (plateforme e-learning). Banque Mondiale : former 15 formateurs en chaîne d'appro ; Module gestion des stocks – formation pharmaciens ; module formation des métiers de la chaîne d'appro	➔	<p>Projet F1 : Assistance technique sur 12 mois pour collaborer avec le PNDAP</p> <p>Projet F2 : Un projet de restructuration du cursus pharmaceutique pour les PGP (Logisticien de santé vs dispensateur)</p> <p>Projet F3 : Soutien du Groupe de Travail Technique (collaboration IHSC-TA et MEDTIC avec PNDAP, NPSP, DIIS, et DPML) pour la formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement, et implémentation du plateforme e-learning</p>
<ul style="list-style-type: none"> Manque d'outil de suivi et de visualisation des projets en cours et des ressources utilisés 	➔	<p>6. Renforcement du mécanisme de coordination des approvisionnements</p> <p>19. Coordination des activités de la chaîne d'approvisionnement au niveau décentralisé</p>		➔	<p>Projet G : Coordination de projets – outil de visualisation des projets en cours</p>

III. Proposition de projets au vu de cette analyse Liste des projets proposés

Réf.	Aperçu de la séquence globale des projets proposés
	Focus sur la périphérie

A	Mettre à l'échelle le modèle de distribution pour le 'dernier kilomètre' de la chaîne d'approvisionnement principale
B1	Amélioration de la gestion des stocks et des inventaires au niveau des ESPC
B2	Projet de réforme de la chaîne de stockage et de distribution
C	Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions aux niveaux des régions et districts
Projets Logistiques Transversaux	
D1	Centralisation et destruction des PPI
D2	Renforcement du projet en cours IHSC-TA : système de logistique inversée pour le PPI : financement de la collecte et destruction des PPI
Projets de Gouvernance et Financement	
E	Améliorer le modèle financier pour pérenniser la chaîne d'approvisionnement
Projets Ressource Humaines	
F1	Une assistance technique de 12 mois est proposée pour collaborer avec le PNDAP
F2	Un projet de restructuration du cursus pharmaceutique pour les PGP (Logisticien de santé vs dispensateur)
F3	Soutien du Groupe de Travail Technique (collaboration IHSC-TA et MEDTIC avec PNDAP, NPSP, DIIS, et DPML) pour la formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement, et implémentation de la plateforme e-learning.
Projet Support	
G	Coordination de projets – Outil de visualisation des projets en cours et des ressources utilisées

1. Contexte

1.1. Profil du pays

- A. Située en Afrique occidentale, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322 462 km². Le pays est entouré au nord par le Mali et le Burkina Faso, à l'ouest par la Guinée et le Libéria, à l'est par le Ghana et au sud par l'océan Atlantique. Sa population totale est estimée à 23 740 424 habitants.¹ Le pays se divise en 31 régions administratives (20 régions sanitaires) et deux districts autonomes : la ville la plus importante est Abidjan, qui accueille de nombreuses institutions gouvernementales centrales, et la capitale politique est Yamoussoukro. La Côte d'Ivoire est un pays largement centralisé, mais qui a entrepris un processus de décentralisation. En 2015, le pays s'est engagé dans un processus visant la couverture maladie universelle et, à cet effet, a mis en place la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Depuis son indépendance le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une république démocratique représentée par un président. Pendant de nombreuses années, le pays a été considéré comme un modèle de paix et de stabilité en Afrique occidentale. Toutefois, entre 1999 et 2012, il a dû faire


¹ Agence centrale des renseignements, estimations de juillet 2016

face à une série de crises politiques et militaires. La Côte d'Ivoire représente l'une des économies les plus importantes de l'Afrique occidentale car elle bénéficie de réserves de pétrole, de gaz naturel, d'or et de bauxite. Les élections présidentielles d'octobre 2015, qui se sont déroulées dans un climat de paix, ont donné une nouvelle victoire au Président Alassane Ouattara.

- B. La Côte d'Ivoire est récipiendaire de six subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et l'un des enjeux pour le pays est d'assurer une disponibilité constante des médicaments et autres intrants médicaux à sa population. La gestion de la chaîne d'approvisionnement est d'une importance cruciale pour la réalisation de la mission du Fonds mondial et la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé.

Parmi les autres bailleurs importants soutenant le pays, on retrouve notamment USAID, par le biais du PEPFAR (Projet GHSC), l'Union européenne (projet PARSSI), l'Agence française de développement (projet PRSS2/C2D), l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé (notamment projet MUSKOKA), mais également la Banque mondiale (projets PRSSE et SWEDD), et d'autres partenaires tels que UNITAID (projet OPP-ERA).

En 2015, les interventions de lutte contre le VIH ont été financées à hauteur de 77 % par le gouvernement des États-Unis et de 16 % par le Fonds mondial, le reste étant financé par le gouvernement de la Côte d'Ivoire (7 % engagés pour l'exercice 2016) et par d'autres donateurs. S'agissant de l'approvisionnement total du pays en médicaments contre le VIH, PEPFAR soutient la Côte d'Ivoire à hauteur de 60 %, le Fonds mondial à hauteur de 30 % et le gouvernement national à hauteur de 10 %. En 2014, le Fonds mondial a financé environ 56 % des interventions de lutte contre le paludisme et, en 2015, 53 % des interventions de lutte contre la tuberculose, tandis que le gouvernement de la Côte d'Ivoire les a financées respectivement à hauteur de 43 % et de 39 %. Le reste a été subventionné par d'autres donateurs. La Côte d'Ivoire est également un donateur du Fonds mondial et a promis un soutien de 1 million de dollars US pour la période 2017-2019.

- C.  La Côte d'Ivoire est l'un des pays les plus touchés par le VIH en Afrique occidentale et australe, avec une épidémie mixte dont la prévalence est de 3,7 % parmi la population générale, 11,4 % parmi les professionnels du sexe à Abidjan², 11,5 % parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes selon les données préliminaires de cinq villes³ et 9,5 % parmi les consommateurs de drogues⁴. Les femmes restent plus touchées que les hommes, la prévalence étant de 4,6 % chez les femmes par opposition à 2,7 % chez les hommes⁵. La prévalence du VIH parmi les patients atteints de tuberculose était de 24 % en 2014⁶. On estime que 7 % des enfants nés de mères séropositives sont séropositifs.



La prévalence de la tuberculose est très forte au sein de la population. Les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes. Environ trois quarts des cas enregistrés sont de jeunes adultes de la tranche d'âge des 15-44 ans.

- Incidence : baisse de 55 % entre 2000 et 2014.

² Enquête intégrée de surveillance bio comportementale – professionnels du sexe, 2014

³ Enquête intégrée de surveillance bio comportementale – hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 2015

⁴ Programme national de lutte contre le sida (PNLS)/Médecins du Monde, 2014

⁵ Enquête démographique et de santé, 2012

⁶ Rapport mondial sur la tuberculose, OMS

- Mortalité : baisse de 62 % entre 2000 et 2014.
- Augmentation du taux de guérison des nouveaux cas de tuberculose, de 57 % à 80 % en 2013.
- Statut sérologique pour le VIH enregistré dans 95 % des cas et 78 % des patients tuberculeux infectés par le VIH étaient sous antirétroviraux.



Le paludisme est endémique dans le pays et constitue l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Cette maladie restait la première cause de consultation en 2012, représentant 41 % de toutes les consultations dans les établissements de santé.

- Incidence : pour 1 000 personnes exposées, le taux d'incidence du paludisme a diminué de 28 % et le taux de décès de 65 % entre 2000 et 2014.
- La mortalité des enfants de moins de 5 ans, toutes causes confondues, a diminué de 36 %, passant de 145,6/1 000 en 2000 à 92,6/1 000 en 2015.
- La part des foyers possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide a augmenté, passant de 2,5 % en 2005 à 67,3 % en 2012. On estime à 54 % la part de la population ayant accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide.
- La prévalence du paludisme était de 17,1 % en 2011-2012.

- D. Les investissements du Fonds mondial budgétisés en Côte d'Ivoire pour la période 2017-2019, relatifs aux produits de base et à la chaîne d'approvisionnement s'élèvent à environ 118,3 millions d'euros, ce qui représente 62,3 % de la somme totale allouée pour la période et est critique pour la réussite des programmes financés par le Fonds mondial.

1.2. Objectifs et contexte du rapport

Après avoir contribué à améliorer l'accès aux produits de santé en amont de la chaîne d'approvisionnement, le Fonds Mondial aimerait aider les pays récipiendaires à renforcer leur chaîne d'approvisionnement nationale afin d'améliorer la gestion de l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement. L'objectif à moyen et à long terme consiste à systématiquement augmenter les investissements dans les activités d'amélioration de la chaîne d'approvisionnement, ce qui garantira des gains d'efficacité accrus et une infrastructure et des capacités pérennes dans les pays en matière de chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé.

Ce diagnostic a pour objectif d'identifier et d'aider le pays à mettre en œuvre des projets innovants et transformateurs qui donneront lieu à des changements pérennes et à un impact et des améliorations mesurables.

L'organisation choisie pour établir ce diagnostic était l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (STPH), et c'est STPH qui a conduit le processus d'évaluation dans le pays et initié le premier rapport.

Pour des raisons organisationnelles et opérationnelles, le Fonds Mondial a mandaté POLE PSM pour compléter la tâche et proposer des projets en lien avec les points clés à renforcer et les lacunes identifiées.

Un rappel chronologique est établi ci-dessous :

- Une évaluation de la chaîne d'approvisionnement a été conduite dans le pays par STPH de février à avril 2018.

- Un projet de rapport a été soumis par STPH le 25 mai 2018 au Fonds Mondial.
- POLE PSM a été mandaté en juin 2018 pour compléter le diagnostic de la chaîne d'approvisionnement et rédiger le rapport final.
- POLE PSM a utilisé les données collectées par STPH et les rapports existants issus de toutes les évaluations et documents de politique pertinents pour produire ce rapport de diagnostic de la chaîne d'approvisionnement.
- La composante Ressources Humaines du rapport initial de STPH a été conservée telle qu'elle a été initialement soumise par STPH, et elle est présentée dans la partie 2 de ce rapport.

Défis et limitations

- Les limitations principales de cette analyse sont en lien avec le contexte de ce mandat, essentiellement la limite de temps.
- A cause de cette limitation temporelle, nous avons dû réduire l'étendue de notre exercice par rapport au mandat / RFP d'origine. Les éléments suivants ne font donc pas partie de notre analyse et du rapport :
 - Résumé des indicateurs de résultats,
 - Sécurisation, traçabilité, chaîne de possession/propriété et de redevabilité, ○ Evaluation de l'historique des changements et des investissements réalisés
- Il est à noter que nous n'avons pas eu la possibilité de vérifier le statut des projets en cours et que cela doit être pris en compte au vu de notre analyse.

2. Méthodologie

POLE PSM a souhaité donner une perspective constructive à cette étude, de manière à capitaliser sur les forces du pays, porter un regard lucide sur les faiblesses des principales chaînes d'approvisionnement des produits de santé en Côte d'Ivoire et proposer un ensemble cohérent d'interventions.

L'idée n'était pas de produire un rapport de plus mais plutôt d'étayer notre analyse par une réflexion solide qui aboutit à des propositions concrètes, qui viendront compléter les initiatives déjà en cours.

Comme nous l'avons expliqué dans la partie contexte de ce rapport, POLE PSM a été mandaté pour finaliser ce projet de diagnostic pris en cours de route et nous n'avons pas eu la possibilité de valider certaines informations avec les autorités de Côte d'Ivoire ainsi qu'avec les Partenaires Techniques et Financiers opérant sur place.

C'est pourquoi notre approche est basée essentiellement sur l'étude de rapports existants et des données récoltées par STPH. Vu le temps extrêmement court qui nous a été donné, nous avons mis l'accent sur l'analyse des problématiques décrites dans les rapports, afin de comprendre au mieux à distance les mécanismes présents en Côte d'Ivoire et comment certains projets pourraient contribuer à l'amélioration de la situation.

A partir de cette analyse, nous avons établi une cartographie des chaînes d'approvisionnement ainsi que des projets en cours.

Nous avons identifié les forces et les faiblesses principales dans les chaînes d'approvisionnement du pays et analysé en profondeur les causes profondes de ces faiblesses ; nous avons ensuite fait le lien entre ces

faiblesses et une proposition de projets de transformation. Nous proposons enfin une vue d'ensemble des projets, et nous efforçons de faire un lien avec les efforts déjà en cours.

L'analyse des lacunes identifiées a été faite en comparant les besoins reconnus et :

- D'une part les initiatives des partenaires principaux qui sont en cours de mise en œuvre,
- D'autre part le Plan National Stratégique de la Chaîne d'Approvisionnement (PNSCA).

Les phases abordées dans le cadre de cette étude sont les suivantes :



Figure 1 : Phases de l'analyse

3. Cartographie de la chaîne d'approvisionnement

3.1. Approche et contenu

Pour chacun des trois chaînes principales (CAN-MEIP, produits de sang et vaccins), nous avons fait des cartes

- des flux physiques,
- des flux d'information,
- des flux financiers.

Pour la chaîne principale, la chaîne CAN-MEIP, nous allons regarder plus en détail les aspects suivants :

- Technologie,
- Infrastructure,
- Finance (budgets).

La cartographie contient tous les niveaux de la chaîne : du niveau central jusqu'au niveau des établissements de santé.

Elle contient aussi tous les produits et non pas uniquement ceux couverts par le Fonds Mondial :

Les produits des programmes de santé (HIV, Tuberculose, Planification familiale, etc.), les médicaments essentiels, et les produits de laboratoire.

Enfin la cartographie contient aussi la représentation des projets logistiques menés par les partenaires clés et la cartographie des objectifs et projets du Plan National Stratégique de la Chaîne d'Approvisionnement (PNSCA).

Il y a deux autres chaînes qui ne figurent pas sur les cartographies : la chaîne des maladies tropicales négligées (MTN), et la chaîne des réactifs de charge virale (Retro-CI). La MTN est mineure en termes de flux de produit.

Sa verticalité engendre des coûts lourds et de mauvaises conditions de stockage. Le problème principal de la chaîne Retro-CI est qu'il y a peu d'accès pour les patients aux niveaux périphériques.

3.2. Représentation des flux : physique, information, financier.

Vue de l'ensemble

La chaîne d'approvisionnement des produits de santé de la côte d'Ivoire peut être divisée en trois chaînes principales (voir figure 02) :

- La Chaîne d'Approvisionnement Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Programmes (CAN-MEIP),
- La chaîne des Vaccins,
- La chaîne des produits de sang.

Nous allons développer ces trois chaînes principales dans les sections suivantes avant de terminer avec les produits de laboratoire.

Il y a 6 niveaux dans la chaîne d'approvisionnement :

1. Point d'entrée : le point d'entrée principale de la côte d'Ivoire est Abidjan.
2. Niveau central : Abidjan est aussi l'endroit où se trouvent les entrepôts centraux (NPSP, INHP, CTNS).
3. Au niveau régional il y a 18 antennes régionales de la chaîne des vaccins et 5 centres de transfusion sanguine.
4. Au niveau district il y a les 83 pharmacies de district du NPSP et les Antennes collecte de Transfusion Sanguine (ATS).
5. Au niveau des installations sanitaires : 2'200 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), 2'153 centres de vaccination et 423 hôpitaux.
6. Il y a environ 14'000 ASC (Associations impliquées principalement dans l'information et la sensibilisation – parfois dans la dispensation) et 23.7 millions d'habitants.

Vue de l'ensemble

Flux physique

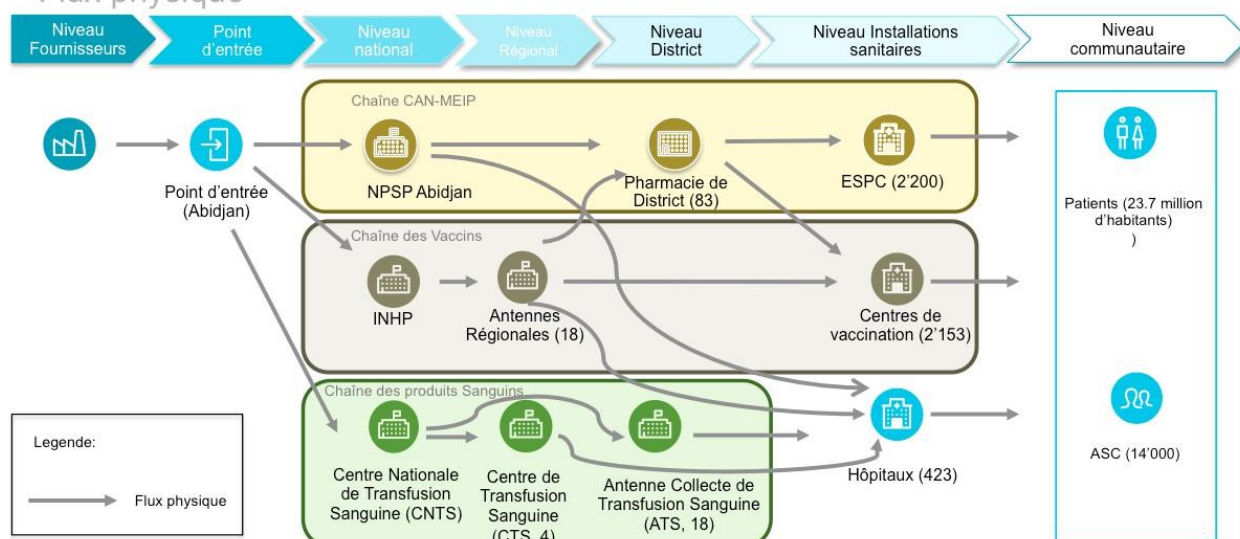


Figure 2: vue d'ensemble : flux physique des trois chaînes principales

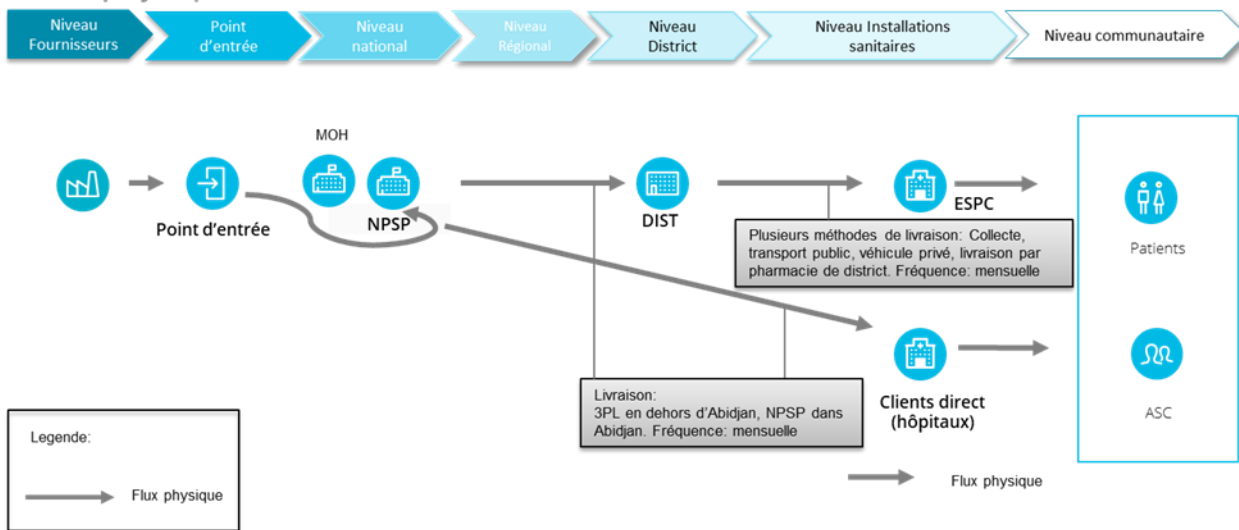
3.2.1. La Chaîne d'Approvisionnement Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Programmes (CAN-MEIP)

Flux physique

La CAN-MEIP concerne les Médicaments Essentiels Génériques (MEG), les Antirétroviraux (ARVs), les Antituberculeux (TB), les médicaments de prévention des Infections Opportunistes (IO), les Antipaludiques et les Dispositifs médicaux. L'acteur principal de cette chaîne est la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP). La NPSP est un organisme semi-privé et la centrale nationale qui gère les achats et la distribution des médicaments au niveau national. Elle livre directement 423 hôpitaux ainsi que 83 entrepôts districts. Les clients directs à Abidjan sont livrés en propre par la NPSP et ceux de l'intérieur sont livrés par un opérateur privé (partenariat public privé) à une fréquence mensuelle. Plus de la moitié (55 à 65%) des ESPC collectent eux-mêmes leurs produits, à fréquence mensuelle également. Les antituberculeux sont livrés à fréquence trimestrielle (voir figure 03).

Chaîne CAN-MEIP

Flux physique



5

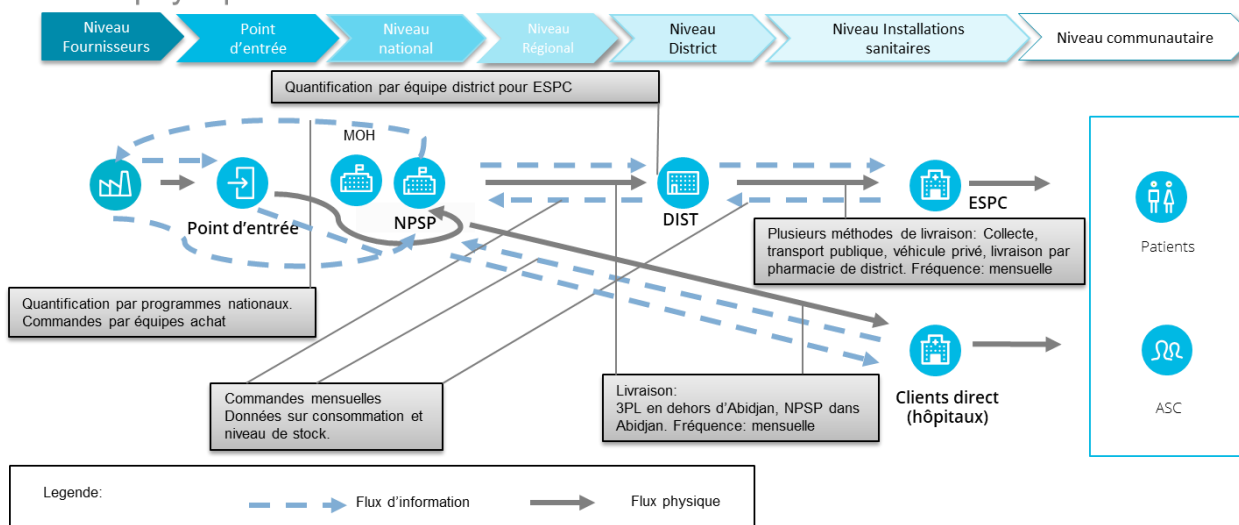
Figure 3: flux physique de la chaîne CAN-MEIP

Flux d'information

Le flux d'information circule dans l'autre sens par rapport au flux physique. Une commande interne d'un établissement de santé est passée dans les pharmacies de district ou directement dans les centres de distribution nationaux (NPSP), où les pharmacies de district passent également leurs commandes internes. Au niveau national, une commande est passée auprès d'un fournisseur. Au niveau de la quantification, les entrepôts district soumettent une quantification au centre pour leur région, tandis que les Programmes Nationaux soumettent les quantifications pour les produits de santé aux fournisseurs (voir figure 04).

Chaîne CAN-MEIP

Flux physique et d'information



1

Figure 4 : flux physique et information de la chaîne CAN-MEIP

Flux Financier

Il y a deux flux financiers principaux dans la chaîne CAN-MEIP :

- le flux financier des médicaments essentiels,
- le flux financier pour les autres médicaments.

Pour le flux financier des médicaments essentiels, le flux commence chez les patients, qui payent les établissements de santé pour les produits. Ensuite l'argent remonte la chaîne jusqu'au NPSP (voir figure 05 ci-dessous).

Le flux financier pour les autres médicaments est surtout un flux théorique : les contributions au coût logistique dans la partie aval depuis le NPSP se font sous forme de médicaments et non pas sous forme d'argent.

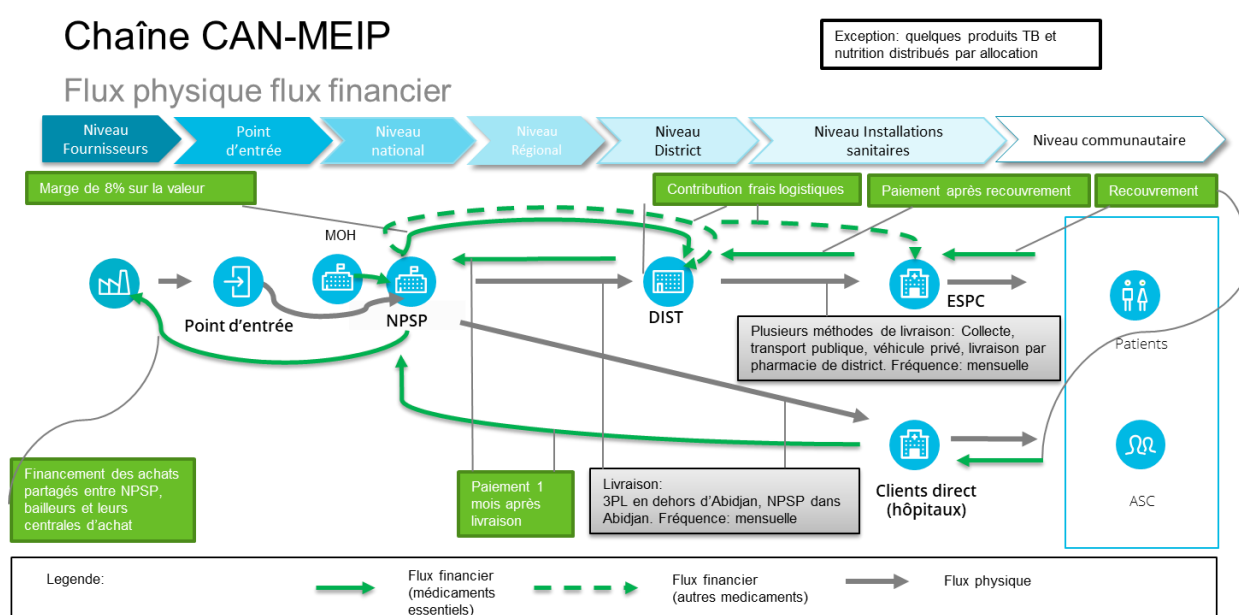


Figure 5 : flux physique et financier de la chaîne CAN-MEIP

3.2.2. La Chaîne des Vaccins

Flux physique et information

Les vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV) sont livrés par l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP) aux antennes régionales en propre à fréquence trimestrielle (voir figure 06). Les approvisionnements des districts et des ESPC sont faits à fréquence mensuelle, aux frais des districts et des ESPC. À fréquence également trimestrielle, les vaccins hors PEV sont livrés par l'INHP aux antennes régionales, puis collectées par les centres de vaccination par leurs propres moyens.

Chaîne des Vaccins

Flux physique et Flux d'information

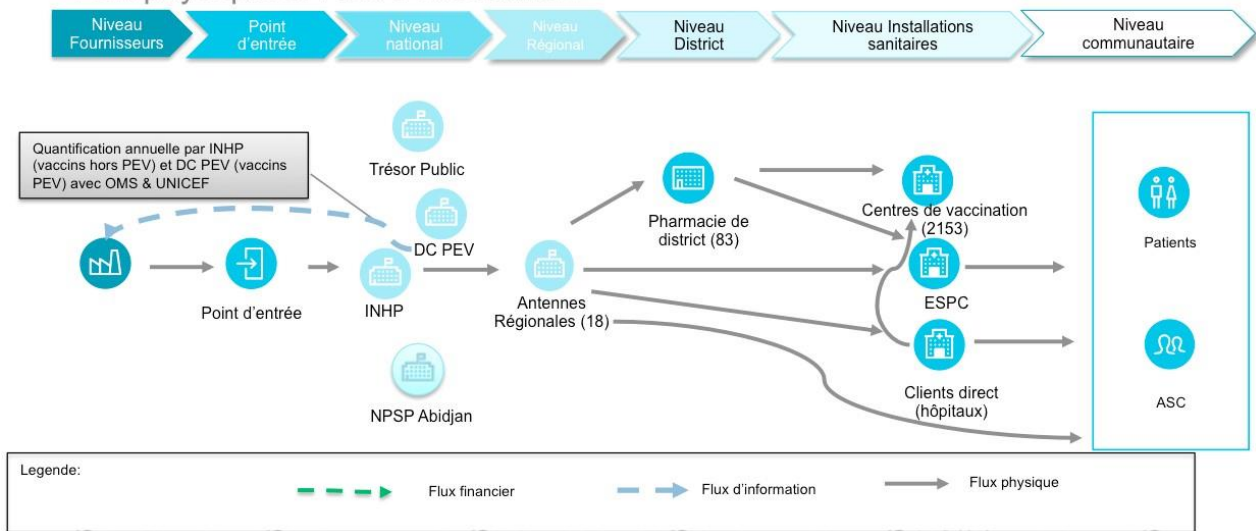


Figure 6: flux physique et information de la chaîne des Vaccins

Les vaccins sont distribués selon des plans d'allocation, donc il n'y a pas de commandes ni des prévisions en aval du INHP. Le seul flux d'information est les prévisions annuelles qui sont développées au niveau central par INHP, DC PEV et les partenaires OMS et UNICEF.

Flux financier

Le flux financier est à l'opposé du flux physique. Les patients paient les vaccins à l'administration des vaccins à l'antenne de l'INHP ou à l'un de ses postes avancés. Les recettes générées sont ensuite reversées au trésor public.

Les ressources financières de la DCPEV proviennent du budget de l'Etat et des fonds alloués par des partenaires que sont l'OMS, l'UNICEF, GAVI, ROTARY CLUB.

Voir figure 07 ci-dessous.

Chaîne des Vaccins

Flux physique et flux financier

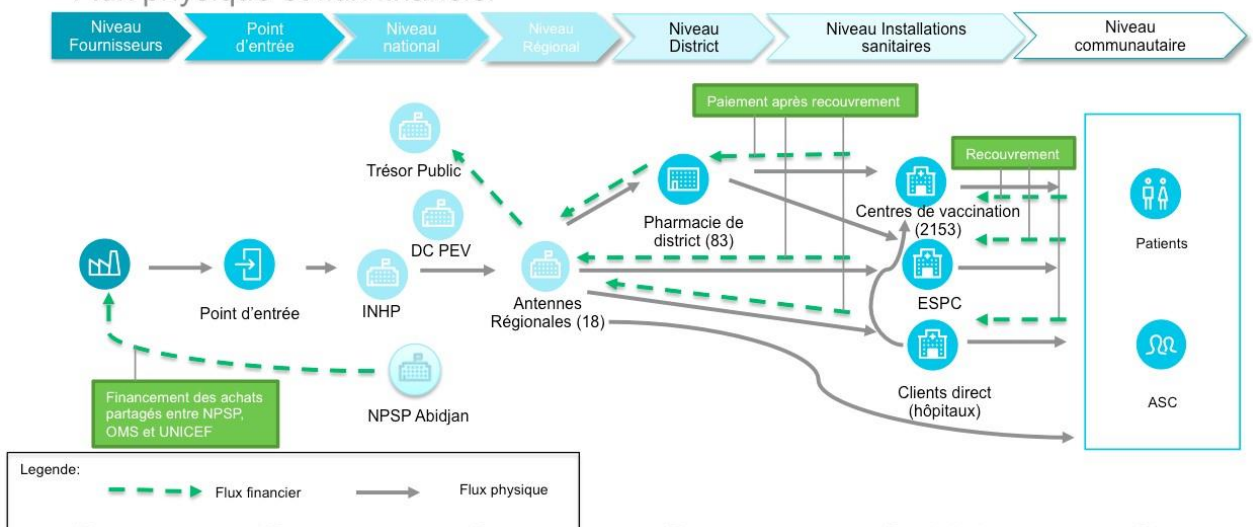


Figure 7 : flux physique et financier de la chaîne des Vaccins

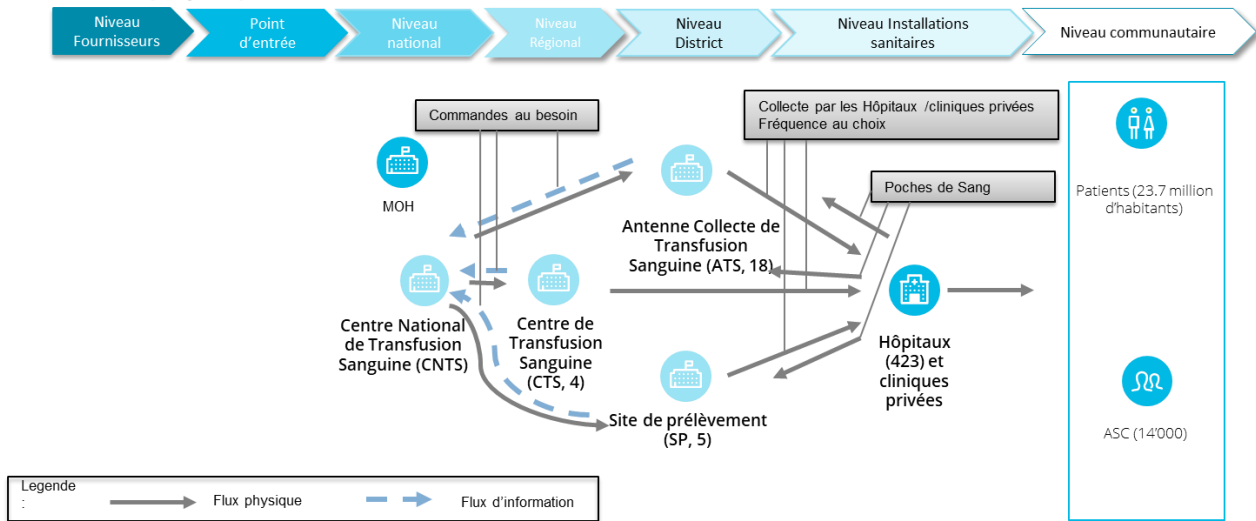
3.2.3. La chaîne des produits sanguins Flux

physique et information :

Les intrants pour les produits sanguins sont collectés par 27 sites de prélèvements (4 CTS, 5 SP, 18 ATS, voir figure 08) auprès du CNTS à Abidjan par leurs propres moyens. Les poches de sang sont collectées par les clients par leurs propres moyens et à la fréquence de leurs choix.

Chaîne des produits sanguins

Flux physique et d'information



12

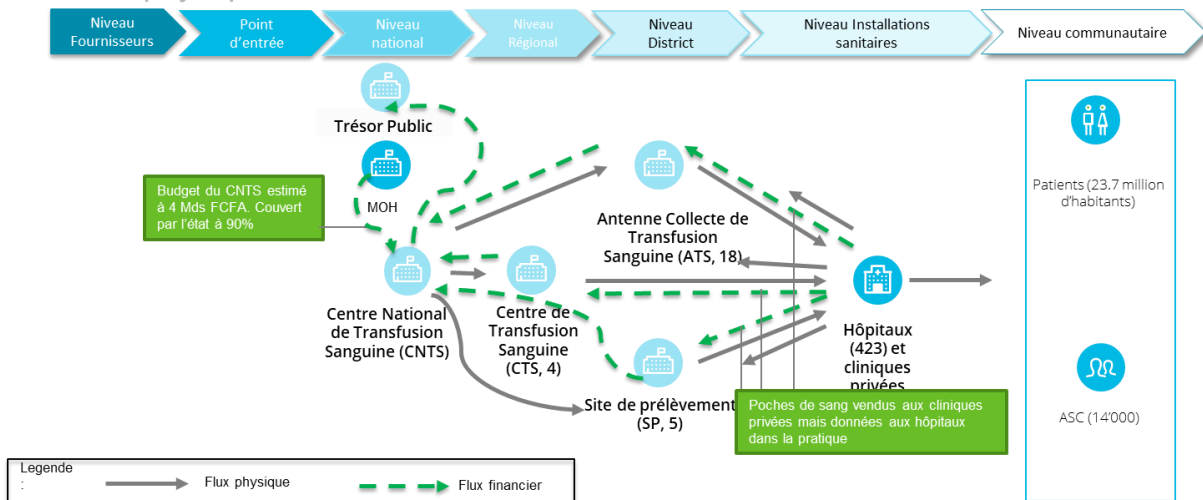
Figure 8 : flux physique et information de la chaîne des produits sanguins

Flux financier

Les poches de sang sont vendues aux cliniques privées mais dans la pratique sont données aux hôpitaux. Les patients des cliniques privées paient les poches de sang au dépôt de sang avec un bon du CNTS délivré par l'hôpital. Les dépôts font les versements au CNTS et les sommes encaissées sont ensuite reversées au trésor public (voir figure 09).

Chaîne des produits sanguins

Flux physique et flux financier



13

Figure 9 : flux physique et financier de la chaîne des produits sanguins

3.2.4. La Chaîne des produits laboratoire

Plusieurs chaînes d'approvisionnement sont disponibles pour les intrants stratégiques de laboratoire :

- La NPSP qui est la centrale nationale où passent les commandes de tous les programmes en collaboration avec l'Etat et les partenaires de mise en œuvre (PMO),
- La chaîne d'approvisionnement en produits sanguins (poches de sang, réactifs et consommables) au niveau du CNTS.
- RETROCI avec les commandes de réactifs de charge virale pour les plateformes fermées.
- OPPERA avec les commandes des réactifs de charge virale pour les plateformes ouvertes.
- PACCI pour les commandes de réactifs et produits spécifiques destinés pour les projets de recherche opérationnelle.
- CHU (Ex : CeDres) pour les commandes des produits destinés à la prise en charge des patients qui ne sont pas les programmes de prise en charge.

L'ensemble est relativement fragmenté (voir figure 10 ci-dessous) :

La Chaîne des produits laboratoire

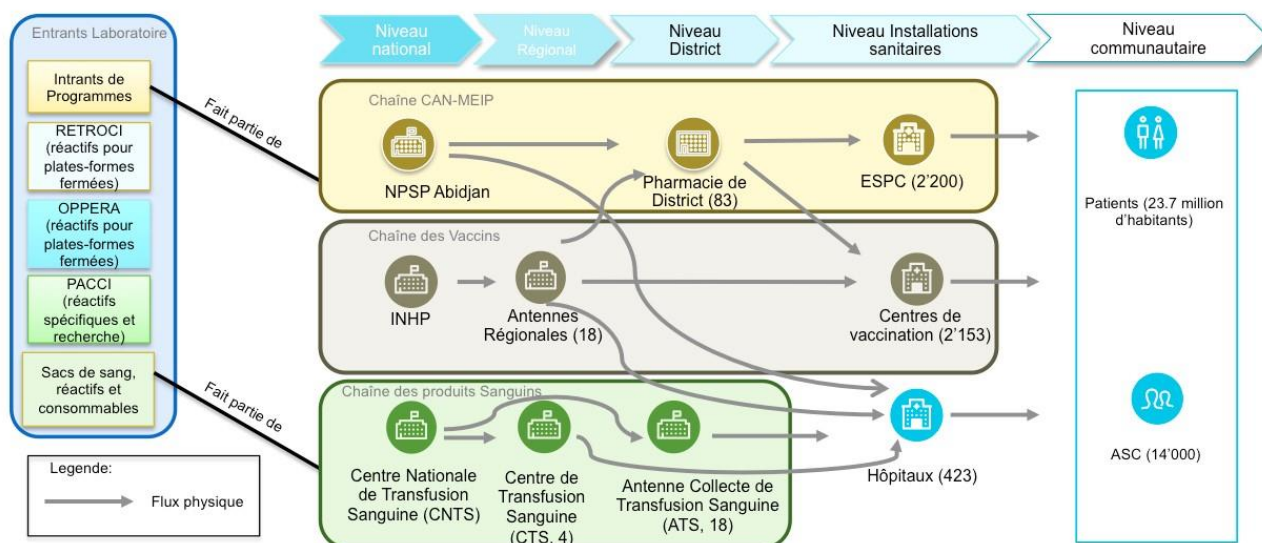


Figure 10 : flux physique de la chaîne des produits laboratoire

3.3. Chaîne CAN_MEIP : Représentation des constituants : technologies, infrastructures, finance

Voici les quelques informations que nous avons pu obtenir des différents rapports sur ces constituants (voir aussi figure 11) :

Technologie :

- Niveau Central : Gestion de stocks par SAGE 1000 au niveau de l'NPSP,
- Niveau Central : Réquisitions des Districts et consommations & niveau des stocks Districts reçu par ESIGL,
- Niveau District : Compilation manuelle des rapports mensuels des ESPC,
- Niveau District : Quelques processus électroniques improvisés (tableurs Excel, logiciels développés localement),
- Niveau ESPC : Large variation dans les processus de gestion des stocks. Tous les processus de gestion de stocks sont basés sur papier. Aucune visibilité en temps réel des données de ce niveau.

Infrastructures :

- Niveau Central : 10'000m² en interne, dont 6'500m² climatisés et 2'271m² en externe. 26 palettes en chambre froide, +/- 20% loué à des entrepôts privés.

Finance :

- Le coût total de la chaîne d'approvisionnement est estimé à env. 16 Mds FCFA.
- Le stockage et les RH comptent pour > 75% des dépenses logistiques de la chaîne d'approvisionnement.
- Coûts de la chaîne selon figure 11 ci-dessous :

- 7.4 mds FCFA au niveau central. Les postes de dépenses les plus importants sont :
 - ✦ le stockage (env. 33%)
 - ✦ les ressources humaines à la NPSP (env. 33%)
 - ✦ le reste (env. 33%)
- 3.9 Mds FCFA au niveau District (75%-80% de ce montant est en ressources humaines)
- 4.3 Mrd FCFA au niveau ESPC (75%-80% de ce montant est en ressources humaines)

Chaîne CAN-MEIP

Technologie, Infrastructures, Finance

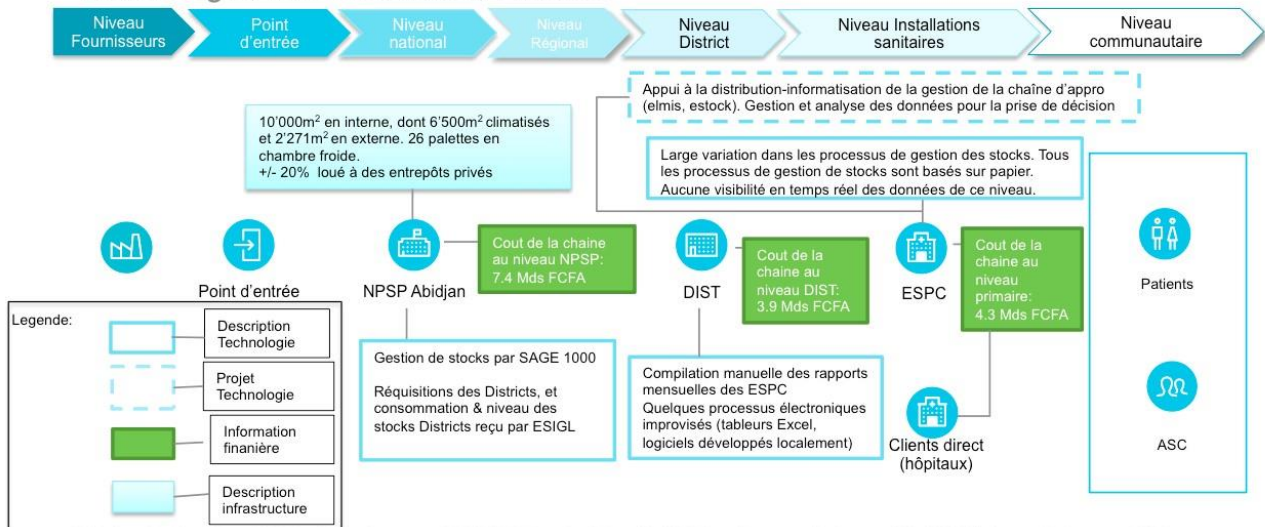


Figure 11: Chaîne CAN-MEIP : Technologie, Infrastructures, Finance

3.4. Représentation des objectifs de la PNSCA et des projets en cours

Le tableau ci-dessous montre les objectifs du PNSCA et leur place dans la chaîne d'approvisionnement :

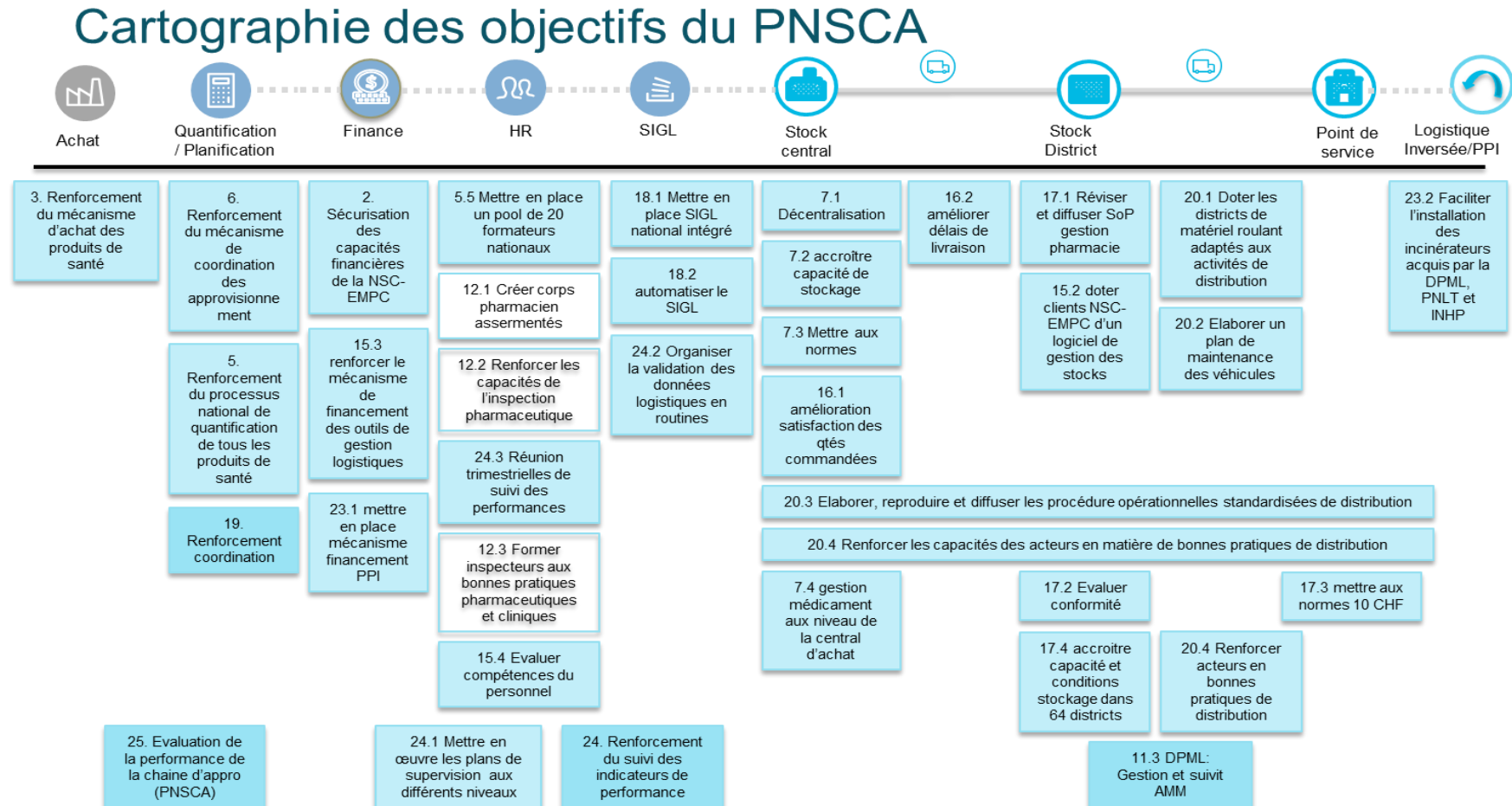


Figure 12 : Objectifs de la PNSCA

Cartographie des appuis : Le tableau ci-dessous est une représentation graphique des différents projets et mesures d'appui en cours.

Partenaires	Fonction dans la chaîne d'approvisionnement						
	Gestion des données	Quantification / prévision	Gestion des stocks	Entreposage	Distribution	RH	Finance
USAID	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour du SIGL 		<ul style="list-style-type: none"> Pilote e-stock dans 35% des districts 	<ul style="list-style-type: none"> Réhabilitation + chambre froide 	<ul style="list-style-type: none"> Pilote de distribution dernier km avec logistique inversée 		
UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> Formation de gestionnaires de pharmacies sur le SIGL Collecte et validation semestrielle des données 				<ul style="list-style-type: none"> Procédures de distribution des produits SR/PF jusqu'au dernier Km 		
UNICEF		<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour semestrielle du plan d'approvisionnement 		<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités de stockage des intrants nutrition 			
Banque Mondiale	<ul style="list-style-type: none"> Manuel SIGL intégré Automatisation 	<ul style="list-style-type: none"> Appui aux réunions de coordination du CNAM 		<ul style="list-style-type: none"> Equiper les espaces de stockage de 9 pharmacies Equiper les espaces de stockage de 575 ESP et 26 hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> Appui transport Modèle de distribution dans 2 zones + partenariat privé-public 	<ul style="list-style-type: none"> Former 15 formateurs en Chaîne d'appro Module gestion des stocks formation pharmacie Module formation des métiers de la chaîne d'appro 	

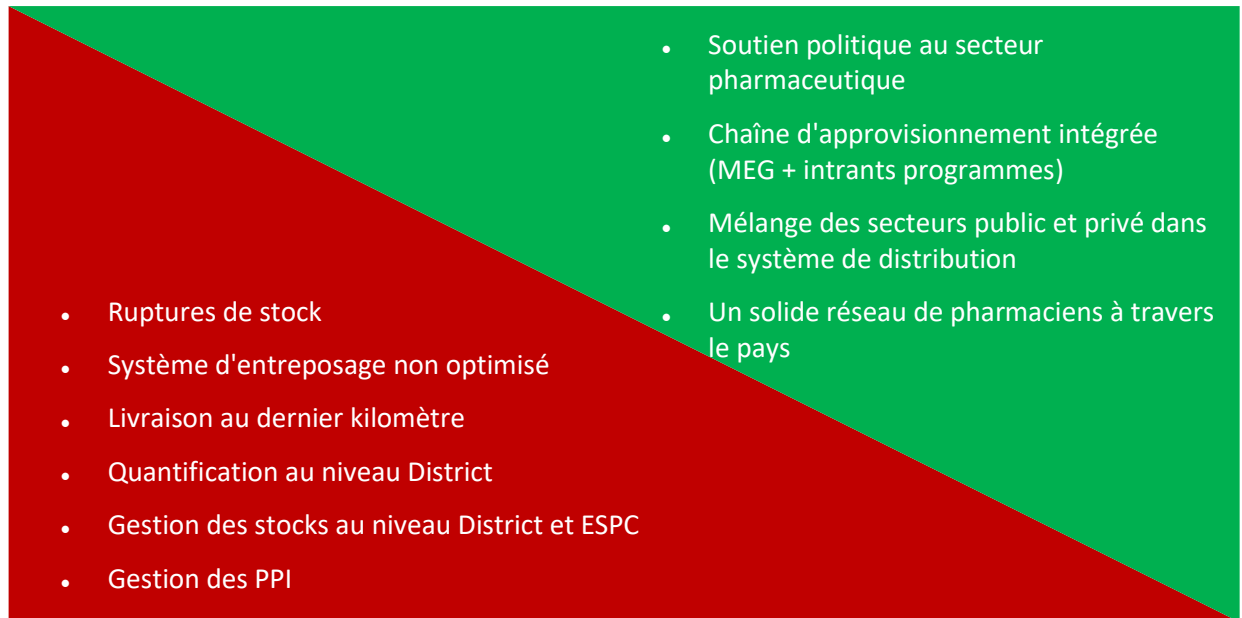
Figure 13: Cartographie des appuis

Partenaires	Fonction dans la chaîne d'approvisionnement						
	Gestion des données	Quantification / prévision	Gestion des stocks	Entreposage	Distribution	RH	Finance
AFD/C2D			<ul style="list-style-type: none"> Gestion des PPI 	<ul style="list-style-type: none"> Contribution à la construction de Bouaké Réhabilitation NSC-EMPC Construction de 8 pharmacies de districts 			<ul style="list-style-type: none"> Etudes sur la structuration des prix
OMS	<ul style="list-style-type: none"> OMS Collecte de données dans hôpitaux 						
GAVI				<ul style="list-style-type: none"> 4 chambres froides régionales 			
TGF	<ul style="list-style-type: none"> Reproduction d'outils de gestion pharmaceutique 		<ul style="list-style-type: none"> Logiciel de stock dans 21 DS et 05 DRS 		<ul style="list-style-type: none"> Achat de 57 fourgonnettes 		<ul style="list-style-type: none"> Lump sum disponible pour renforcement de la chaîne d'approvisionnement de 2'790'151 Eur

4. Analyse de la chaîne d'approvisionnement

4.1. Identification des points forts et points clés à renforcer

Description des principaux atouts et problèmes identifiés



Les principaux atouts de la chaîne d'approvisionnement principale

i. Soutien politique au secteur pharmaceutique

Des programmes et directives dédiées à une bonne gestion pharmaceutique

- Un Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique (PNDAP)
- Une Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements en Médicaments essentiels et produits de santé stratégiques (CN-CAM)
- Un Plan National Stratégique de la Chaîne d'Approvisionnement (PNSCA)

ii. Chaîne d'approvisionnement intégrée :

Une seule entité pour une myriade de produits :

- Les Médicaments Essentiels Génériques,
- Les médicaments pour prévenir les infections opportunistes (IO),
- Antirétroviraux (ARV), médicaments antituberculeux (TB), antipaludiques (ACT),
- Les équipements médicaux.

iii. Mélange des secteurs public et privé dans le système de distribution

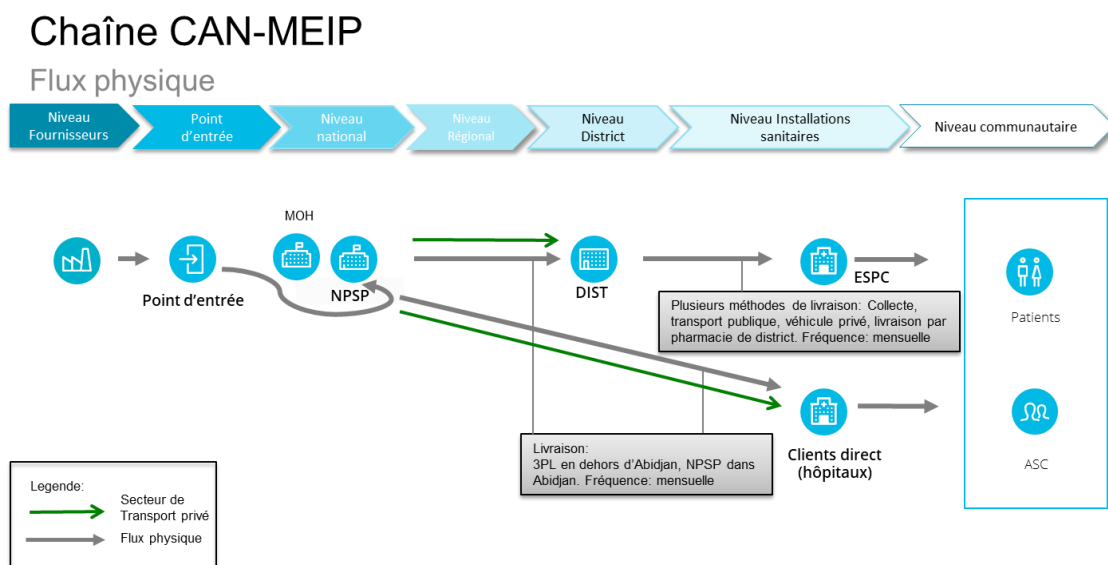


Figure 14 : Secteurs public et privé dans le système de distribution

iv. Un solide réseau de pharmaciens à travers le pays Du

niveau Central à chaque District :

- Les pharmaciens sont les yeux et les bras d'une pyramide pharmaceutique efficace,
- Ils doivent être formés à tous les outils améliorant la chaîne d'approvisionnement existante.

4.2. Analyse du modèle de maturité

Présentation :

Le modèle de maturité du Fonds mondial est un outil Excel qui analyse 20 dimensions des chaînes d'approvisionnement à des fins de diagnostic. Il permet aussi de mesurer les forces et faiblesses par sous-catégories de ces dimensions, ce qui donne une vue plus ciblée selon les forces ou problèmes rencontrés.

Nous allons présenter les résultats par catégorie du modèle de maturité et par niveau de la chaîne d'approvisionnement (Central et District) pour la Chaîne d'Approvisionnement Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Programmes (CAN-MEIP).

Nous allons ensuite montrer le lien entre ces résultats, les faiblesses identifiées et les projets qui sont décrits dans le chapitre 5 du rapport (Description des projets).

Nous présenterons les résultats complets de la CAN-MEIP et des évaluations effectuées sur les chaînes d'approvisionnement du Sang et du Programme Elargi de Vaccination (PEV) en Annexe.

Les notes sont données selon les catégories, intervalles et couleurs comme définis ci-dessous :

OR	ARGENT	BRONZE	CANVAS
4	3 – 3.9	2 – 2.9	1 – 1.9

Le modèle du Fonds Mondial retient ensuite la note la plus basse pour chaque dimension lorsqu'il s'agit de présenter les résultats consolidés par catégorie.

Les principales forces relevées de la chaîne d'approvisionnement en Côte d'Ivoire sont :

- L'existence d'un Plan national stratégique de la chaîne d'approvisionnement (PNSCA) qui prend en compte tous les médicaments essentiels et les produits de santé stratégiques, et avec lequel nous établissons un lien sur les composantes essentielles de la chaîne d'approvisionnement.
- Le Programme élargi de vaccination (PEV), qui dispose également d'un plan stratégique spécifique (Plan Pluriannuel PPAC) et sa chaîne d'approvisionnement verticale, qui est généralement plus efficace que les autres.
- La création d'une Commission Nationale de Coordination des Approvisionnements en Médicaments et Consommables Stratégiques (CNCAM) qui assure non seulement le suivi trimestriel des plans d'approvisionnement au niveau central par ses comités techniques, mais aussi l'analyse mensuelle des stocks de médicaments au niveau régional jusqu'à la périphérie.
- L'externalisation de la distribution des médicaments NPSP à ses clients directs à l'intérieur du pays avec une évaluation régulière des prestataires de services (mesure du taux de dommages logistiques).

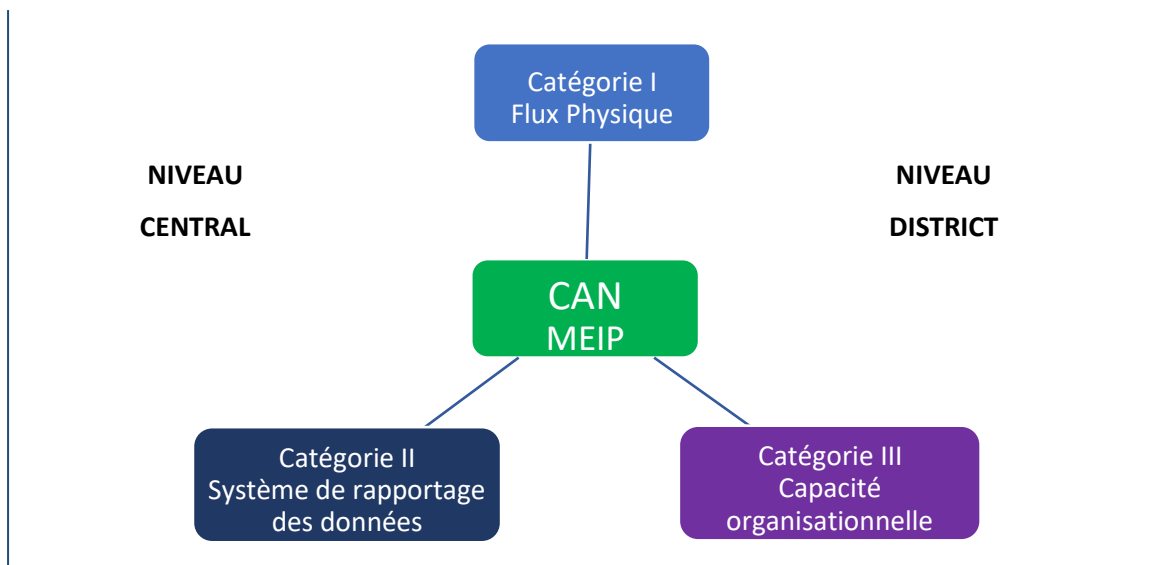
Limitations :

Il est à noter certaines limitations qui ont eu un impact déterminant sur les résultats présentés.

1. L'équipe STPH a reçu du Fonds Mondial l'outil en anglais, et a dû le traduire sur le temps alloué à la mission en Côte d'Ivoire.
2. L'équipe STPH n'a pas pu visiter tous les lieux souhaités et ont été limités à la visite de 3 Districts dans la Région de Bouaké.
3. Les évaluations ont été faites dans le cadre de visites et d'entretiens avec les autorités de chaque entité visitée. Les notes ont été collectées par les consultants mais les niveaux de maturité ont été majoritairement donnés par les personnes interviewées après propositions des consultants. Cela donne une transparence totale à l'évaluation mais n'autorise pas nécessairement l'objectivité nécessaire à une évaluation extérieure.

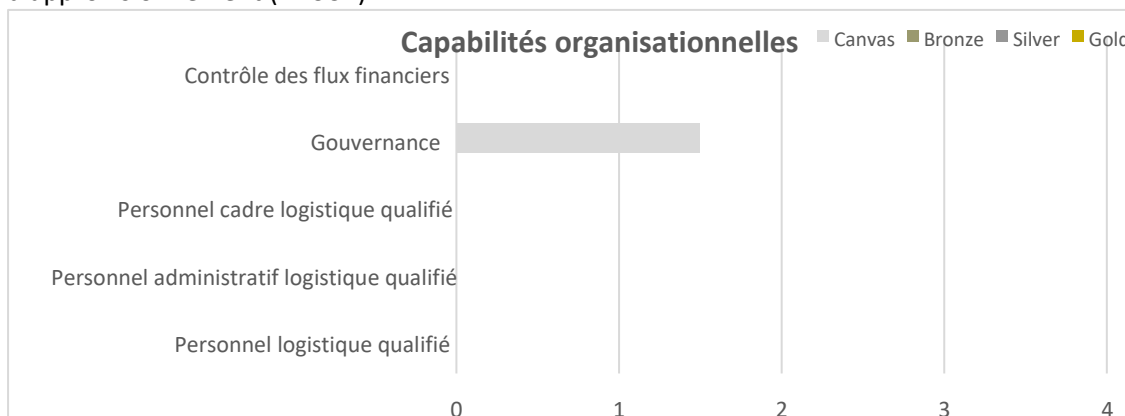
Evaluation de la Chaîne d'Approvisionnement Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Programmes (CAN-MEIP) :

Nous allons reporter les dimensions et sous-dimensions respectives à chaque catégorie du modèle de maturité.



On peut voir d'après les résultats illustrés ci-dessous qu'il y a certaines incohérences, et nous allons corrélérer dans la mesure du possible ces résultats avec l'analyse faite à partir des rapports existants et des discussions avec les Partenaires, afin de pallier ces lacunes.

En ce qui concerne la catégorie 'Capacité organisationnelle', les informations fournies sont très limitées pour le niveau National (voir graphe ci-dessous) et aucune information n'a été fournie pour le niveau District. Relevons cependant que la Stratégie de la chaîne d'approvisionnement avait été notée Argent (voir Annexes) grâce à l'existence du Plan national stratégique de la chaîne d'approvisionnement (PNSCA).

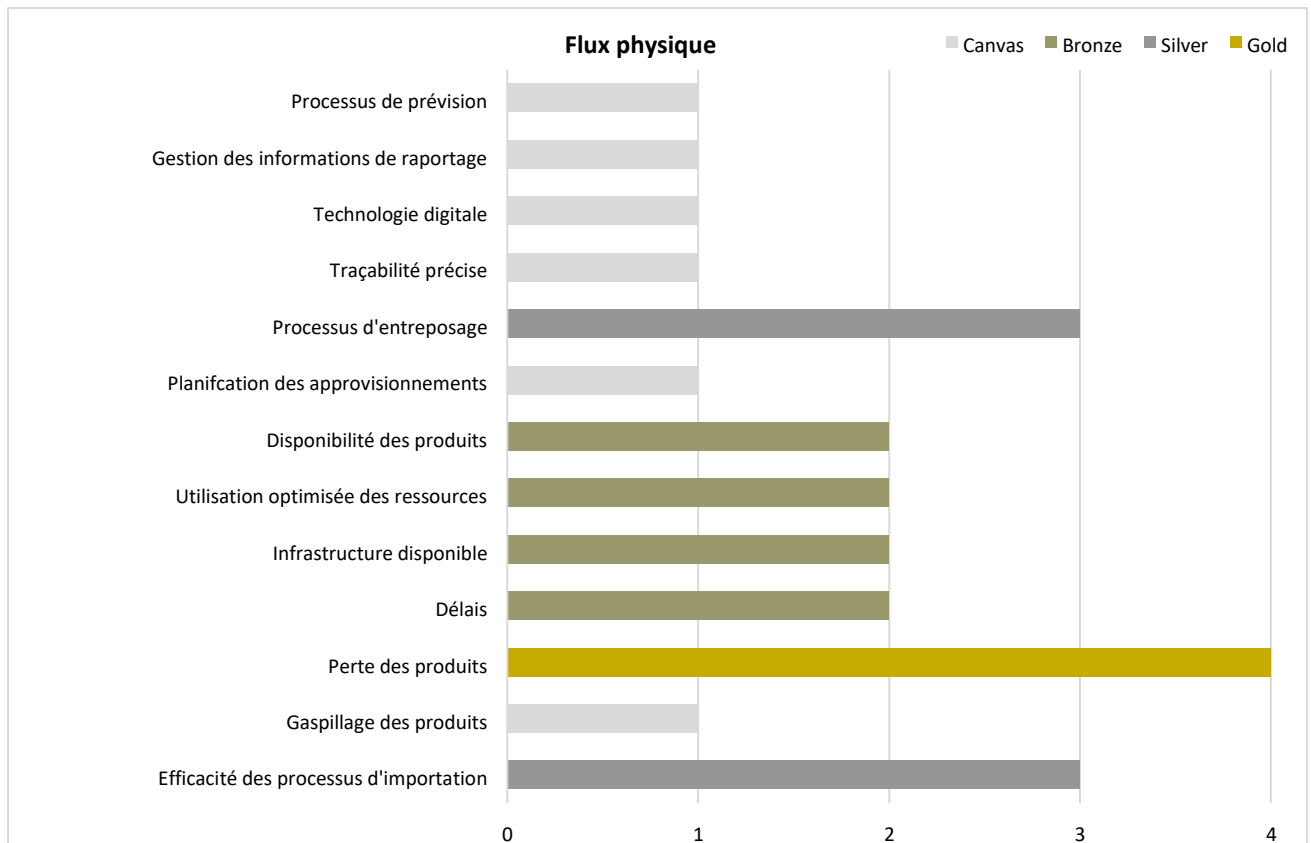


Nous allons reprendre les problèmes clés identifiés lors de l'analyse documentaire, les corrélérer avec les données reportées par le modèle de maturité et montrer le lien avec les projets proposés.

Le graphe suivant représente la catégorie 'Flux Physique' pour la Chaîne d'Approvisionnement Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Programmes (CAN-MEIP) et va renseigner essentiellement les lacunes identifiées au niveau de la disponibilité des produits, l'entreposage et la gestion des stocks, ainsi que la gestion des produits inutilisables.

Voici les résultats consolidés pour le niveau Central, les détails des sous-dimensions pouvant être consultés en annexe.

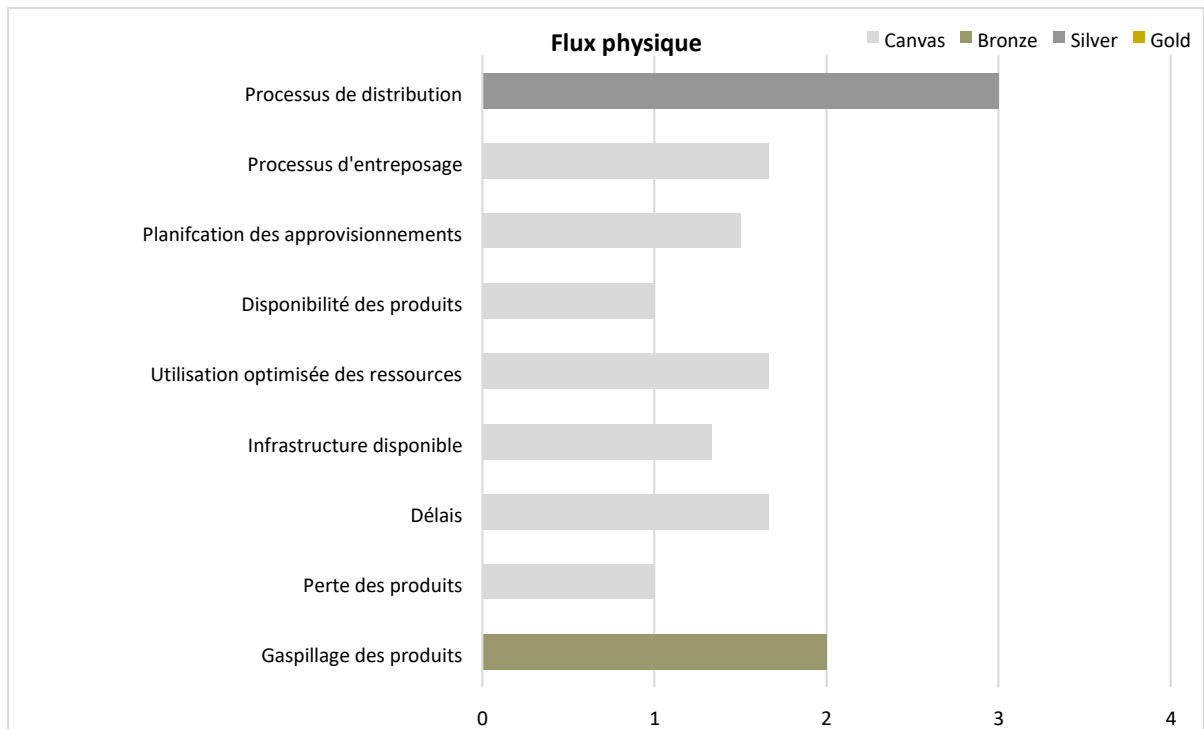
Au niveau Central



Le niveau Or attribué à la perte des produits peut sembler surprenant au vu des rapports alarmants concernant la gestion des produits périmés, mais il s'agit dans cette dimension de noter la perte de produits due au vol et autre perte qu'expirés ou endommagés.

Voici les résultats consolidés pour le niveau District, les détails des sous-dimensions pouvant être consultés en annexe.

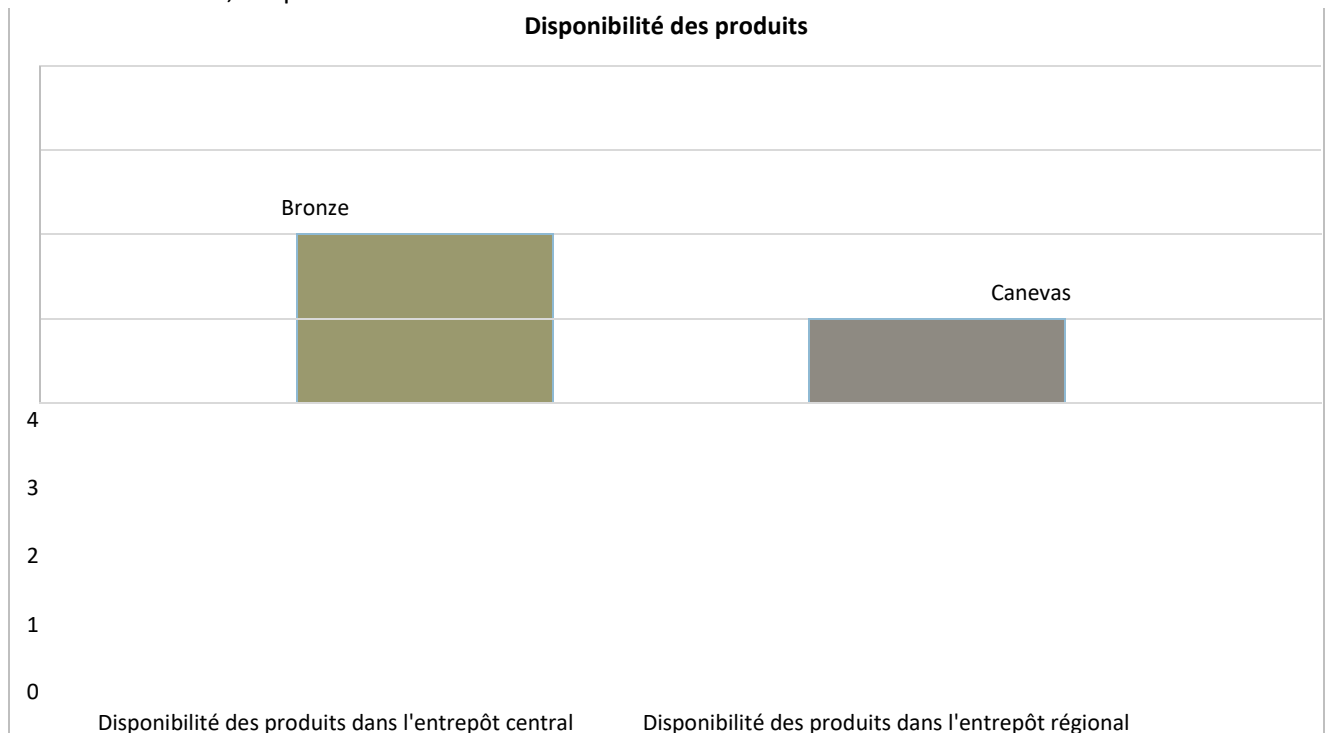
Au niveau District



Prenez les points clés à renforcer pour chaque niveau.

1. Ruptures de stock

Si nous prenons le problème des ruptures de stock, l'analyse du modèle de maturité montre que la disponibilité des produits est faible au niveau Central et District, les deux niveaux ayant été notées Bronze et Canevas, ce qui est très insuffisant.



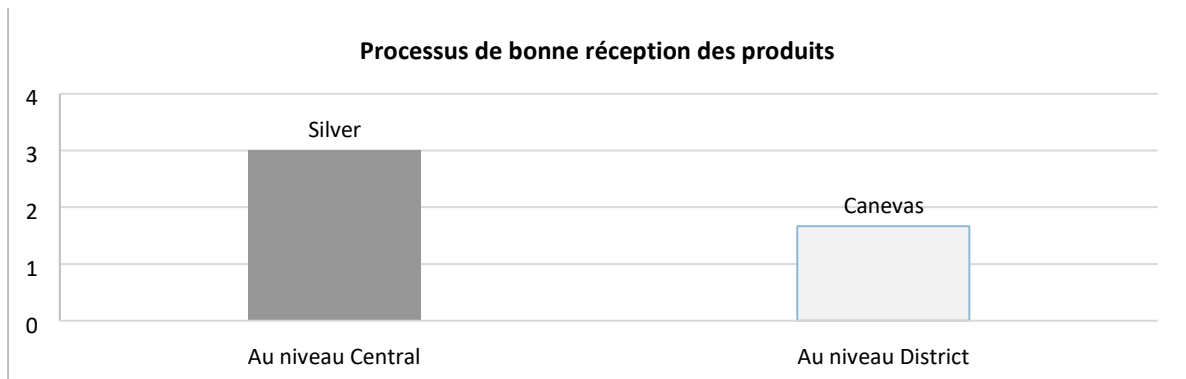
Il est à noter que la disponibilité des produits au niveau des structures sanitaires n'a été renseignée à aucun des niveaux.

Le lien entre ces résultats, les lacunes identifiées et les projets proposés est illustré ci-dessous :

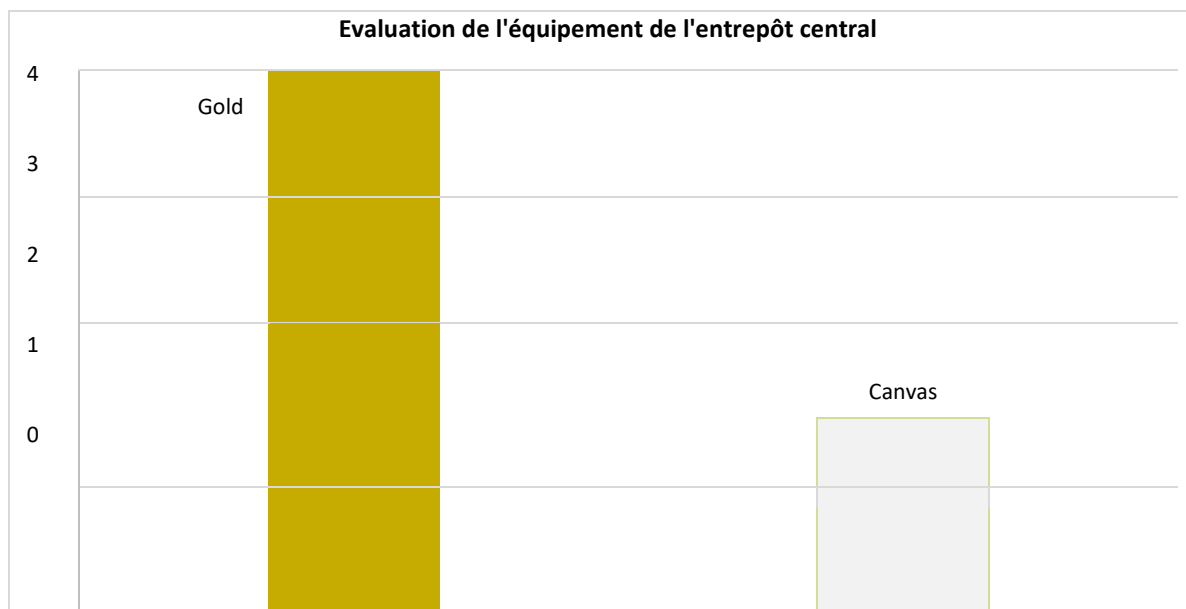
Dimension	Lacunes identifiées	Projets proposés
Dimension 7 : Disponibilité des produits	Ruptures de stock	<p>Projet A : Mettre à l'échelle le modèle de distribution pour le 'dernier kilomètre' de la chaîne d'approvisionnement principale (projet pilote déjà en cours)</p> <p>Projet B1 : Amélioration de la gestion des stocks et des inventaires au niveau des ESPC</p> <p>Projet C : Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions au niveau région et district</p> <p>Projet E : Améliorer le modèle financier pour pérenniser la chaîne d'approvisionnement</p>
Résultats attendus		
<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la gestion des stocks et des inventaires aux niveaux périphériques • Amélioration du système de stockage a tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnements • Une visibilité consolidée des stocks à travers le pays • Une révision des capacités de stockage nécessaires pour chaque district • Un réseau de stockage distribution plus efficace 		

2. Système d'entreposage non optimisé et gestion des stocks au niveau District et ESPC

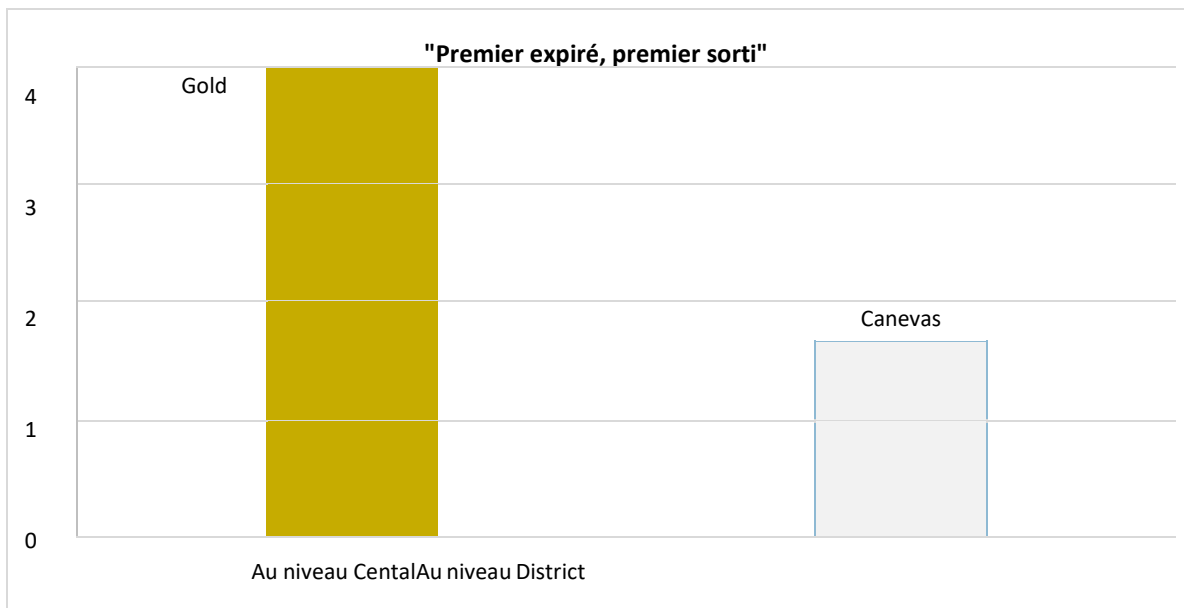
L'analyse du modèle de maturité montre que le processus de bonne réception des produits est correct au niveau Central mais faible au niveau District. La conception du réseau de l'infrastructure est notée Bronze au niveau National.



Pour ce qui est de l'évaluation des infrastructures d'entreposage, le niveau Central est noté Or tandis que le niveau District est noté Canevas. La note au niveau District est confirmée par l'étude d'IHSC-TA relative à l'amélioration de la distribution jusqu'au dernier KM, qui souligne que 70% des pharmacies visitées ne disposent pas d'une surface de stockage conforme à leurs besoins.



Pour la gestion des stocks, le modèle de maturité nous montre que le système FIFO est bien appliqué au niveau Central mais pas au niveau District.

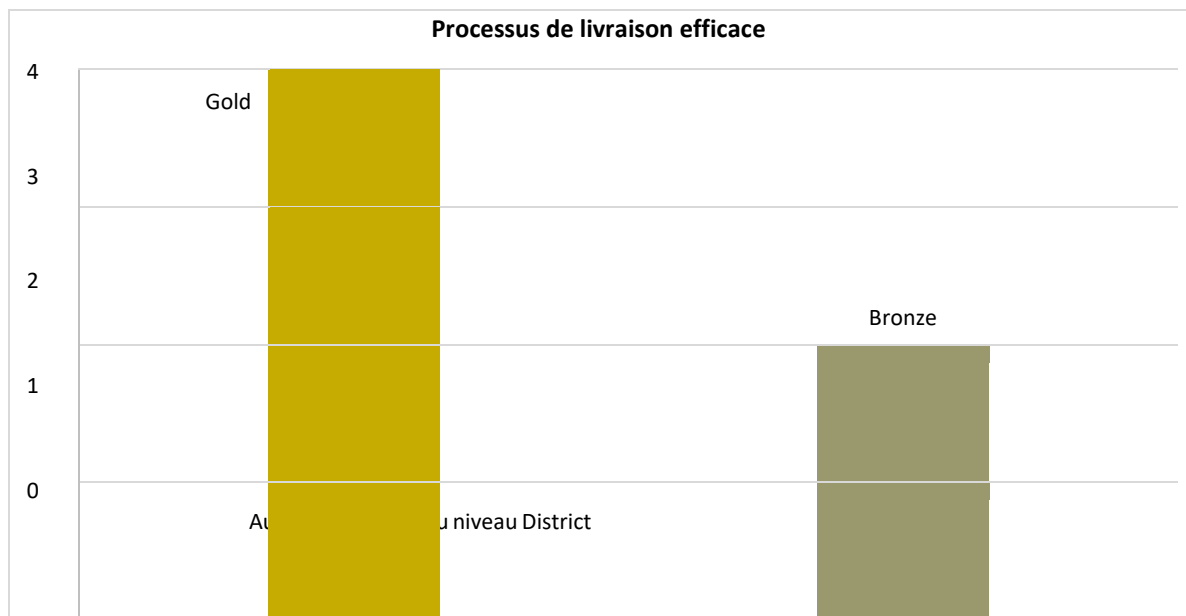


Le lien entre ces résultats, les lacunes identifiées et les projets proposés est illustré ci-dessous :

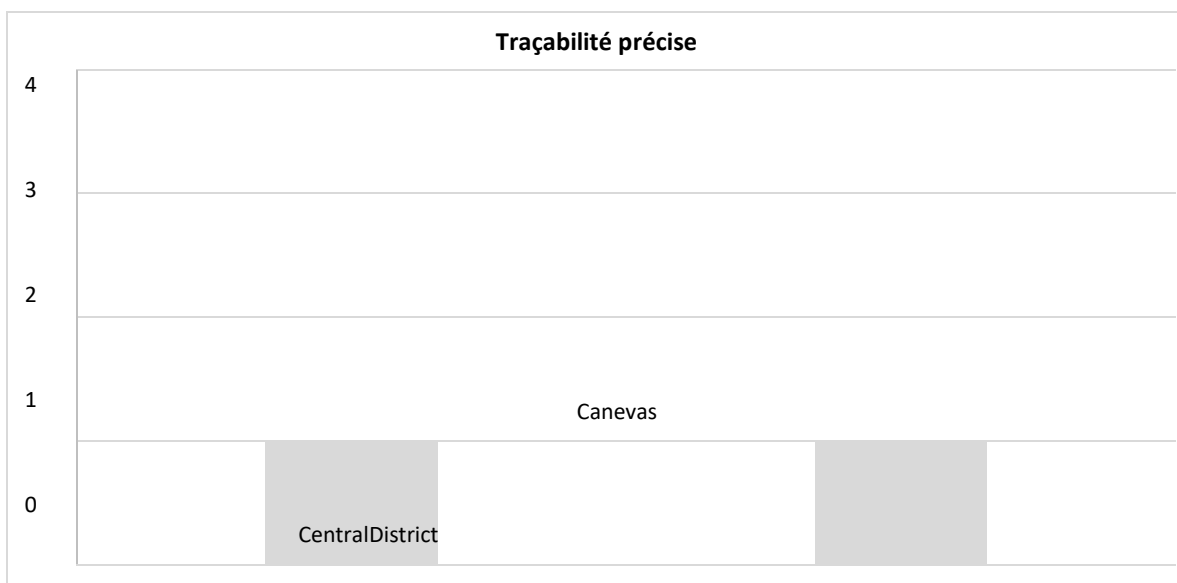
Dimension	Lacunes identifiées	Projets proposés
<p>Dimension 10 : Processus d'entreposage</p> <ul style="list-style-type: none"> Processus de bonne réception des produits Processus « premier expiré, premier sorti » Gestion des inventaires 	<ul style="list-style-type: none"> Système d'entreposage non optimisé Gestion des stocks au niveau District et ESPC 	<p>Projet A : Mettre à l'échelle le modèle de distribution pour le 'dernier kilomètre' de la chaîne d'approvisionnement principale (projet pilote déjà en cours)</p> <p>Projet B1 : Amélioration de la gestion des stocks et des inventaires au niveau des ESPC</p> <p>Projet B2 : Projet de réforme de la chaîne de stockage et distribution</p> <p>Projet C : Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions au niveau région et district</p> <p>Projet E : Améliorer le modèle financier pour pérenniser la chaîne d'approvisionnement</p>
Résultats attendus		
<ul style="list-style-type: none"> Amélioration du système d'entreposage Optimisation des surfaces de stockage au niveau des Districts et ESPCs Une visibilité consolidée des stocks à travers le pays Réseau de stockage et de distribution plus efficace Amélioration des niveaux d'inventaire 		

3. Livraison au dernier kilomètre

L'analyse du modèle de maturité montre que le processus de livraison efficace est noté au maximum au niveau Central et qu'il est estimé à Bronze au niveau District. Cela corrobore partiellement notre analyse documentaire, montrant que pour plus de la moitié des ESPC les livraisons ne sont pas assurées par les moyens de transport des Districts. En effet, il est constaté au cours de l'évaluation au dernier kilomètre réalisée par IHSC-TA que la présence d'un véhicule logistique au district ne garantit pas la livraison des produits aux ESPC⁷, exposant les produits à des risques de perte (casses, avaries, vols, rupture de la chaîne de froid...). Le personnel de ces ESPC est aussi détourné des activités de soins durant ces approvisionnements en produits pharmaceutiques, réduisant ainsi leur capacité à soigner les patients. Il est donc urgent et critique de pallier cette lacune.



⁷ Etude IHSC-TA sur le dernier Km, 28% des ESPC collecte les produits par eux-même par vélo, 31% par transport public.



En ce qui concerne le niveau de traçabilité, nous pouvons voir qu'il est très faible au niveau du pays.

Le lien entre ces résultats, les lacunes identifiées et les projets proposés est illustré ci-dessous :

Dimension	Lacune identifiée	Projets proposés
Dimension 11 : Processus de distribution <ul style="list-style-type: none"> Processus de livraison efficace 	<ul style="list-style-type: none"> Livraison au dernier kilomètre non-assumée 	Projet A : Mettre à l'échelle le modèle de distribution pour le 'dernier kilomètre' de la chaîne d'approvisionnement principale (projet pilote déjà en cours)

<p>Dimension 12 : Traçabilité précise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traçage des mouvements de stock et des expéditions • Utilisation de code barre • Suivi des ICP au niveau central 	<p>par les Districts</p>	<p>Projet E : Améliorer le modèle financier pour pérenniser la chaîne d’approvisionnement</p>
Résultats attendus		
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la livraison entre les districts et les ESPC • Assurer la disponibilité des médicaments aux niveaux ESPC et ASC 		

4. Gestion des PPI

La gestion des déchets de l’entrepôt central au patient est notée Bronze aux deux niveaux, il y a donc une cohérence dans la perception du problème de gestion des déchets. Il est cependant plus alarmant de constater que les personnes interrogées au niveau District considèrent les pertes d’intrants constatées entre l’entrepôt central et le patient comme étant au niveau Gold. Nous ne pouvons pas donner foi à cette perception car il est largement documenté que cela constitue un problème majeur au niveau national, tout au long de la chaîne d’approvisionnement.

Malgré des efforts soutenus et remarquables, la gestion des déchets de l’activité de soins est complètement sous financée. Le plan national de gestion des déchets médicaux 2016-2020 prévoit un budget de 19 Mds FCFA sur la période de 5 ans.

Les besoins estimés pour la mise en œuvre du plan national de gestion des déchets médicaux (PNGDS) 2009-2011 étaient de 7 583 220 970 F CFA. De 2009 à 2015, les ressources mobilisées au niveau central pour les activités de gestion des déchets sanitaires étaient estimées à 1 307 633 346 FCFA, représentant seulement 17,24% des ressources attendues. Le Trésor Public a contribué seulement pour 8% et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour 92% (Source : PNGDS 2016-2020).

Au niveau national, deux indicateurs sont identifiés pour mesurer les déchets de produits, à savoir le taux de produits obsolètes et le taux de produits pharmaceutiques inutilisables, respectivement les codes PNDAP_02 et PNDAP_19 dans l’édition 2015 du dictionnaire national des indicateurs de santé. Malgré cela, le processus lié à la production de PPI n’est pas surveillé efficacement. En effet, la quantité de PPI produits au cours d’une période est indiquée ponctuellement dans le rapport de commande. Mais l’information sur le volume, la valeur et le poids des PPI n’est pas connue de façon routinière. La DPML, l’entité nationale responsable de la gestion des PPI, n’est pas informée et/ou ne surveille pas systématiquement la production des PPI. En outre, la logistique inverse n’est pas prévue pour la livraison de routine des PPI au niveau central. A l’exception du PNSP et du PNLT, la couverture des produits de santé n’est pas calculée à tous les niveaux. Une étude récente menée par l’IHSCTA au niveau national a évalué le poids des PPI dans l’ensemble du système. La question de la

collecte, du transport, du stockage et de la destruction de ces produits est d'actualité. Au-delà de l'objectif de destruction des PPI actuellement stockés, un système plus efficace devrait être mis en place pour assurer le suivi de routine et la réduction de la production de PPI. Ce système devrait favoriser la centralisation de l'information relative à la production des PPI au niveau de la DPML et le suivi du calcul de la couverture des produits de santé.

Le lien entre ces résultats, les lacunes identifiées et les projets proposés est illustré ci-dessous :

Dimension	Lacune identifiée	Projets proposés
<p>Dimension 2 : Processus d'entreposage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les pertes d'intrants constatées entre l'entrepôt central et le patient (expiration + endommagés) • Gestion des déchets de l'entrepôt central au patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des PPI 	<p>Projet B1 : Amélioration de la gestion des stocks et des inventaires au niveau des ESPC</p> <p>Projet C : Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions aux niveaux des régions et districts</p> <p>Projet D1 : Centralisation et destruction des PPI</p> <p>Projet D2 : Renforcement du projet en cours IHSC-TA : système de logistique inversée pour les PPI : financement de la collecte et destruction des PPI</p> <p>Projet E : Améliorer le modèle financier pour pérenniser la chaîne d'approvisionnement</p>
Résultats attendus		
<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la gestion des PPI : réduction et élimination des PPI • Réduction de la quantité de médicaments expirés • Initier la destruction des PPI accumulés • Consolider les ressources financières pour s'assurer que la destruction se poursuivra jusqu'à la fin (projet de 3 ans) • Assurer un système pérenne pour la collecte et le transport des PPI des niveaux périphériques jusqu'au niveau de destruction centralisé 		

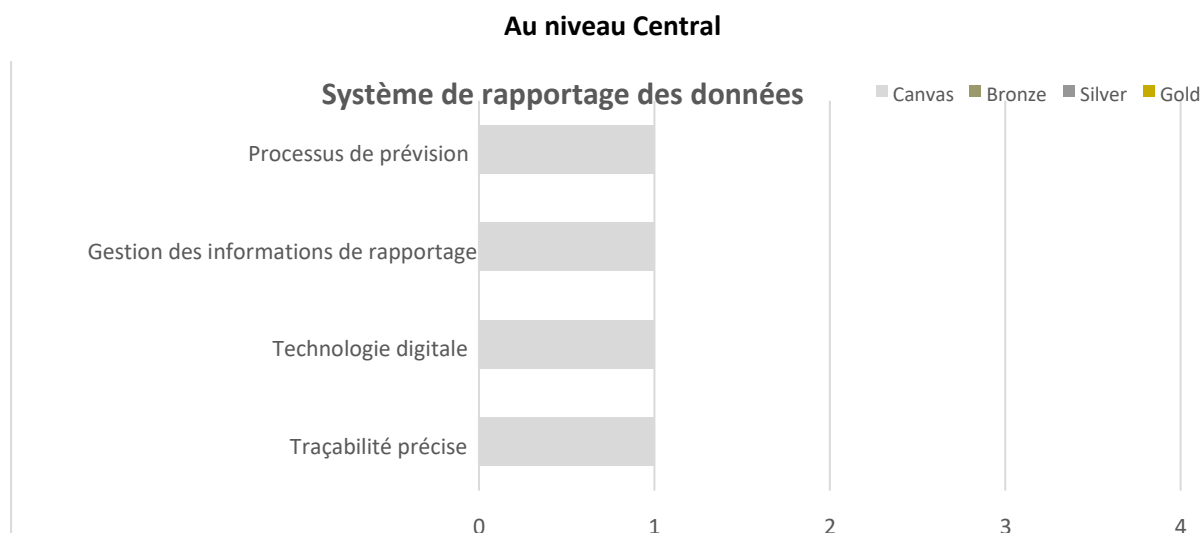
Le deuxième graphe représente la catégorie 'Système de rapportage des données' pour la Chaîne d'Approvisionnement Nationale des Médicaments Essentiels et Intrants de Programmes (CAN-MEIP) et va renseigner essentiellement les lacunes identifiées au niveau de la prévision des besoins, à l'exception de la dimension 'Traçabilité précise' qui apportait des informations sur le flux physique.

Toutes les dimensions sont notées Canevas, c'est-à-dire un niveau très insuffisant, et la dimension sur le processus de prévision n'est même pas notée au niveau District. Cela confirme une lacune critique dans le système d'approvisionnement du médicament, car si les processus de prévisions

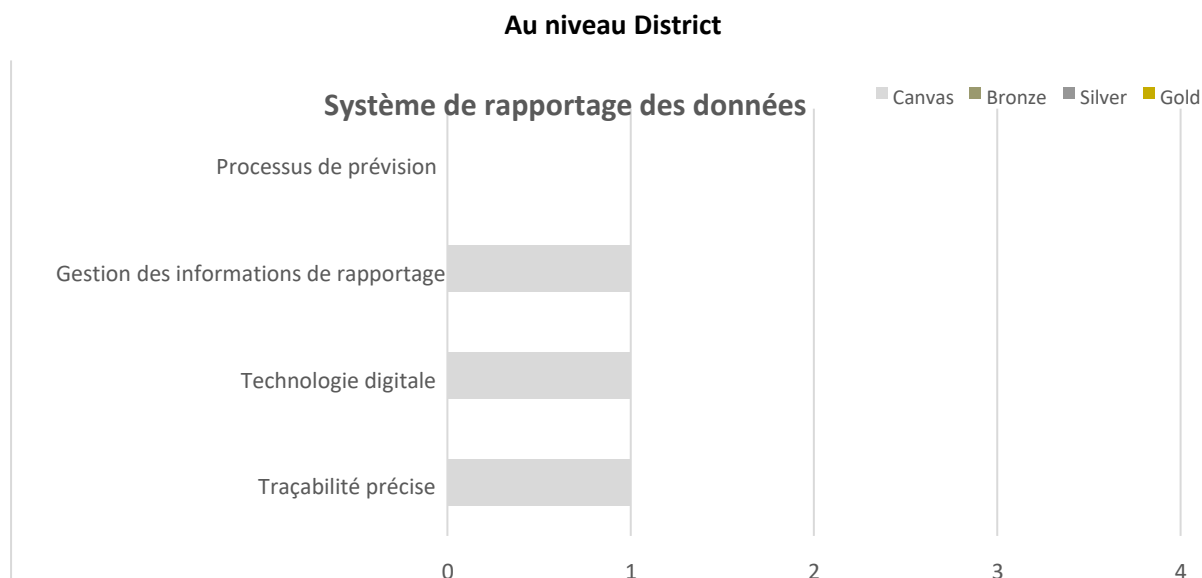
sont faibles cela assure une mauvaise quantification des besoins, qui entraîne des conséquences importantes sur la disponibilité des produits.

Nous espérons que le projet lié à la Quantification pourra remédier à cette lacune et renforcer les capacités du personnel concerné au niveau périphérique.

Voici les résultats consolidés pour le niveau Central, les détails des sous-dimensions pouvant être consultés en annexe.

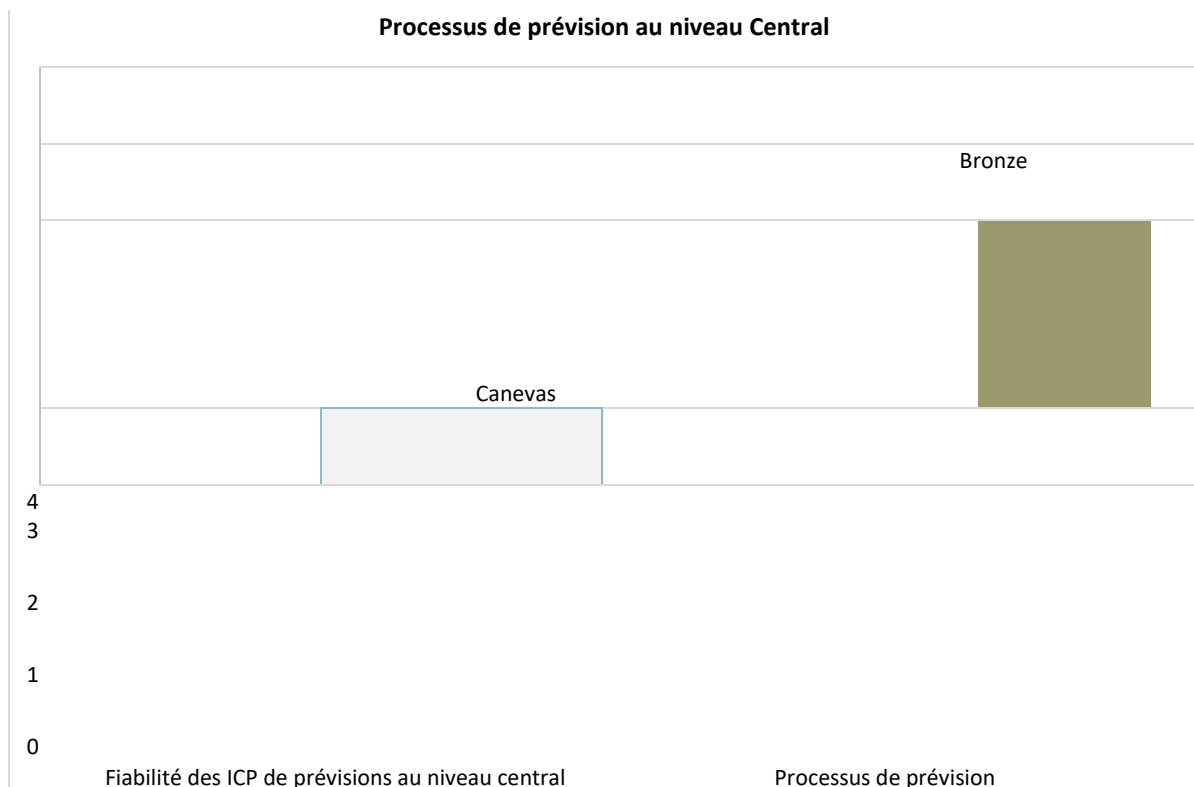


Voici les résultats consolidés pour le niveau District, les détails des sous-dimensions pouvant être consultés en annexe.



5. Quantification au niveau District

Le processus de prévision est noté bronze au niveau Central alors que la fiabilité des indicateurs de performance sur ces prévisions est noté canevas. Cette dimension n'a pas été notée au niveau District, il y a donc une faiblesse importante dans le processus de quantification et de prévision des besoins tout au long de la chaîne d'approvisionnement.



Le niveau Bronze au niveau Central peut être expliqué du fait qu'il y ait un réel processus de prévision par programme national, l'accent devra donc être porté sur la quantification au niveau des régions et districts.

Ci-dessous est présenté un récapitulatif des méthodes utilisées par programme au niveau central.

Programme	Données et méthode utilisées	Outils utilisés
PNLS	Organisé dans le cadre d'un atelier annuel avec toutes les parties prenantes. Données de morbidité utilisées pour ARVs and IOs Collecte de données validées trimestriellement	Quantimed pour ARVs and IOs FORLAB pour les intrants Labo (Excel depuis 2014)
PNLP	Quantification sur 3 ans Revue annuelle organisée dans le cadre d'un atelier annuel avec toutes les parties prenantes Données épidémiologiques et de consommations Collecte de données validées trimestriellement	HMIS Excel
PNLT	Quantification annuelle par le programme depuis 2017 Données de dépistage (nombre de cas) pour le stock normal avec ajout d'un stock de sécurité de 6 mois. Les centres de santé quantifient leurs besoins	Guideline tool
PNSME	Quantification annuelle par un comité interne de la PNSME. Données de consommation et de distribution utilisées Réunion mensuelle avec NPSP pour le suivi des stocks	PIPELINE depuis 2014
PNN	Quantification annuelle effectuée par un comité PNN interne. Morbidity et données démographiques utilisées	

Produits recouvrables et gratuité	Quantification annuelle effectuée par l'unité d'achat NPSP. Historique des ventes et données de morbidité Suivi de l'inventaire du périmètre via eSIGL et SAGE	
--	--	--

Le lien entre ces résultats, les lacunes identifiées et les projets proposés est illustré ci-dessous :

Dimension	Lacune identifiée	Projets proposés
Dimension 15 : Processus de prévision <ul style="list-style-type: none"> • Fiabilité des ICP de prévisions au niveau central • Processus de prévision 	Quantification au niveau District	Projet C : Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions aux niveaux des régions et districts Projet E : Améliorer le modèle financier pour pérenniser la chaîne d'approvisionnement
Résultats attendus		
<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure prévision et quantification grâce à des données de consommation des ESPC consolidées au niveau du district • Amélioration de la capacité des pharmaciens aux niveaux District et Région • Amélioration des processus de quantification et prévision des besoins • Amélioration de la disponibilité des produits aux niveaux des districts et des ESPC • Efficacité accrue dans la gestion des données de consommation et de morbidité • Réduction de la quantité de médicaments expirés 		

4.3. Synthèse de l'analyse des Ressources Humaines

Les conclusions de cette synthèse sont basées sur l'évaluation faite par Swiss TPH en mai 2018, utilisant la méthodologie des cinq modules développés par USAID/ People that Deliver (voir cidessous).

Module 1 – Construire des groupes d'intérêts puissants. Les regroupements, ou parties prenantes, qui assurent le leadership technique et le plaidoyer dans le domaine de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que la gestion des ressources humaines.

Module 2 - Optimiser les politiques et les plans RH. Politiques, plans et procédures opérationnelles normalisées (PON) associés qui appuient le développement et la gestion des ressources humaines, y compris les systèmes de financement et d'information sur les ressources humaines (SIRH).

Module 3 - Développer la main-d'œuvre. Initiatives axées sur l'identification et la constitution d'une main-d'œuvre solide, y compris le recrutement, la modélisation et le perfectionnement des compétences, ainsi que la formation initiale et continue.

Module 4 - Augmenter l'efficacité de l'effectif ou la gestion du rendement. Des initiatives qui identifient et améliorent le rendement de la main-d'œuvre, y compris le maintien en poste, la supervision, le mentorat et l'encadrement, ainsi que le transfert des tâches.

Module 5 - La professionnalisation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Processus utilisé pour définir ou établir les rôles de la chaîne d'approvisionnement, ou un ensemble de responsabilités ou de compétences, en tant que profession.

Constatations relatives au Module 1 - Construire des groupes d'intérêts puissants Ces

résultats soulignent la nécessité de :

- Identifier et soutenir les champions SC-HR à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement;
- Mieux définir leurs rôles et interactions pour leur permettre d'influencer la gestion du SC-HR.
- Développer la compréhension des défis de SC-HR par le département des ressources humaines du ministère de la santé afin de faciliter les actions visant à accroître la spécialisation/professionnalisation des gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement des RH.

Constatations relatives aux politiques et aux plans de RH du Module 2

Le Département des ressources humaines de la MSHP joue un rôle central, en collaboration avec le Ministère de la fonction publique et le Ministère de l'économie, dans l'élaboration des politiques, procédures et outils applicables à la GRH de la SC. Cette direction centrale a exprimé sa volonté de mettre en œuvre les politiques, stratégies, plans et outils nécessaires à une gestion des RH axée sur la performance. Cependant, le DRH a souligné la nécessité d'un soutien technique et financier pour la conception, la validation et l'opérationnalisation des documents de gestion des RH et plus particulièrement pour la prise en compte des spécificités de la chaîne d'approvisionnement. La Direction centrale de l'éducation et de la recherche ne dispose pas de mécanisme de coordination de la formation.

Constatations relatives au Module 3 - Perfectionnement de la main-d'œuvre

De ces résultats, il ressort la nécessité de mettre en place un mécanisme de développement de la main-d'œuvre adapté aux besoins de la chaîne d'approvisionnement. Ainsi :

- Les fonctions de la chaîne d'approvisionnement devraient être décrites dans un cadre de compétences par le MSHP afin de soutenir le développement de politiques et d'outils et d'améliorer l'identification des besoins et l'allocation des ressources.
- Les rôles et responsabilités des parties prenantes impliquées dans les fonctions de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux doivent être clarifiés, ainsi que les relations entre et au sein du système de santé.
- Des politiques et procédures en matière de RH devraient être élaborées et harmonisées pour la gestion des RH de la chaîne d'approvisionnement.
- De nombreuses actions de formation sont planifiées ou réalisées mais manquent d'une stratégie de formation et les structures responsables de la coordination et de la mise en œuvre de la formation devraient être identifiées.

Constatations relatives au Module 4 - Gestion du perfectionnement de la main-d'œuvre Ces

résultats mettent en évidence la nécessité de :

- Evaluer le projet pilote FBP avant son déploiement, en s'assurant que la performance des employés de la chaîne d'approvisionnement est prise en compte : définition claire des principaux indicateurs de performance des employés de la chaîne d'approvisionnement et des mécanismes de suivi et de rapportage.

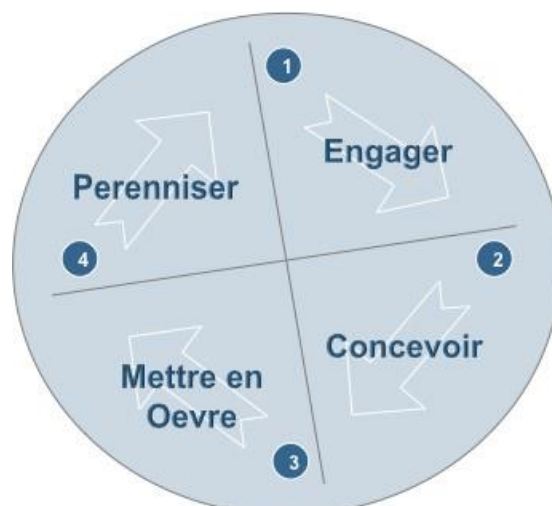
Constatations relatives au Module 5 - Professionnalisation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement

D'après les constatations précédentes, il est nécessaire de :

Contribuer à la professionnalisation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en créant un éventail de professions (spécialisation des métiers existants), un programme de formation professionnelle et en favorisant le dialogue entre les représentants des organismes professionnels afin de soutenir les intérêts de la profession.

Élaborer une stratégie de formation fondée sur des cadres de compétences, comprenant une formation préalable et en cours d'emploi, des certificats professionnels et des programmes de formation offrant un diplôme de CA en gestion.

En résumé, les ressources humaines dans la chaîne d'approvisionnement de la Côte d'Ivoire ne disposent pas de politiques et d'outils adéquats pour le développement durable des capacités. Les ambitions du pays pour renforcer la chaîne d'approvisionnement en produits de santé pourraient être limitées par une pénurie de main-d'œuvre qualifiée et motivée. Il est nécessaire d'élaborer une vision à l'appui d'une stratégie intégrée de développement des capacités en ressources humaines afin d'assurer une main-d'œuvre compétente, reconnue et soutenue dans la chaîne d'approvisionnement, dotée d'importantes capacités techniques et de gestion. Cette stratégie devrait être divisée en quatre phases : 1. Engager, 2. Concevoir, 3. Mettre en œuvre et 4. Pérenniser. (voir schéma ci-dessous).



Stratégie intégrée de développement de l'organisation

Phase 1 : Engager : Le premier axe permettrait au pays d'établir ses priorités, d'identifier un responsable de la chaîne d'approvisionnement et de déterminer l'appui que la chaîne d'approvisionnement reçoit du ministère de la Santé et d'autres ministères (finances).

Ci-dessous un guide d'activités à suivre pour la phase 1 :

Engager

1. Nommer un chef de comité directeur responsable des produits de santé du pays.
2. Clarifier le statut actuel de la chaîne d'approvisionnement
3. Clarifier les priorités du ministère de la Santé et le rôle de chef de file de la chaîne d'approvisionnement.
4. Convenir des objectifs et des priorités clés de la chaîne d'approvisionnement
5. Examiner les éléments clés du plan directeur de la chaîne d'approvisionnement
6. Mettre sur pied un groupe d'intervenants de la chaîne d'approvisionnement pour déterminer le soutien que la chaîne d'approvisionnement reçoit du ministère de la Santé.
7. Déterminer le soutien que la chaîne d'approvisionnement obtient des RH, des Finances, de la Technologie de l'information et d'autres et son alignement

Phase 2 : Concevoir : Le deuxième axe est basé sur le développement d'un plan de renforcement organisationnel pour être en mesure d'améliorer la performance et les capacités au sein de la chaîne d'approvisionnement.

Ci-dessous un guide d'activités à suivre pour la phase 2 : **Concevoir**

1. Le dirigeant de la chaîne d'approvisionnement doit définir les objectifs, les axes de travail et l'amélioration attendue des capacités et de la performance (Plan de renforcement organisationnel).
2. Le chef de la chaîne d'approvisionnement désignera les personnes chargées d'appuyer, de diriger et de mettre en œuvre le PSO.
3. Le chef de la chaîne d'approvisionnement et les personnes identifiées doivent aligner les objectifs du PSO et créer un document de portée.
4. Le chef de la chaîne d'approvisionnement et l'équipe effectuent une analyse de la structure organisationnelle.
5. Examiner les possibilités de développement du leadership au sein de la chaîne d'approvisionnement.

Phase 3 : Mettre en œuvre : Le troisième axe est axé sur la mise en œuvre du plan de renforcement organisationnel en comblant les écarts entre l'organisation actuelle et l'organisation envisagé en offrant une trousse éducative sur la sensibilisation à la chaîne d'approvisionnement qui, dans ce cas, est proposée par le biais d'un format d'apprentissage en ligne. Au cours de cette phase, l'accent sera également mis sur l'identification des KPI pour chaque rôle et l'élaboration de nouvelles politiques en matière de RH afin d'établir la nouvelle culture organisationnelle.

Dans le cadre de cette troisième phase, un projet de restructuration du curriculum pharmaceutique pour le PGP (logistique de la santé vs. dispensateur) est recommandé. Ce nouveau programme

d'études permettra de disposer d'une main-d'œuvre qualifiée pour contribuer à l'amélioration durable de la performance de la chaîne d'approvisionnement.

Ci-dessous un guide d'activités à suivre pour la phase 3 :

Mettre en œuvre

1. Documenter dans un plan de renforcement organisationnel les domaines où il y a des différences entre l'approche actuelle et l'approche à venir.
2. Concevoir un plan de travail pour permettre à l'organisation de passer à l'organisation " à être".
3. Élaborer et offrir une trousse éducative à partager avec tous les employés sur la sensibilisation à la chaîne d'approvisionnement.
4. Élaborer un ensemble de procédures opérationnelles normalisées pour chaque rôle et activité.
5. Identifier les KPI pour chaque rôle en veillant à ce que les données puissent être recueillies.
6. Mettre en œuvre un système de gestion du rendement
7. Élaborer avec les politiques des RH pour établir la nouvelle culture organisationnelle.
8. Élaborer et mettre en œuvre les bons programmes de formation pour l'organisation de SC.

Phase 4 : Pérenniser : Le quatrième volet est axé sur la durabilité, afin de s'assurer que l'organisation dispose d'un programme de développement des talents et puisse mettre en œuvre un processus de performance personnelle.

L'approche holistique de cette stratégie comporte des actions à court terme ainsi qu'une vision à long terme, car elle s'attaque aux causes profondes de nombreux problèmes auxquels la chaîne d'approvisionnement est confrontée.

Ci-dessous un guide d'activités à suivre pour la phase 4 : **Pérenniser**

1. Documenter dans un plan de renforcement organisationnel les domaines où il y a des différences entre l'approche actuelle et l'approche à venir.
2. Concevoir un plan de travail pour pérenniser les réformes entreprises dans l'organisation.
3. Élaborer et offrir une trousse éducative à partager avec tous les employés sur la sensibilisation à la chaîne d'approvisionnement.
4. Élaborer un ensemble de procédures opérationnelles normalisées pour chaque rôle et activité.
5. Identifier les KPI pour chaque rôle en veillant à ce que les données puissent être recueillies.
6. Mettre en œuvre un système de gestion du rendement.
7. Élaborer une politique RH pour établir la nouvelle culture organisationnelle.
8. Élaborer et mettre en œuvre les bons programmes de formation pour l'organisation de la chaîne d'approvisionnement.

4.4. Analyse des causes profondes des principaux points clés à renforcer

Nous analysons dans cette section les causes profondes des lacunes identifiées.

i. Les ruptures de stock

Situations de rupture de stock récurrentes à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement

- Au niveau ESPC et autres établissements de soins de santé primaires : les médicaments, ceux liés à la planification familiale et les produits sanguins (voir schéma ci-dessous).

4.1 Disponibilité au dernier kilomètre par région d'une liste étendue de produits

Nombre d'établissement sanitaires considérés, N² = 963

Disponibilité: ■ <50% ■ 50 - 80% ■ >80%

# références ou catégories considérées	Recouvrables et GTC	Paludisme	Tuberculose	VIH/SIDA	Santé de la reproduction		Maladies à prévention vaccinale	Transfusion sanguine
	57	14	13	75	PF	SME	4	4
ABIDJAN 1	21%	77%	65%	67%	56%	49%	88%	40%
ABIDJAN 2	28%	81%	56%	70%	56%	51%	83%	56%
AGNEBI-TIASSA-ME	22%	88%	76%	66%	39%	63%	90%	36%
BELIER	18%	83%	38%	64%	53%	54%	99%	56%
BOUKANI-GONTOUGO	22%	85%	13%	50%	26%	60%	98%	31%
CAVALLY-GUEMON	29%	89%	87%	63%	52%	78%	82%	54%
GBEKE	20%	82%	64%	66%	58%	64%	90%	51%
GBOKLE-NAWA-SAN PEDRO	21%	73%	62%	56%	43%	51%	85%	37%
GOH	16%	85%	88%	64%	28%	52%	83%	25%
HAMBOL	19%	81%	26%	63%	34%	83%	84%	42%
HAUT SASSANDRA	13%	67%	73%	64%	41%	36%	90%	50%
INDENIE-DUABLIN	17%	79%	83%	67%	37%	40%	73%	38%
KABADOUYOU-BAFING-FOLON	20%	93%	95%	53%	33%	67%	84%	56%
LOH-DJIBOUA	17%	84%	59%	51%	34%	51%	93%	16%
MARAHOUÉ	18%	75%	50%	53%	41%	46%	89%	21%
NZI-FOU	23%	87%	59%	58%	45%	60%	94%	35%
PORO-TCHOGOLO-BAGOUE	21%	86%	73%	56%	31%	54%	67%	55%
SUD-COMOE	23%	89%	32%	56%	44%	49%	91%	48%
TONKPI	16%	87%	95%	51%	40%	43%	92%	50%
WORODOUGOU-BERE	18%	83%	50%	55%	35%	47%	79%	75%
TOTAL	20%	83%	62%	60%	41%	55%	87%	44%

Source : IHSC-TA Amélioration de la distribution jusqu'au dernier KM

- Au niveau du district : il semble qu'il existe des lacunes constantes dans la disponibilité des médicaments, en particulier dans les produits de santé maternelle et infantile (voir schéma ci-dessous)

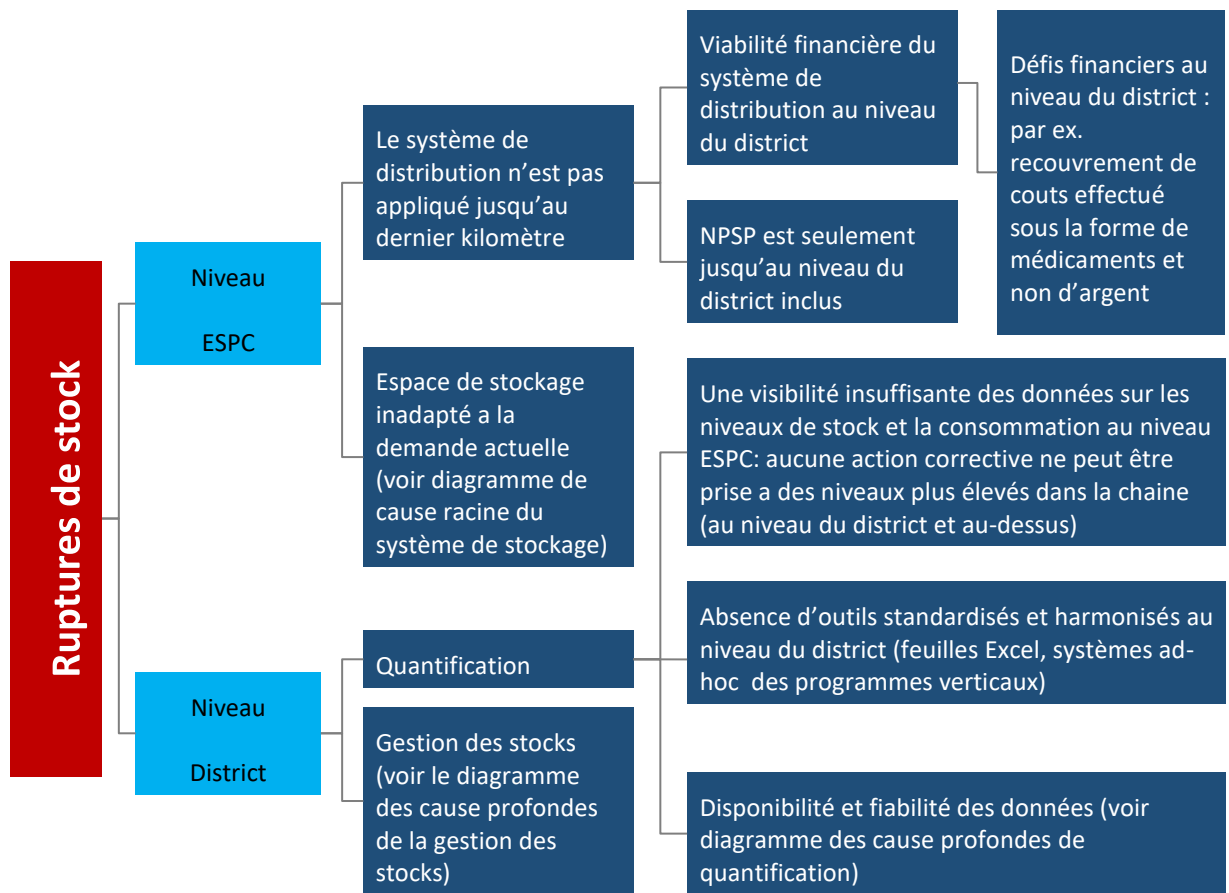
4.1. Disponibilité au niveau des dépôts de districts par région

# références ou catégories considérées	Nombre d'établissement sanitaires considérés, N ² = 83							Disponibilité ¹ : ■ <50% ■ 50 - 80% ■ >80%	
	Recouvrables et GTC	Paludisme	Tuberculose	VIH/SIDA	Santé de la reproduction	Maladies à prévention vaccinale	Transfusion sanguine	PF	SME
	57	14	13	75	8	4	0	0	
ABIDJAN 1	56%	74%	40%	79%	56%	0%			
ABIDJAN 2	73%	78%		77%	62%	8%			
AGNEBI-TIASSA-ME	61%	81%	91%	81%	69%	24%			
BELIER	66%	86%	29%	68%	65%	67%			
BOUKANI-GONTOUGO	43%	81%	80%	75%	53%	18%			
CAVALLY-GUEMON	67%	78%	61%	75%	64%	33%			
GBEKE	56%	88%	58%	81%	65%	25%			
GBOKLE-NAWA-SAN PEDRO	67%	78%	61%	75%	54%	21%			
GOH	36%	66%	100%	70%	57%	0%			
HAMBOL	59%	85%	45%	78%	60%	16%			
HAUT SASSANDRA	62%	83%	52%	69%	58%	39%			
INDENIE-DUABLIN	69%	78%	37%	78%	61%	24%			
KABADOUGOU-BAFING-FOLON	54%	81%	35%	74%	54%	21%			
LOH-DJIBOUA	39%	77%	30%	68%	40%	35%			
MARAHOUÉ	58%	87%	54%	84%	60%	35%			
NZI-IFOU	61%	74%	68%	66%	59%	11%			
PORO-TCHOGOLO-BAGOUE	69%	72%	30%	75%	55%	28%			
SUD-COMOÉ	51%	78%	94%	75%	66%	73%			
TONKPI	68%	83%	51%	76%	70%	39%			
WORODOUGOU-BERE	48%	73%	92%	68%	47%	65%			
TOTAL	59%	79%	54%	75%	60%	28%			

Source : IHSC-TA Amélioration de la distribution jusqu'au dernier KM

Il est également à noter que la CAN-MEIP connaît aussi des pénuries de divers produits (réactifs, médicaments antituberculeux, médicaments essentiels) au niveau central.

Analyse des causes profondes de ces ruptures de stock :



ii. **Système de stockage non optimisé**

STOCKAGE Document pré-décision – Préliminaire, propriétaire et confidentiel

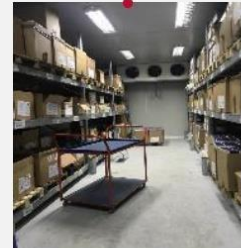
5.2 Les espaces de stockage sont largement insuffisants à la NPSP BACKUP

conduisant à des coûts élevés et des ruptures au dernier km



Un stockage réalisé sur des étagères et palettes dans les allées et parfois à même le sol dans un **espace insuffisant (12 271 palettes) et difficile d'accès**

Seulement 1 chambre froide à l'Agence avec une capacité de stockage de seulement 36 palettes



1300 tonnes de PPI toxiques, certains datant de 1998, entreposés dans 32 containers et un magasin



20% de l'espace en palette total (magasins H, T, et G) est loué à des coûts élevés dû au manque de place à l'entrepôt central



Fermeture de la NPSP deux mois par an pour inventaire

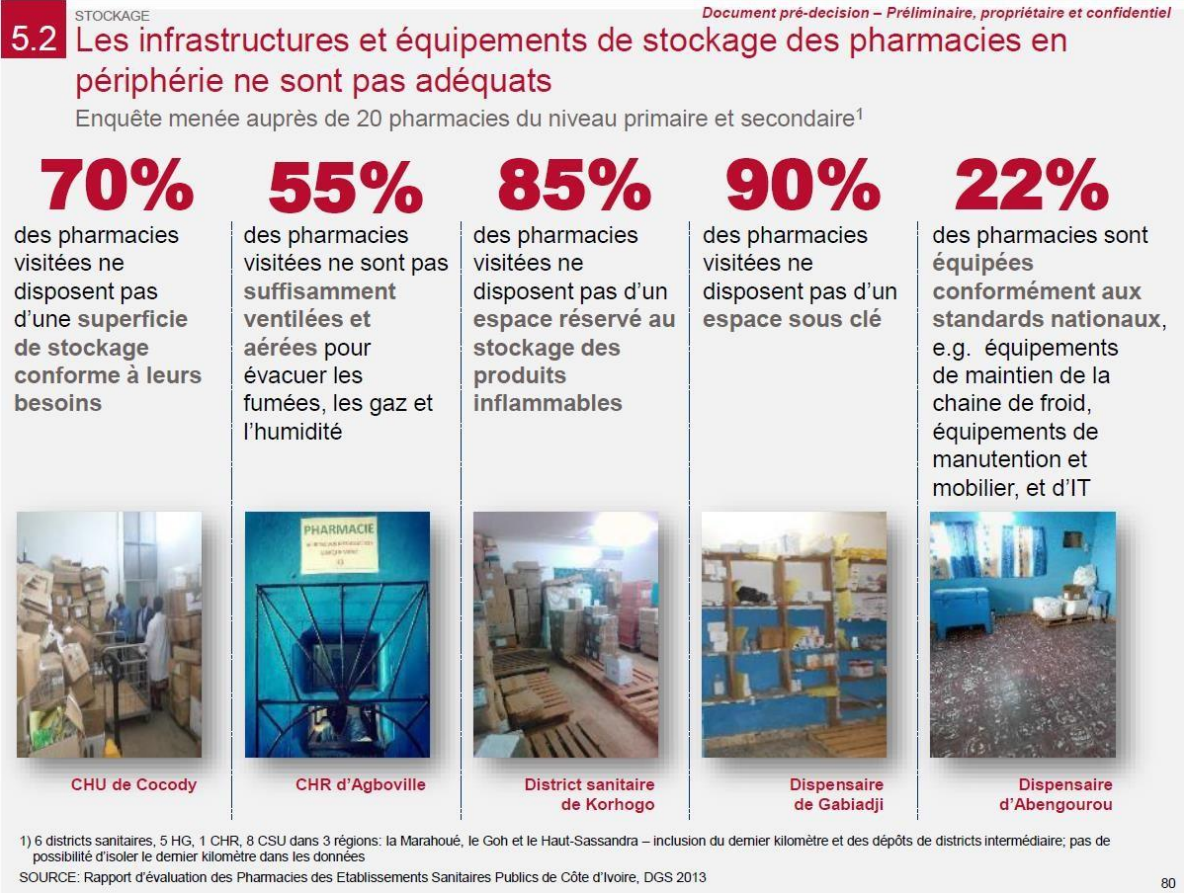


Pas encore de point de stockage régional - de longues distances parcourues entraînant des coûts et des retards élevés

SOURCE: Données d'entrepôts NPSP

79

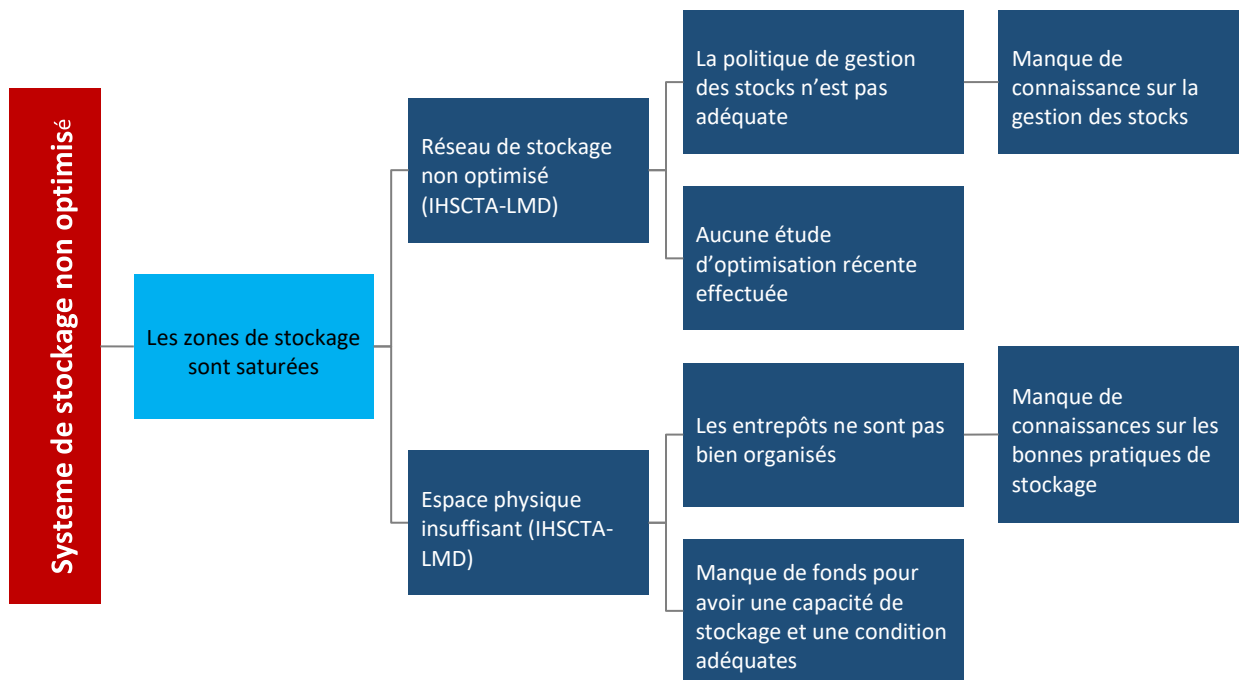
Source : IHSC-TA Amélioration de la distribution jusqu'au dernier KM



Source : IHSC-TA Amélioration de la distribution jusqu'au dernier KM

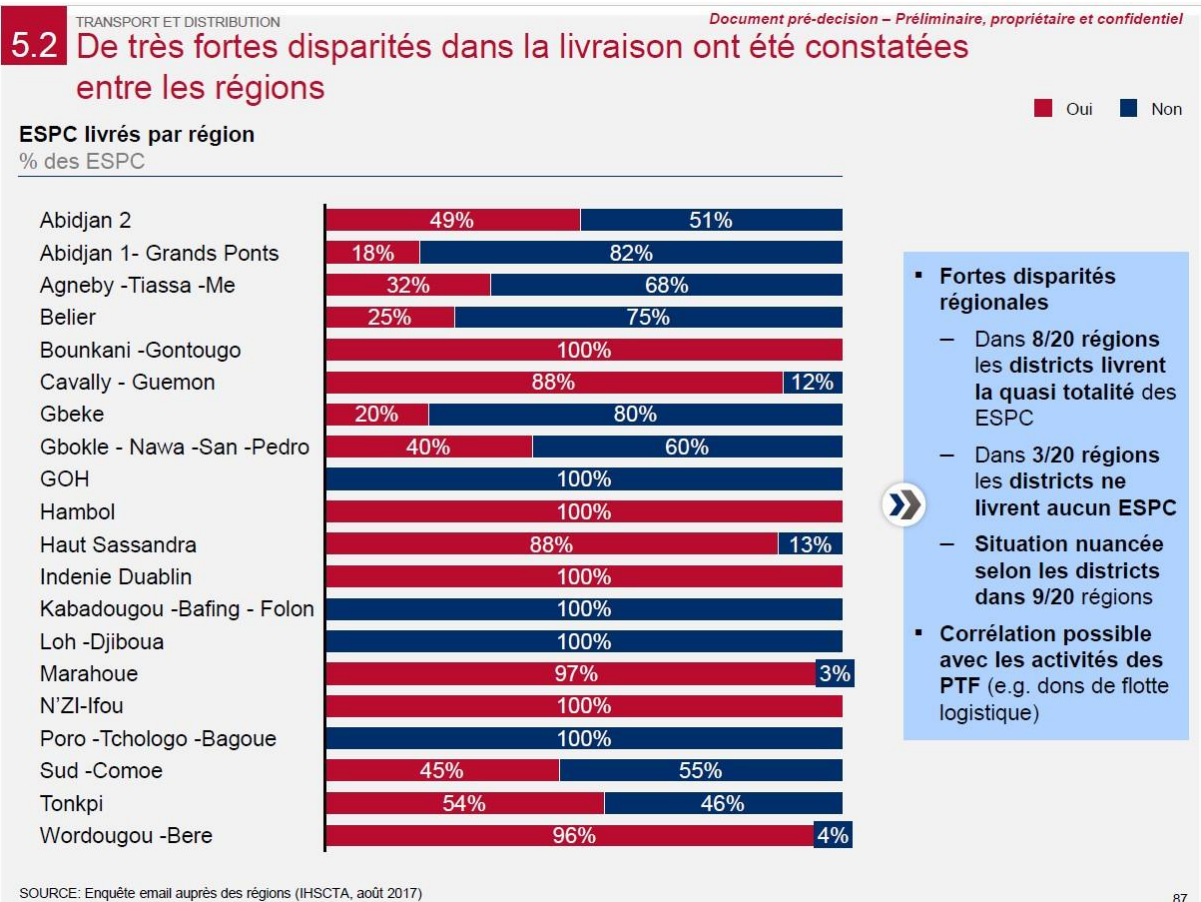
La perspective espace/volume par rapport au flux des produits

Un point récurrent est le manque de place/volume mentionné à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Cela ne signifie pas nécessairement que le problème réside dans le manque d'espace mais c'est en tout cas le symptôme qui ressort. Il serait souhaitable d'effectuer une analyse organisationnelle du système de stockage ainsi qu'une analyse physique des flux de produits pharmaceutiques par rapport à leur volume, afin de déterminer la cause réelle et d'optimiser le système existant.

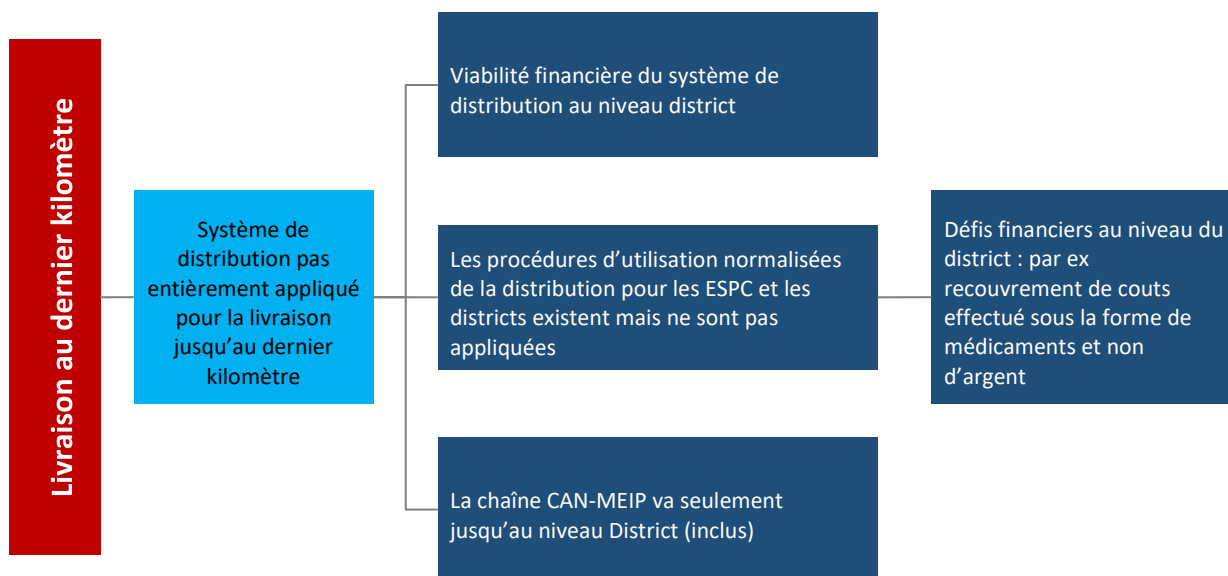


iii. Livraison au dernier kilomètre

Le système de distribution n'est pas appliqué jusqu'au dernier kilomètre



Une proportion significative des ESPC doit utiliser ses propres ressources pour obtenir les produits (IHSCTA).

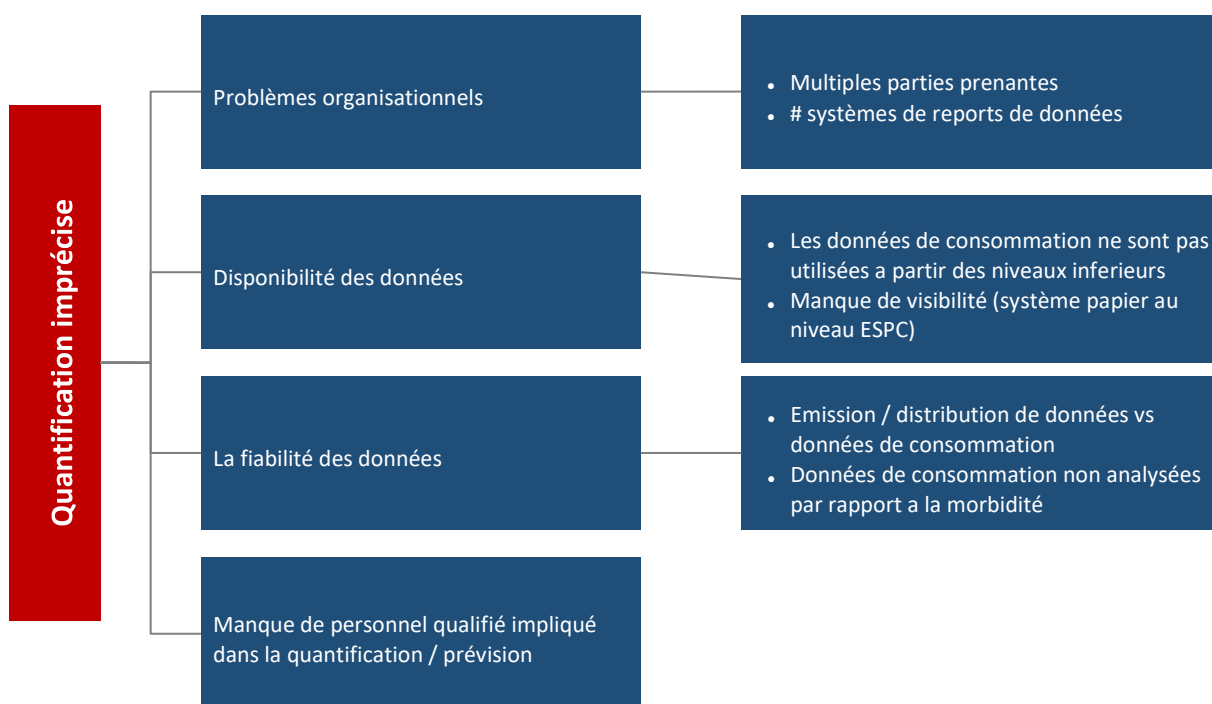


Source : IHSC-TA Amélioration de la distribution jusqu'au dernier KM

iv. Quantification au niveau District

Un mélange de problèmes liés aux activités de quantification et de prévisions

- Questions administratives et organisationnelles,
- Disponibilité des données,
- Fiabilité des données,
- Manque de personnel qualifié impliqué dans la quantification / prévision des besoins.



5.2 Une multiplicité de SI sont utilisés actuellement, avec une fonction unique chacun et un déploiement limité aux grosses structures de santé

NON EXHAUSTIF

	Description	Avantages	Limitations
e-SIGL (projet IHSCA)	Gestion intégrée des commandes des clients directs de la NPSP	<ul style="list-style-type: none"> Intégration produits Standardisation et compilation des commandes Paramétrage des fréquences de commande pour divers produits Commandes saisies directement par les clients – pas de re-saisie par la NPSP (vs. BIOS où la NPSP saisissaient les données des commandes papier) 	<ul style="list-style-type: none"> Mono-fonction reporting des commandes Déploiement auprès des clients directs de la NPSP uniquement
SIGDEP (Projet USAID/ PEPFAR)	Gestion des patients (volet clinique) et des stocks (volet logistique) par les structures de santé et la NPSP	<ul style="list-style-type: none"> Volet logistique théoriquement adapté à tous les programmes de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Volet logistique utilisé uniquement pour les produits VIH Déploiement auprès des clients directs de la NPSP uniquement
Open Elis	Gestion des résultats des tests de laboratoires d'analyse publics	<ul style="list-style-type: none"> Agrégation des données utile pour les études épidémiologiques 	<ul style="list-style-type: none"> Déploiement auprès des plus grosses structures de santé uniquement, non encore achevé (65-75 structures à date)
ForLab	Quantification des besoins au niveau national	<ul style="list-style-type: none"> Quantification sur des bases épidémiologiques (moins biaisées que des données de consommation) 	<ul style="list-style-type: none"> Mono-fonction de quantification Résultats à croiser avec données de consommation, pas intégré à e.g. e-SIGL
Quantimed	Quantification des besoins au niveau national	<ul style="list-style-type: none"> Quantification sur des bases épidémiologiques (moins biaisées que des données de consommation) 	<ul style="list-style-type: none"> Mono-fonction de quantification Résultats à croiser avec données de consommation, pas intégré à e.g. e-SIGL
Microsoft Excel	Toutes utilisations	<ul style="list-style-type: none"> Utilisable pour toutes les opérations de quantification, planification et suivi Facilité d'utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> Solution palliative non intégrée; multiplicité des formats des données générées
E-Stock Management Tool (projet IHSCA-IBM – à venir)	Gestion intégrée des stocks des structures de santé publiques	<ul style="list-style-type: none"> Intégration produits Dématérialisation du suivi des stocks Transparence sur les données Automatisation des notifications et alertes 	<ul style="list-style-type: none"> Mono-fonction gestion des stocks

SOURCE: Entretien avec la DIIS; entretiens avec les PNS; équipe IHSCA-IBM

92

v. Gestion des stocks au niveau District et ESPC

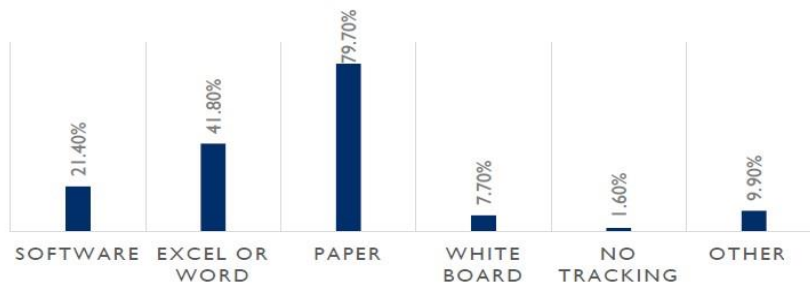
Nous pouvons observer une combinaison de problèmes opérationnels et de mauvaises pratiques de gestion de stock au niveau des Districts et des ESPC.

Nous avons noté quelques-unes des raisons principales :

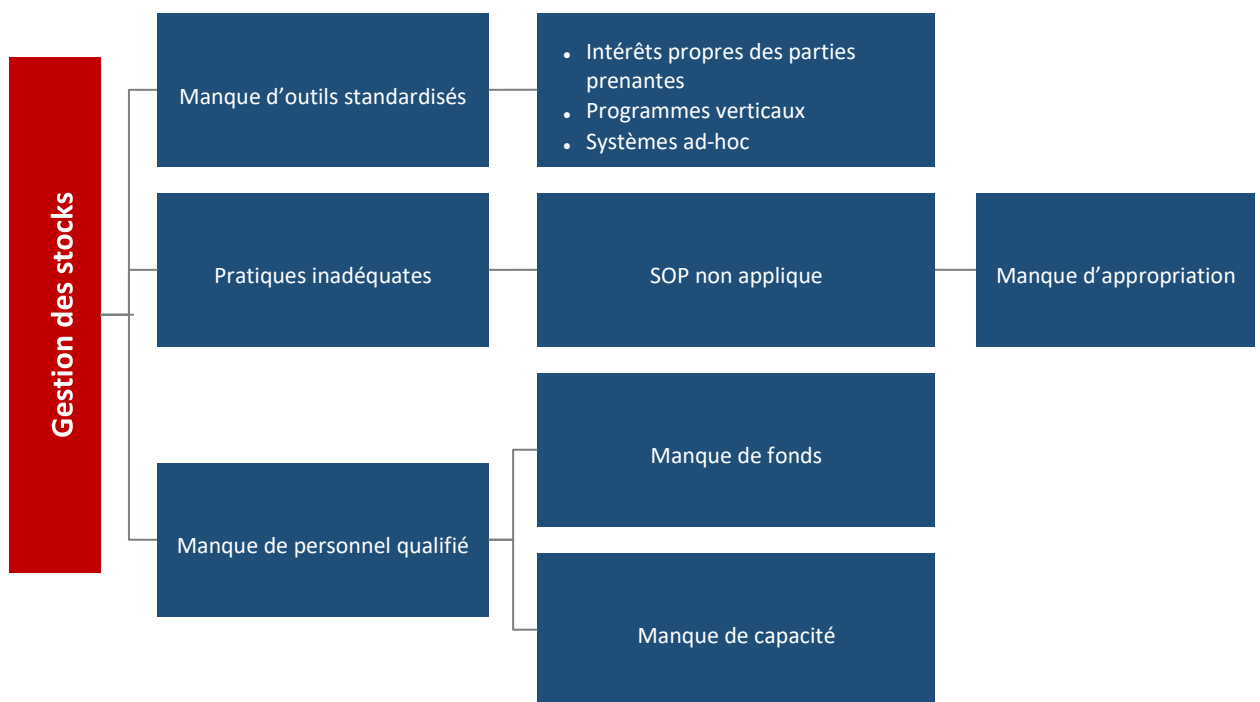
- Plusieurs outils de gestion non standardisés
- Manque de personnel qualifié
- Procédures standard non appliquées (FIFO par exemple)
- Pratiques inadéquates (par exemple, les données papier ne sont pas reflétées électroniquement)

On peut constater avec le sondage ci-dessous qu'il y a nécessité d'harmoniser le système utilisé.

Comment les répondants font-ils le suivi de leur stocks?*



Source : IHSC-TA Evaluation et recommandation d'un logiciel de gestion des stocks

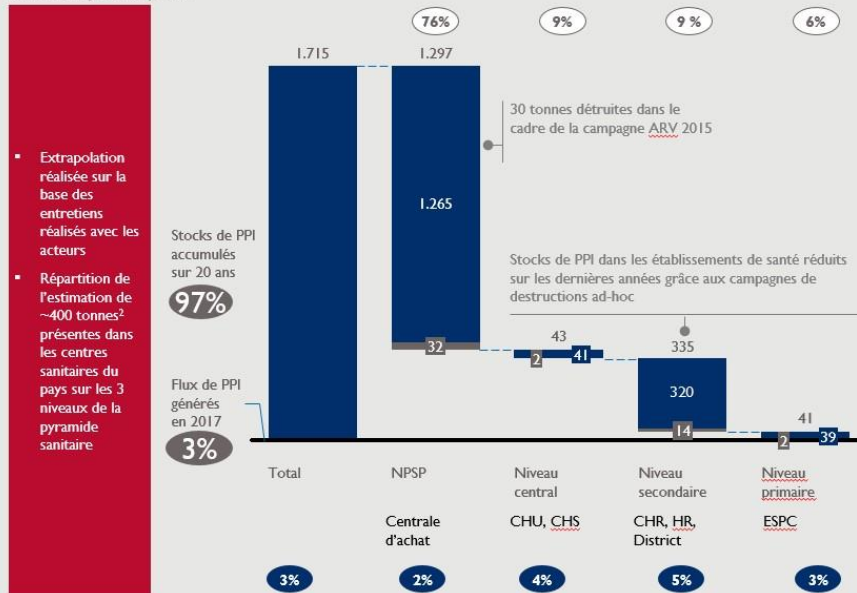


vi. Gestion des PPI

- Les médicaments périmés
- Les médicaments endommagés
- Les médicaments contrefaits
- 1300 tonnes de PPI accumulées au cours des dernières décennies au niveau central

2 Le problème majeur relatif aux PPI serait essentiellement un stock hérité sur les 20 dernières années (~97% du stock actuel)

Volume PPI accumulé et généré par niveau de la pyramide sanitaire, Estimations, Tonnes, 2017



1 Source Estimations NPSP et triangulation des campagnes de San Pedro et ARV; estimations des répartitions par niveau sur la base des données E-SIGL de 2017
2 Estimations DPML3 1,8\$/kg dans les conditions actuelles de négociations avec RMG
SOURCE : Entretiens, Visites terrains centres de santé

xx% Part du niveau dans le volume total de PPI
xx% Taux de nouveaux flux PPI sur le total des PPI

- La problématique des PPI en Côte d'Ivoire repose principalement sur un manque de gestion des stocks accumulés sur les 20 dernières années, paralysant les centres dans leur gestion des nouveaux PPI
- Le plus gros stock de PPI du pays se trouve à la NPSP, avec des PPI datant de 1998, représentant un budget de destruction de ~\$2,3M³ de pour le stock
- En périphérie de la centrale, 80% du volume se trouve au niveau secondaire (HG, Districts, etc.)
- Les flux de PPI générés ne sont pas alarmants (3% des PPI), même s'ils peuvent être réduits grâce à des bonnes pratiques de gestion, et représenteraient ~50t/an soit un budget de destruction de \$90K³
- Pour les points de prestation de service, les priorités sont de :
 - Détruire les stocks accumulés, not. de la NPSP
 - Mettre en place un mécanisme routinier de collecte et destruction PPI à tous les niveaux

USAID Global Health Supply Chain Program - Integrated Health Supply Chain – Technical Assistance Activity

Source : IHSC-TA Prévention et gestion des Produits Pharmaceutiques Inutiles

2 Les 3 produits VIH les plus générateurs de volume PPI sont des réactifs et CD4, des liquides lourds nécessitant une chaîne de froid

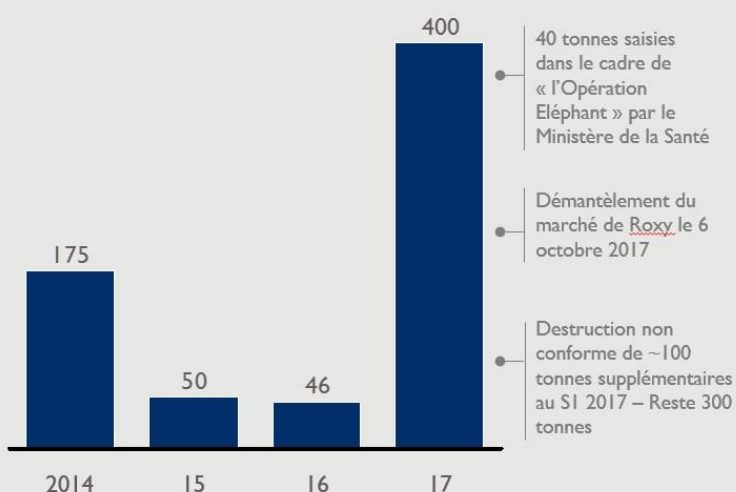
Nom du produit	Description	Facteurs à risques	Tonnes de PPI générés par an	Part du volume VIH total	Volume des pertes
1 ACT Diff Pak Reagent Kit	<ul style="list-style-type: none"> Hématologie Réactif 1: Utilisé comme un diluant isotonique tamponné pour la quantification et la mesure des cellules sanguines Réactif 2: utilisé comme Agent lytique pour la quantification des hémoglobines et des leucocytes 	<ul style="list-style-type: none"> Produit liquide lourd au volume important Nécessite un stockage à température ambiante Courte durée de vie 	2,5	16%	
2 ACT Diff Rinse	<ul style="list-style-type: none"> Hématologie Utilisé comme agent de rinçage sur les analyseurs d'hématologie COULTER ACT diff. Contient une enzyme protéolytique aidant à nettoyer les dépôts de protéine sur les orifices d'un analyseur d'hématologie 	<ul style="list-style-type: none"> Produit liquide lourd (500 ml) au volume important Produit sensible et à courte durée de vie, par ex. les produits restent stables seulement 30 jours après leur ouverture lorsqu'utilisés sous 16 à 35°C 	1,0	7%	
3 PIMA CD4 cartridge Kit, 100 tests/kit	<ul style="list-style-type: none"> CD4 Appareil électronique d'analyse de sang servant à compter les lymphocytes CD4 	<ul style="list-style-type: none"> Produit liquide lourd au volume important Produit sensible et cartouche à utilisation unique 	0,67	4%	

SOURCE : Campagne de destruction ARV, NPSP, 2016/17

USAID Global Health Supply Chain Program - Integrated Health Supply Chain – Technical Assistance Activity

2 Les « faux médicaments », considérés comme PPI, vont créer un stock additionnel de ~300 tonnes et un flux moyen de 50 tonnes à détruire chaque année

Volume total de faux médicaments saisis en Côte d'Ivoire¹, Tonnes

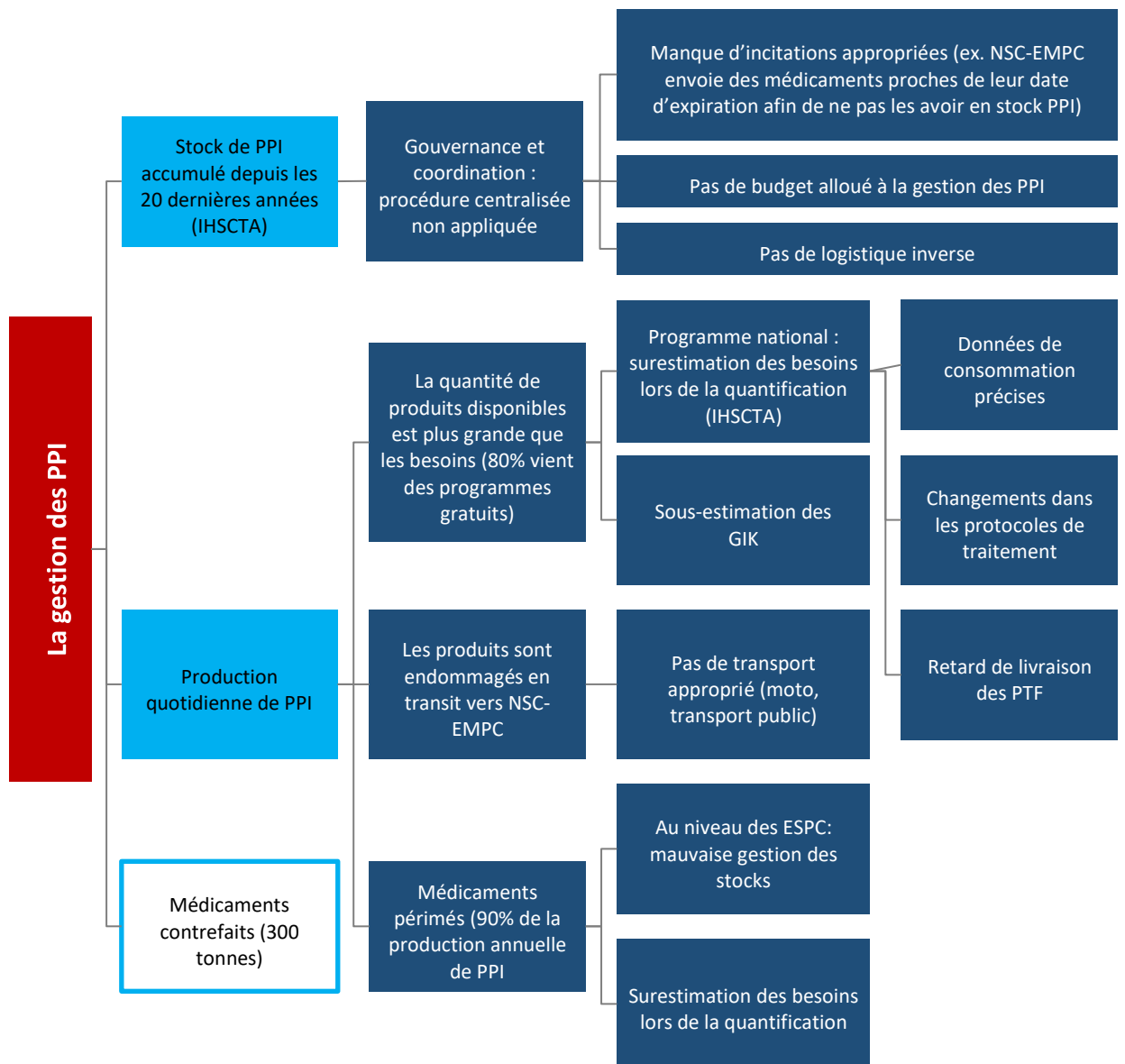


- Les faux médicaments sont gérés comme des PPI, en étant des produits pharmaceutiques sortis du circuit ou des faux produits pharmaceutiques
- La Côte d'Ivoire a déjà créé une plateforme d'information mutuelle entre les 17 structures impliquées dans la lutte contre les faux médicaments (p.ex., Interpol, DGS, DPML, Gendarmerie Nationale, Douanes)
- En raison de l'absence d'espace de stockage, les médicaments saisis sont stockés de façon non réglementaire par chacun des acteurs ayant contribué à la saisie
- La destruction des « faux médicaments » saisie s'effectuait par le brûlage à l'air libre jusqu'à l'arrêt du Ministère de l'Environnement interdisant toute destruction en dehors des normes OMS en 2017
- Le démantèlement de Roxy et les récentes saisies ont multiplié le stock par 10 de 2016 à 2017, avec 300 tonnes restantes à détruire mais vont permettre de contenir le flux à l'avenir en deçà de 50 tonnes par an

¹ Ne sont pas comptés ici les médicaments saisis par les douanes, gérés par elles, estimés à 300 tonnes depuis 2014

SOURCE : Entretien Secrétaire Général du Comité de la Lutte contre les Produits Illicites, Sous-Direction sur les produits illicites

USAID Global Health Supply Chain Program - Integrated Health Supply Chain – Technical Assistance Activity



4.5. Synthèse des causes profondes

Origine et causes profondes communes aux problèmes clés de la chaîne d'approvisionnement CAN-MEIP.

Le tableau ci-dessous illustre les causes profondes qui se répètent à différents niveaux des points clés à renforcer. Les codes couleurs sont là pour montrer visuellement la redondance de certaines causes profondes, d'où l'importance à les corriger afin que plusieurs composants de la chaîne

d’approvisionnement en bénéficiant et, ultimement, permettent une disponibilité accrue des intrants à tous les niveaux de la chaîne.

Points clés à renforcer	Les ruptures de stock aux niveaux District et ESPC	Système de stockage non optimisé	Livraison au dernier kilomètre	Quantification au niveau du district	Gestion des stocks au niveau District et ESPC	La gestion des PPI
Causes profondes communes	Système de distribution pas entièrement déployé	Réseau de stockage non optimisé	Système de distribution pas entièrement déployé	Problèmes organisationnels	Manque d’appropriation du processus	Mesures d’incitation non appropriées
	Système de stockage non adapte à la demande	Pas assez d’espace physique	Procédures de distribution non appliquées	Manque de personnel qualifié	Manque de personnel qualifié	Procédures de gestion des déchets non appliquées
	Pérennité financière	Manque de fonds disponibles	Pérennité financière	Emission / distribution de données vs données de consommation	Manque de capacité	Quantification imprécise
	Visibilité des données	Entrepôts pas bien organisés		Manque de visibilité (système sur papier à ESPC)	Manque de fonds	Manque de fonds disponibles
	Manque d’outils standardisés			Données de consommation non analysées par rapport à la morbidité	Manque d’outils standardisés	Pas de logistique inverse
	Disponibilité et fiabilité des données			Disponibilité et fiabilité des données		Données de consommation imprécises
	Quantification imprécise					Gestion faible des stocks
	Gestion des stocks	Gestion des stocks				

5. Recommandations de projets

Nous avons identifié les points forts et les points clés à renforcer dans le chapitre 4. Nous avons ensuite analysé les causes profondes affectant les chaînes d’approvisionnement dans le même chapitre. Il s’agit maintenant de déterminer les priorités et interventions nécessaires afin d’assurer un système d’approvisionnement fiable et durable, qui permettra un accès continu aux médicaments

pour toute la population de la Côte d'Ivoire. Dans ce contexte, il est primordial d'assurer d'abord la disponibilité des produits au niveau des ESPC et nous avons constaté qu'il y a des lacunes importantes à ce niveau, spécialement au niveau des :

- Médicaments essentiels (16% - 29% de disponibilité selon les districts, IHSC-TA)
- Planification Familiale (28% - 58%, selon les districts)
- Produits sanguins (16% - 75%, selon les districts)

Afin de pouvoir redresser cette situation, il va falloir conjuguer toutes les ressources possibles, techniques, financières et managériales. Basé sur notre compréhension des causes profondes, et sur notre connaissance des projets déjà en cours et leur niveau d'avancement, nous avons développé des recommandations pour les projets de transformation.

5.1 La vision générale commune

Dans son essence, l'intervention que nous recommandons est un changement de focus et de ressources du niveau central vers le niveau périphérique.

Nous avons vu que la partie en aval de la chaîne (Districts et ESPC) est sous-financée en ce moment et la priorité est mise pour cette raison sur cette partie de la chaîne.

C'est à ce niveau périphérique que nous trouvons les plus grandes faiblesses du système actuel, et nous y voyons les projets suivants pour renforcer ce niveau :

- Mettre à l'échelle le modèle de distribution pour le 'dernier kilomètre' de la chaîne d'approvisionnement principale
- Optimisation de la gestion des stocks et des inventaires au niveau des ESPC
- Projet de réforme de la chaîne de stockage et de distribution
- Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions aux niveaux des régions et districts

Ce sont des projets complexes mais nous sommes convaincus que la Côte d'Ivoire a la capacité de les implémenter, avec le soutien de Partenaires compétents.

A court terme, il y a une nécessité urgente de s'atteler au problème des PPI. Ce problème envahit et mine tous les entrepôts de la chaîne et demande une intervention immédiate, que nous décrivons dans le projet D1.

Les objectifs globaux de renforcement organisationnel des RH pour le plan de transformation sont les suivants :

- Disposer d'un plan systématique et institutionnalisé de développement de la main-d'œuvre au lieu d'éléments de formation.
- Disposer d'outils et de processus systémiques judicieux
- Gérer les talents de manière proactive en offrant des opportunités de formation et de croissance, en particulier aux niveaux supérieurs de l'organisation.

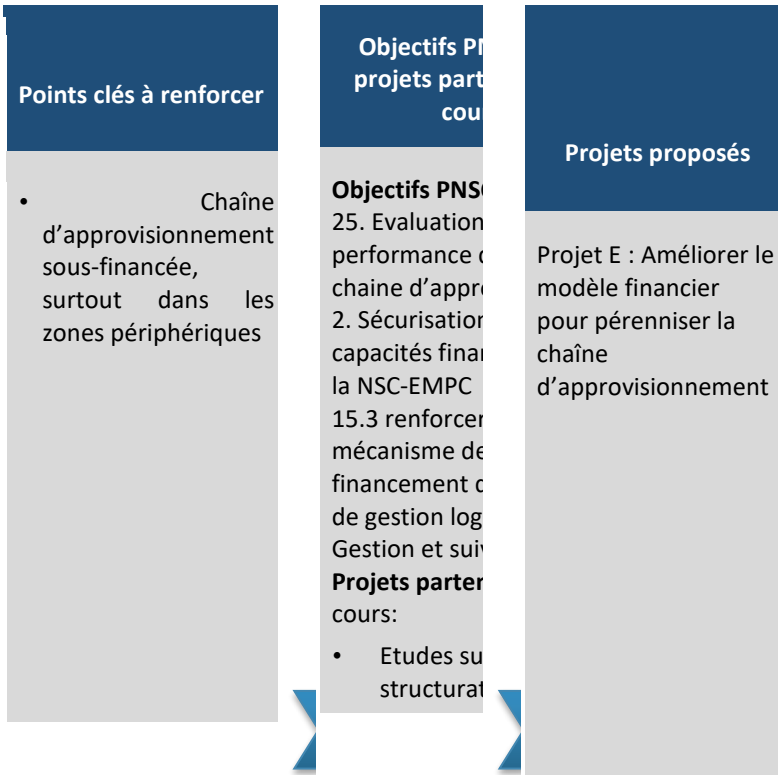
- Utiliser les employés là où ils sont le plus utiles en fonction de leurs compétences.
- Avoir des organisations durables en établissant des bases solides tout en investissant dans les ressources humaines, le leadership et les éléments critiques de l'organisation.
- Motiver les employés et créer une culture organisationnelle d'amélioration continue

Le tableau suivant montre la relation entre les points clés à renforcer, les causes profondes, les objectifs PNSCA et les projets proposés :

Points clés à renforcer	Objectifs P projets part cou	Projets proposés
<ul style="list-style-type: none"> • Livraison au dernier kilomètre • Ruptures de Stock 	<p>Objectifs PNS</p> <p>20.2 Elaborer maintenance o véhicules</p> <p>16.2 améliorer livraison</p> <p>20.1 Doter les matériel roulé aux activités d distribution</p> <p>20.3 Elaborer, et diffuser les opérationnelle standardisées distribution</p> <p>20.4 Renforce capacités des matière de bo pratiques de c</p> <p>Projets parten cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pilote mené gouvernem avec l'appu TA • Pilote : - Banque Mo • Procédures distribution produits SR jusqu'au de Km (UNFPA) 	<p>Projet A : Mettre à l'échelle le modèle de distribution pour le 'dernier kilomètre' de la chaîne d'approvisionnement principale</p>

Points clés à renforcer	Objectifs P projets part cou	Projets proposés
<ul style="list-style-type: none"> • Système de Stockage non optimisé • Gestion des stocks au niveau District et ESPC 	<p>Objectifs PNS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7.2 accroître de stockage • 7.3 mettre à • Doter les cli l'NPSP d'un gestion de s • 17.1 Réviser SOP gestion • Accroître ca conditions c dans 64 dist <p>Projets part cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equiper les stockage de pharmacies (Mondiale) • Déploiement dans les cli du NPSP (P par PNDAP, l'appui de USAID/IHSC • Optimisatio pratiques d d'inventaire clients direc • Constructio pharmacies (AFD/C2D) • Equiper les stockage de et 26 Hôpit module for des stocks (Mondiale) 	<p>Projet B1 : amélioration de la gestion des stocks et des inventaires au niveau des ESPC</p> <p>Projet B2 : projet de réforme de la chaîne de stockage et de distribution</p>

Points clés à renforcer	Objectifs PPI projets part cou	Projets proposés
<ul style="list-style-type: none"> Quantification au niveau District PPI Ruptures de Stock 	<p>Objectifs PNS</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Renforce processus r quantificati les produits 5.5 Mettre pool de 20 nationaux Coordinatic activités de d'approvisi au niveau d <p>Projets part cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> Feuille de r quantificati décentralis en cours m gouvernem l'appui d'IH 	<p>Projet C : Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions aux niveaux des régions et districts</p>
<p>Gestion des PPI</p>	<p>Objectifs PNS</p> <ul style="list-style-type: none"> 23.2 Facilite l'installation incinérateu par la DPM INHP 23.1 mettre mécanisme financemer <p>Projets part cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> Projet men PNDAP, ave de USAID/II système de inversée Gestion des (AFD/C2D) 	<p>Projet D1 : Centralisation et Destruction des PPI</p> <p>Projet D2 : Renforcement du projet en cours mené par le gouvernement avec l'appui d'IHSCTA : système de logistique inverse pour le PPI : financement de la collecte et destruction des PPI</p>



Points clés à renforcer	Objectifs PNSCA / et projets partenaire en cours	Projets proposés
Ressources Humaines	<p>Objectifs PNSCA :</p> <ul style="list-style-type: none"> 19.2 renforcer les capacités des directions régionales pour la coordination des activités de la chaîne d'approvisionnement 20.4 renforcer les capacités des acteurs en matière de bonnes pratiques de distribution 	<p>Projet F1 : Assistance technique sur 12 mois pour collaborer avec le PNDAP</p> <p>Projet F2 : Un projet de restructuration du cursus pharmaceutique pour les PGP (Logisticien de santé vs dispensateur)</p> <p>Projet F3 : Soutien du Groupe de Travail Technique (collaboration IHSC-TA et MEDTIC avec PNDAP, NPSP, DIIS, et DPML) pour la formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement, et implémentation du plateforme e-learning</p>
Visibilité sur les activités et financements des Partenaires	<p>Projets partenaires en cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> IHSC-TA et MEDTIC collabore avec PNDAP, NPSP, DIIS, et 	

DPML dans un groupe de travail technique pour la formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement (plateforme elearning).

- Banque Mondiale : former 15 formateurs en chaîne d'appro ; Module gestion des stocks – formation pharmaciens ; module formation des métiers de la chaîne d'appro

Projet G :
Coordination de projets – Outil de visualisation des projets en cours et des ressources utilisées

Objectifs

PNSCA :

- 6. Renforcement du mécanisme de coordination des approvisionnements
- 19. Coordination des activités de la chaîne d'approvisionnement au niveau décentralisé

Vue d'ensemble des projets proposés :

Réf.	Aperçu de la séquence globale des projets proposés	Oct-18	Nov-18	Dec-18	Jan-19	Feb-19	Mar-19	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	Q1 2020	Q2 2020	Q3 2020	Q4 2020	Q1 2021	Q2 2021	Q3 2021	Q4 2021	
	Focus sur la périphérie																		
A	Mettre à l'échelle le modèle de distribution pour le 'dernier kilomètre' de la chaîne d'approvisionnement principale	Préparation & Phase pilote en cours avec IHSC-TA & SWEDD							Implémentation nationale										
B1	Amélioration de la gestion des stocks et des inventaires au niveau des ESPC	Préparation d'un plan d'implémentation chiffré			Financement du plan d'implémentation			Phase pilote		Implémentation nationale (ESPC)									
B2	Projet de reforme de la chaîne de stockage et de distribution	Préparation: étude, plan d'implémentation, financement, etc										phase pilote		Implementation Nationale					
C	Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions aux niveaux des régions et districts	Curriculum et outil à définir, planification de l'implémentation					Formation pharmaciens Regions et Districts, implémentation nationale												
	Projets Logistiques Transversaux																		
D1	Centralisation et destruction des PPI	Centralisation					Destruction des PPI												
D2	Renforcement du projet en cours IHSC-TA: système de logistique inverse pour le PPI: financement de la collecte et destruction des PPI	Etude			Développement du modèle de financement			Phase pilote		Implémentation nationale									
	Projets de Gouvernance et Financement																		
E	Améliorer le modèle financier pour pérenniser la chaîne d'approvisionnement	Etude							Phase pilote		Implémentation nationale								
	Projets Ressource Humaines																		
F1	Une assistance technique de 12 mois est proposée pour collaborer avec le PNDAP	Assistance Technique																	
F2	Un projet de restructuration du cursus pharmaceutique pour les PGP (Logisticien de santé vs dispensateur)	Développement du curriculum							Restructuration du programme		Mise en œuvre et formation des premières promotions								
F3	Soutien du Groupe de Travail Technique (collaboration IHSC-TA et MEDTIC avec PNDAP, NPSP, DIIS, et DPML) pour la formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement, et implémentation du plateforme e-learning.	Développement de la plateforme							Plan de formation et materiel		Mise en œuvre et formations à distance								
	Projet Support																		
G	Coordination de projets – Outil de visualisation des projets en cours et des ressources utilisées	Développement de l'outil																	



5.2 Description des projets

Description du projet A - Mettre à l'échelle le modèle de distribution pour le 'dernier kilomètre' de la chaîne d'approvisionnement principale

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la livraison dans les délais au niveau du 'last mile' Développer et implémenter un système de distribution innovant et robuste, fiable et flexible avec des contrats en place, etc. 		
Contexte	Impact	
<p>La distribution au niveau du 'dernier kilomètre' (entre les Districts et les ESPCs) est un thème récurrent dans les différents rapports sur la chaîne d'approvisionnement de la Côte d'Ivoire. Il est clair que sans une distribution assurée à ce niveau, le niveau de service des installations sanitaires ne peut pas être assuré. Il est donc d'importance stratégique que ce maillon soit renforcé et qu'on trouve un fonctionnement adéquat à ce niveau. Plusieurs projets pilote sont déjà en cours à ce niveau (USAID, Banque Mondiale, SWEDD). Le projet propose de reprendre les apprentissages de ces projets, et de mettre la solution finale à l'échelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Accès aux médicaments amélioré au niveau patient 	
Budget estimé	Portée	Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> Préparation de la mise à l'échelle 100'000 EUR Coûts mise à l'échelle : à développer lors de la préparation 	<ul style="list-style-type: none"> La Chaîne CAN-MEIP Secteur public et secteur de transport privé 	<ul style="list-style-type: none"> Réduire fortement les ruptures de stock au niveau des ESPCs Améliorer les délais de livraison Diminuer le besoin de capacité de stockage au niveau des ESPCs, par exemple en augmentant la fréquence des livraisons entre Districts et ESPCs.

Planification des activités									
	Oct-18	Nov-18	Dec-18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021
Phase I : Préparation de la mise à l'échelle									
Formation d'un groupe de travail au niveau gouvernemental avec participation des parties prenantes principales									
Evaluations des 2 projets pilotes : menés par - PNDAP, avec l'appui de USAID/IHSC-TA sur système de logistique inversée & - SWEDD									
Atelier de choix du modèle de distribution									
Alignement du modèle avec les parties prenantes									
Développement d'un plan d'implémentation chiffré pour la phase pilote, et la phase d'implémentation									
Alignement du plan d'implémentation avec les échelons supérieurs									
Financement du plan d'implémentation									
Phase II : Implémentation globale : mise à l'échelle									

Description du projet B1 : Amélioration de la gestion des stocks et des inventaires au niveau des ESPC

Objectifs :	
<ul style="list-style-type: none"> Optimisation de la gestion des inventaires au niveau des ESPC (en complément du projet mené par PNDAP, avec l'appui de USAID/IHSC-TA sur un système de logistique inversée déjà en cours avec les clients directs du NPSP) Co-financement et assistance technique pour implémenter le logiciel de gestion de stock choisi (Projet pilote mené par PNDAP, avec l'appui de USAID/IHSC-TA sur un système de logistique inversée) chez toutes les ESPC 	
Contexte	Impact
<p>La Côte d'Ivoire a développé fin 2017 un manuel SIGL intégré qui couvre parfaitement les concepts du management des inventaires. Il propose également une segmentation des produits en 3 catégories. Malheureusement cette segmentation n'est pas reflétée dans la politique d'inventaire (quoi commandé, quand). En effet cette dernière a une approche programmatique.</p> <p>La chaîne d'approvisionnement intégrée a déployé un système de commande électronique (e-SIGL) mais aucun outil central de gestion des stocks n'a encore été adopté. L'étude IHSC-TA, conduite en 2017 et portant sur l'évaluation et la gestion des stocks recommande des solutions qui seront évaluées dans le cadre d'un groupe de travail technique. Ces solutions incluent la possibilité pour les ESPC d'entrer les informations au travers de téléphones mobiles.</p> <p>Actuellement, il y a un projet mené par PNDAP, avec l'appui de USAID/IHSC-TA sur système de logistique inversée en cours avec les clients directs de l'NPSP sur la gestion des inventaires et sur E stock. USAID financera la phase pilote de E stock de 3 mois (en 2019) au niveau clients directs de l'NPSP pour une valeur de USD 647'860. Nous proposons que des PTF se coordonnent pour assurer une validation du projet pilote ainsi qu'un déploiement à plus grande échelle, si le pilote répond aux besoins identifiés. Le projet proposé ici est complémentaire à ces deux activités et focalise sur les ESPC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la disponibilité des intrants et la visibilité des stocks
	Résultats attendus
	<ul style="list-style-type: none"> Une visibilité consolidée des stocks à travers le pays Elimination des ruptures de stock grâce à un meilleur contrôle des stocks Diminution des PPI Meilleure prévision et quantification grâce à des données de consommation des ESPC consolidées au niveau du district
Budget estimé	Portée
<ul style="list-style-type: none"> Préparation d'un plan chiffré : 100K EUR Coûts de la phase pilote : à développer lors de la préparation Coûts mise à l'échelle : à développer lors de la préparation 	<ul style="list-style-type: none"> tous les 2'200 ESPC

Planification des activités									
	Oct-18	Nov-18	Dec-18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021
Revue des projets actuels (E-Stock)									
Préparation d'un plan d'implémentation chiffré au niveau ESPC (incluant les solutions de connectivité et du matériel informatique)									
Financement du plan d'implémentation au niveau ESPC									
Projet Pilote • tester un segment des produits selon le manuel SIGL intégré • pilote E-Stock dans 300 ESPC									
Evaluation Projet Pilote et Implémentation au niveau des ESPC									

Description du projet B2 - Projet de réforme de la chaîne de stockage et distribution

Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> Optimiser le réseau de distribution 		
Contexte		Impact
<p>La Côte d'Ivoire a un réseau de distribution sur 3 niveaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> Niveau Central avec le dépôt de la NPSP à Abidjan et la construction d'un autre dépôt à Bouaké Le dépôt des Pharmacies de district (83) Les hôpitaux et ESPC <p>Le réseau est fragmenté selon les districts administratifs. Une étude d'optimisation permettrait de définir si :</p> <ul style="list-style-type: none"> D'autres dépôts au niveau central/régional seraient nécessaires, quelles pharmacies de districts ceux-ci devraient servir Si le nombre de pharmacies de districts est optimal Quel ESPC les pharmacies de districts doivent-elles servir Si la localisation des ESPC est optimale pour assurer un niveau de service souhaité à la population 		Améliorer l'accès aux médicaments
Budget estimé	Portée	Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> 400'000 EUR pour l'étude Coûts de la phase pilote : à développer lors de la préparation Coûts mise à l'échelle : à développer lors de la préparation 	<p>CAN-MEIP</p> <p>La portée géographique devra être nationale pour l'étude ou couvrir plusieurs districts pour le pilote</p>	<ul style="list-style-type: none"> Réseau de distribution plus efficace Réduction des coûts de distribution

Planification des activités												
	Oct18	Nov18	Dec18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021	2022	2023	
Phase I : préparation												
Formation d'un groupe de travail au niveau gouvernemental avec participation des parties prenantes principales												
Collecte des données sur la base de rapport ou sur le terrain (localisation des dépôts des points de service et des pharmacies de districts, capacité de stockage, temps de parcours des axes routiers etc..)												
Mener l'étude d'optimisation												
Développement d'un plan d'implémentation chiffré pour la phase pilote, et la phase d'implémentation												
Financement du plan d'implémentation												
Phase II : Phase Pilote												
Phase III : Implémentation nationale												

Description du projet C - Renforcement des capacités sur les aspects de quantification et prévisions au niveau des régions et districts.

Objectifs : Renforcer les compétences du personnel en matière de prévision / quantification		
Contexte		Impact
<p>La PNSCA a clairement établi le besoin de renforcer le processus national de quantification et l'a identifié comme un projet prioritaire (projet 5). Au niveau central, chaque programme vertical prévoit chaque année ses besoins en médicaments et autres intrants pour couvrir les besoins nationaux. Les méthodes et outils de quantification utilisés sont spécifiques à chaque programme et il n'y a pas d'harmonisation des procédures ou des systèmes.</p> <p>Au niveau District, on peut noter un manque de capacité car les besoins quantifiés ne correspondent pas à la demande des ESPC. Il y a soit des ruptures de stock soit des surestimations, cela signifie qu'il faut réaligner les hypothèses de quantifications et définir des procédures harmonisées pour les pharmaciens et le personnel de santé impliqué dans les prévisions et le processus de quantification.</p> <p>La conséquence directe de ce renforcement de capacité sera une optimisation des flux entre District et ESPC car les besoins / réquisitions seront alignés avec les stocks disponibles au niveau District.</p> <p>Le rôle des Pharmaciens Régionaux reste à clarifier au sujet de la quantification et prévision des besoins.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la capacité des pharmaciens aux niveaux District et Région Amélioration des processus de quantification et prévision des besoins
Budget estimé	Portée	Résultats attendus
<ul style="list-style-type: none"> 450'000 EUR 	<ul style="list-style-type: none"> Essentiellement au niveau District, mais les répercussions directes se feront sentir au niveau des ESPC. La capacité prévisionnelle au niveau national sera affectée positivement par ces formations 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la disponibilité des produits aux niveaux des districts et des ESPC Efficacité accrue dans la gestion des données de consommation et de morbidité Répondre aux besoins des patients Amélioration des niveaux d'inventaire Réduire la quantité de médicaments expirés

Planification des activités									
	Oct-18	Nov-18	Dec-18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021
Phase I : préparation									
Définir le curriculum									
Définir la méthodologie									
Planification de l'implémentation									
Phase II : Implémentation									
Formation au niveau des Régions									
Formation au niveau des Districts									

Description du projet D1 – Centralisation et destruction des PPI

Objectifs :									
<ul style="list-style-type: none"> Centralisation des PPI à un ou plusieurs endroits Destruction des 1700 tonnes de PPI résiduel, accumulé pendant les dernières 20 années Assurer le financement de ces étapes (gouvernement, partenaires techniques & financiers, etc.) 									
Contexte					Impact				
<p>La problématique de la gestion des déchets sanitaires constitue une préoccupation mondiale majeure de santé publique et d'environnement. Cette préoccupation est importante parce que les déchets sanitaires mal gérés contribuent fortement à la dégradation de l'hygiène hospitalière et favorisent ainsi la survenue d'événements indésirables liés aux soins. En Côte d'Ivoire, la problématique relative aux PPI est essentiellement un stock hérité sur les 20 dernières années de ~1700 tonnes de PPI représentant ~97% des PPI existants, n'ayant pas été régulièrement pris en charge, limitant ainsi la capacité actuelle des structures sanitaires à gérer les nouveaux flux de PPI (Source : Direction de la Pharmacie et du Médicament et des Laboratoires (DPML), Réunion du Groupe de Travail Technique Novembre 2017).</p>					<ul style="list-style-type: none"> Succès politique Augmenter la crédibilité du ministère de la santé pour gérer les déchets Rassembler les parties prenantes sur la question de la gestion des déchets 				
Budget estimé		Portée			Résultats attendus				
<ul style="list-style-type: none"> 100.000 EUR pour le développement du plan avec le gouvernement et les parties prenantes Budget pour la destruction à développer lors de la 1ere phase. 		<ul style="list-style-type: none"> Essentiellement au niveau Central en ce qui concerne la destruction de ces PPI accumulés, mais tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement bénéficieront de cette amélioration. 			<ul style="list-style-type: none"> Initier la destruction de ces PPI accumulés Consolider les ressources financières pour s'assurer que la destruction se poursuivra jusqu'à la fin (projet de 3 ans) 				
Planification des activités									
	Oct-18	Nov-18	Dec-18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021
Formation d'un groupe de travail au niveau gouvernemental avec participation de parties prenantes principales									
Développement d'un plan d'implémentation chiffré pour la centralisation et la destruction du PPI									
Financement du plan d'implémentation									
Implémentation									

Description du projet D2 - Renforcement du projet en cours mené par le gouvernement avec l'appui d'IHSC-TA : système de logistique inversée pour les PPI : financement de la collecte et destruction des PPI

Objectifs : Collaboration avec IHSC-TA sur le financement de la collecte et destruction des PPI (solution de logistique inverse durable)	
Contexte	Impact
<p>Le projet proposé ici se focalise sur la partie gestion des PPI et sur le financement pérenne de la collecte et destruction des PPI. Ce projet est lié avec le projet A : Développer, tester et implémenter un modèle financier pour la chaîne d'approvisionnement. Mais au-delà du financement pérenne, le projet propose d'établir un système de gestion de PPI robuste au niveau central et au niveau district, par exemple par des SOPs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la crédibilité du ministère de la santé pour gérer les déchets Rassembler les parties prenantes sur la question de la gestion des déchets
	Résultats attendus
	<ul style="list-style-type: none"> Assurer un système pérenne pour la collecte et le transport des PPI des niveaux

Budget estimé	Portée	
<ul style="list-style-type: none"> L'étude pourrait coûter 130.000 euros Le coût de la destruction dépendra des résultats de l'étude. 	<ul style="list-style-type: none"> Toute la chaîne d'approvisionnement : ceci est un projet logistique transversal 	<ul style="list-style-type: none"> périphériques jusqu'au niveau de destruction centralisé Assurer un système de gestion des PPI au niveau central et dans le district et dans les ESPC

Planification des activités									
	Oct-18	Nov-18	Dec-18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021
Phase I : préparation									
Intégration avec le projet soutenu par IHSC-TA/ extension du projet soutenu par IHSC-TA (organisation du projet)									
Identification des besoins financiers									
Développement d'un modèle de financement durable pour la collecte et la destruction des PPI – en phase avec projet A									
Phase II : Phase Pilote									
Phase III : Implémentation nationale en phase avec projet soutenu par IHSC-TA									

Description du projet E – Améliorer le modèle financier pour la chaîne d'approvisionnement

Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> Assurer un financement adéquat tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Instaurer un système de gouvernance financier tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Assurer la pérennité du financement de la chaîne en maximisant –à terme - l'autosuffisance Augmenter la compétition et mettre en concurrence les acteurs publics et privés à des points précis de la chaîne, afin d'augmenter la performance 		
Contexte		Impact
La clé pour transformer la performance et la maturité de la chaîne d'approvisionnement du niveau actuel à un niveau plus élevé est le développement d'un modèle financier durable. Bien entendu, le simple fait d'augmenter/ajuster le flux d'argent, spécialement dans les niveaux bas de la chaîne, ne fera pas l'affaire toute seule, mais c'est une condition préalable pour que la chaîne d'approvisionnement fonctionne correctement.		<ul style="list-style-type: none"> Accès aux médicaments amélioré au niveau patient
Budget estimé	Portée	Résultats attendus

<ul style="list-style-type: none"> • Développement du modèle (diagnostic, recommandations, alignement avec le gouvernement, etc.) : 200'000 EUR (estimation) • Coûts de la phase pilote et de l'implémentation du modèle : à développer lors de l'étude 	<ul style="list-style-type: none"> • Les 3 chaînes principales, du niveau central au niveau le plus bas ('the last mile'). • Financement du côté du gouvernement aussi bien que les partenaires principaux • Gestion des budgets, trésorerie gouvernementale, responsabilité et gouvernance, périmètre de responsabilité, incitations ('incentives'), Indicateurs de performance clés (KPIs), Ressources Humaines, ... • Développement et implémentation du modèle 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des ruptures de stock • Amélioration du système de stockage • Assurer la livraison entre les districts et les ESPCs • Amélioration de la gestion de stock dans la chaîne • Amélioration de la gestion des PPI : réduction et élimination des PPI • Augmenter les capacités de gestion financière tout au long de la chaîne • Augmenter la compétition et mettre en concurrence les acteurs publics et privés à des points précis de la chaîne, afin d'augmenter la performance
---	--	--

Planification des activités									
	Oct-18	Nov-18	Dec-18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021
Phase I : Etude : diagnostic, recommandations, alignement avec le gouvernement, etc.									
Formation d'un groupe de travail au niveau gouvernemental avec participation de parties prenantes principales									
Etude détaillée de l'état financier actuel de la chaîne d'appro : état des lieux détaillé des flux d'argent, de la structure actuelle de gouvernance financière, etc.									
Faire des 'benchmarking' avec des chaînes performantes dans les pays africains (par exemple le Rwanda) afin d'établir des objectifs de niveaux de financement et de ressources à chaque niveau de la chaîne									
Workshop de développement du modèle financier. Durant le workshop, explorer notamment (mais pas exclusivement) des pistes pour augmenter la pérennité financière.									
Alignement du modèle avec les parties prenantes									
Développement d'un plan d'implémentation chiffré pour la phase pilote, et la phase d'implémentation									
Alignement du plan d'implémentation avec les échelons supérieurs									
Financement du plan d'implémentation									
Phase II : Phase Pilote									
Phase III : Implémentation globale : mise à l'échelle									

Description du projet F1 – Assistance technique pour collaborer avec le PNDAP

Objectif : <ul style="list-style-type: none"> • Mettre l'accent sur le renforcement organisationnel en suivant l'approche en 4 phases (Engager, concevoir, mettre en œuvre et pérenniser) avec l'appui d'une assistance technique. 	
Contexte	Impact

<p>Les capacités limitées de la Côte d'Ivoire en ressources humaines dans la chaîne d'approvisionnement sont insuffisantes pour assurer la mise en œuvre effective du PNSCA. Les mesures visant à renforcer durablement les capacités des RH impliquent des changements stratégiques dans la gestion des RH. Cependant, le PNDAP, qui est responsable de la mise en œuvre de la PNSCA, n'a pas la capacité et les moyens suffisants pour assurer le leadership dans le domaine de la gestion des RH et du soutien technique aux directions centrales, aux programmes et aux autorités sanitaires sous-nationales. En outre, la mise en œuvre des stratégies de renforcement des capacités repose sur la production de connaissances et d'outils préalables.</p> <p>Le pays devrait soutenir la constitution d'une fonction RH dédiée capable de concevoir et de mettre en œuvre une chaîne d'approvisionnement efficace, axée sur le développement du leadership, bénéficiant d'une reconnaissance officielle, d'un parcours professionnel et d'un système de gestion des performances et de rétention des talents.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement organisationnel tout au long de la chaîne d'approvisionnement • Renforcement des autres projets de transformation
		Résultats attendus
		<ul style="list-style-type: none"> • Fonction RH capable de concevoir et de mettre en œuvre une chaîne d'approvisionnement efficace.
Budget estimé	Portée	
<ul style="list-style-type: none"> • 250'000 EUR 	<ul style="list-style-type: none"> • localisation chez PNDAP mais avec une portée sur toute la chaîne 	
Planification des activités		
<ul style="list-style-type: none"> • Développer un cadre de compétences pour les fonctions de la chaîne d'approvisionnement aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, • Élaborer un ensemble de procédures opérationnelles normalisées pour chaque rôle et activité, • Définir les rôles et les besoins, peaufiner les descriptions de travail et les compétences nécessaires pour bien s'acquitter de ses tâches. • Définir les emplois et spécifier les ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement • Identifier les IRC pour chaque rôle et s'assurer que les données peuvent être recueillies. • Mettre en œuvre un système de gestion du rendement • Réviser les politiques et les outils de gestion des RH et élaborer un plan stratégique pour la gestion des RH-SC. 		

Description du projet F2 - Un projet de restructuration du cursus pharmaceutique pour les PGP (Logisticien de santé vs dispensateur)

Objectifs:									
<ul style="list-style-type: none"> • restructuration du cursus pharmaceutique pour les PGP (Logisticien de santé vs dispensateur) 									
Contexte					Impact				
<p>En Côte d'Ivoire, un nombre important de professions médicales et non médicales sont impliquées dans des fonctions de gestion et de chaîne logistique technique. Toutefois, les professionnels de la chaîne d'approvisionnement ne partagent pas un cadre commun pour le développement des compétences et la reconnaissance du rendement. La pénurie de main-d'œuvre qualifiée et motivée, le manque de motivation et de culture commune en faveur du développement de la performance de la chaîne d'approvisionnement à différents niveaux de la pyramide sanitaire pourraient limiter la capacité de mise en œuvre de la plupart des projets PNSCA et leur impact attendu.</p>					<ul style="list-style-type: none"> • Impact : Des professionnels qualifiés et qualifiés dans la chaîne d'approvisionnement qui peuvent influencer les améliorations des opérations de la chaîne d'approvisionnement et être les ambassadeurs du renforcement organisationnel des RH. 				
Résultats attendus									
<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiant d'une reconnaissance formelle du nouveau curriculum, les participants impliqués dans le nouveau curriculum de formation apprendront la planification de la demande, la gestion des stocks, les techniques efficaces d'approvisionnement et de négociation auprès de divers professeurs et professionnels en Logistique et en chaîne d'approvisionnement de différents pays à travers le monde. Les participants devraient être en mesure d'établir des cas d'étude avec des jeux de négociation pour les étudiants, de faire des prévisions appropriées et d'utiliser des outils de gestion des stocks, de mieux se préparer à la planification de la demande et d'être prêts à diffuser leurs connaissances 									
Budget estimé			Portée						
<ul style="list-style-type: none"> • A Confirmer 			<ul style="list-style-type: none"> • A Confirmer 						
Planification des activités									
	Oct-18	Nov-18	Dec-18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021

Développement du curriculum									
Restructuration du programme									
Recrutement des enseignants et formation									
Mise en œuvre et formation des premières promotions									

Description du projet F3 - Soutien du Groupe de Travail Technique (collaboration IHSC-TA et MEDTIC avec PNDAP, NPSP, DIIS, et DPML) pour la formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement, et implémentation du plateforme e-learning

Objectifs : <ul style="list-style-type: none"> Soutenir un groupe de travail technique (IHSC-TA et MEDTIC en collaboration avec PNDAP, NPSP, DIIS et DPML) pour la formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement et la mise en œuvre d'une plate-forme d'e-learning. 	
Contexte	Impact
<p>Les compétences de base en gestion de la chaîne d'approvisionnement acquises par les professionnels de la santé au cours de la formation initiale sont limitées malgré l'intégration récente des modules de formation sur la chaîne d'approvisionnement. L'absence d'un programme de formation individuelle contribue à démotiver le personnel de la chaîne d'approvisionnement et le manque d'harmonisation des compétences limite la capacité du personnel de la chaîne d'approvisionnement à mettre en œuvre des stratégies et procédures de façon coordonnée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Une plate-forme ouverte avec des modules de base et conceptuels de la chaîne d'approvisionnement qui conduira à une meilleure prise de conscience et compréhension de l'importance de politiques et d'outils solides de RH pour la chaîne d'approvisionnement par le Ministère de la Santé.
Résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> Un des piliers de la professionnalisation de la chaîne d'approvisionnement est le développement des capacités techniques et managériales des professionnels, à travers l'éducation et la formation. Une plate-forme complète d'apprentissage en ligne sera créée pour permettre un accès gratuit à tous les niveaux aux offres de formation qui seront développées et régulièrement mises à jour pour répondre à l'évolution des besoins, consistant en une formation préalable et en cours d'emploi. Les programmes de formation devraient être élaborés en fonction des cadres de compétences. 	
Budget estimé	Portée
<ul style="list-style-type: none"> A Confirmer 	<ul style="list-style-type: none"> A Confirmer

Planification des activités									
	Oct-18	Nov-18	Dec18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021
Développement de la plateforme : <ul style="list-style-type: none"> Construire une plate-forme open source disponible à tous les niveaux pour s'assurer que l'organisation dispose d'un portail de formation informatif pour tous les agents intervenant sur la chaîne d'approvisionnement. Élaborer un plan directeur de formation Définir la stratégie globale de formation, capitaliser les initiatives de formation existantes, définir le mode opérationnel 									
Élaborer des programmes de formation et du matériel de formation alignés sur la stratégie de formation sur la sensibilisation à la chaîne d'approvisionnement, la gestion du rendement, les compétences en leadership et la gestion de projet.									
Mise en œuvre et formations à distance									

Description du projet G - Coordination de projets – outil de visualisation des projets en cours et des ressources utilisées

Objectifs :									
<ul style="list-style-type: none"> Fournir un outil au PNDAP (chargé de coordonner les activités de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé) qui permette d'avoir un aperçu de tous les projets planifiés, des projets en cours et de la participation des parties prenantes, techniquement et financièrement 									
Contexte					Impact				
<p>La cartographie d'appui à la chaîne d'approvisionnement a été identifiée comme une demande par le PNDAP au début du processus à Genève lors de la réunion de préparation de 3 jours avec le Fonds mondial, PNDAP, USAID et l'équipe Swiss TPH en janvier 2018. Pour répondre à cette demande STPH a développé un outil Excel reprenant les activités de chaque partenaire par composant de la chaîne d'approvisionnement. Cet outil est en annexe électronique du rapport.</p> <p>Ce projet propose de capitaliser sur ce nouvel outil et de développer une plateforme conviviale afin de représenter visuellement les activités de chaque PTF ainsi que les aspects programmatiques et financiers.</p>					<ul style="list-style-type: none"> Meilleure coordination des partenaires au travers d'un mécanisme convenu 				
Résultats attendus									
<p>Budget estimé</p> <ul style="list-style-type: none"> A définir selon les attentes du PNDAP 					<p>Portée</p> <ul style="list-style-type: none"> Toutes les chaînes d'approvisionnement 				
<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'appropriation de la coordination par le PNDAP Une coordination plus efficace, évitant la duplication des activités, les lacunes ou l'utilisation abusive des ressources Obtenir une meilleure visibilité sur qui fait quoi, où et quand Validation des projets basée sur des informations complètes Identification des lacunes financières et opérationnelles 									
Planification des activités									
	Oct-18	Nov-18	Dec-18	Q1 2019	Q2 2019	Q3 2019	Q4 2019	2020	2021
Formation d'un groupe de travail au niveau gouvernemental avec participation des parties prenantes principales									
Définir les besoins exacts d'un tel outil									
Analyse des besoins vs fonctionnalités de différents outils									
Développer ou paramétrer l'outil selon l'option choisie									
Formation du personnel du PNDAP sur l'utilisation de l'outil									
Formation du personnel du GTT médicaments sur l'utilisation de l'outil									
Développer un guide d'utilisateur									

6. Conclusion

L'évaluation a montré que la chaîne d'approvisionnement est considérée comme l'une des priorités du ministère de la Santé. La création d'un programme spécifique (PNDAP), responsable de la mise en œuvre du plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement (PNSCA) et la création de postes régionaux de pharmaciens en témoignent. L'autonomisation de la centrale d'achat publique (NPSP) confirme également cette priorité. Le Ministère de la santé a une bonne capacité à mobiliser des ressources techniques et

financières pour la chaîne d'approvisionnement, toutefois il est démontré que le modèle financier en cours n'est pas pérenne ni effectif aux niveaux des Districts et des ESPC.

L'objectif à court terme est de renforcer la capacité du pays à gérer ses médicaments expirés et d'initier la destruction du stock accumulé de PPI.

A moyen et long terme, il faut espérer que la Côte d'Ivoire bénéficiera de soutiens appropriés pour réaliser les projets proposés dans cette analyse ainsi que les objectifs qu'elle s'est fixés au travers de son Plan Stratégique National de la Chaîne d'Approvisionnement (PNSCA 2016-2020).

PARTIE 2 – Evaluation des capacités des ressources humaines

I Contexte

Plusieurs évaluations de la chaîne d'approvisionnement ont été réalisées ces dernières années en Côte d'Ivoire. Elles ont permis au pays de mener à bien d'importantes réformes de la chaîne d'approvisionnement, dont certaines concernent les ressources humaines. Pour soutenir ces réformes et contribuer à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale, des ressources humaines motivées et compétentes sont essentielles. C'est pourquoi le pays a souhaité procéder à une évaluation complète des capacités des ressources humaines impliquées dans la chaîne d'approvisionnement, afin de définir des actions contribuant à l'amélioration de ses performances

Objectifs

Les objectifs de cette évaluation des RH de la chaîne d'approvisionnement étaient :

- Documenter la capacité de gestion des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique de la Côte d'Ivoire.
- Identifier où et comment améliorer la performance de la chaîne d'approvisionnement grâce à une gestion efficace du personnel de la chaîne d'approvisionnement.
- Documenter les efforts de professionnalisation du personnel travaillant dans les chaînes d'approvisionnement de la santé publique

Le but de cette évaluation était de proposer des actions visant à renforcer les ressources humaines dans la chaîne d'approvisionnement capables de mettre en œuvre la politique pharmaceutique nationale. Les résultats de l'évaluation ont permis de déterminer les projets qui complétaient et étaient intégrés au plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement.

L'évaluation concernait les chaînes d'approvisionnement en santé publique, l'accent étant mis sur la chaîne d'approvisionnement pour les médicaments essentiels et les produits spécifiques aux programmes (NPSP), la chaîne d'approvisionnement pour les vaccins (DCPEV/INHP), et la chaîne d'approvisionnement pour les produits sanguins (CNTS). Tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ont été inclus dans l'évaluation. L'équipe d'évaluation, ainsi que les décideurs du pays et le sponsor ont convenu que l'évaluation couvrira toutes les composantes fondamentales d'une gestion complète et efficace des ressources humaines. Ainsi, les cinq blocs fondamentaux définis par Capacity plus et le programme USAID/DELIVER ont été inclus.

Méthode

La méthode d'évaluation est décrite dans le document Human Resource Capacity Development in Public Health Supply Chain Management: Assessment Guide and Tool⁸.

Ce document fournit également des outils et des modèles qui ont été utilisés dans la mise en œuvre de la collecte de données. Les outils ont été traduits en français et adaptés au contexte local.

L'évaluation recueille de l'information sur cinq composantes fondamentales, ou éléments constitutifs des ressources humaines pour la santé (RHS). Ces éléments constitutifs constituent une approche globale de l'évaluation et de la gestion des ressources humaines. Ces éléments constitutifs des RHS sont :

- **Bloc 1 - Construire des groupes puissants.** Groupements, ou parties prenantes, qui assurent le leadership technique et le plaidoyer dans le domaine de la gestion de la chaîne d'approvisionnement (GCA), ainsi que la gestion des ressources humaines.

⁸ Human Resource Capacity Development in Public Health Supply Chain Management: Assessment Guide and Tool : <https://peoplethatdeliver.org/ptd/resources/people-deliver-hr-scm-assessment-tool>

- **Bloc 2 - Optimiser les politiques et les plans.** Politiques, plans et procédures opérationnelles normalisées (PON) connexes qui appuient le développement et la gestion des ressources humaines, y compris les systèmes de financement et d'information sur les ressources humaines.
- **Bloc 3 - Développer la main-d'œuvre.** Initiatives axées sur l'identification et la constitution d'une main-d'œuvre solide, y compris le recrutement, le développement et le perfectionnement des compétences, ainsi que la formation initiale et continue.
- **Bloc 4 - Augmenter l'efficacité des effectifs ou la gestion des performances.** Des initiatives qui identifient et améliorent le rendement de la main-d'œuvre, y compris le maintien en poste, la supervision, le mentorat et l'encadrement, ainsi que la délégation des tâches.
- **Bloc 5 - La professionnalisation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement.** Processus utilisé pour définir ou établir les rôles de la chaîne d'approvisionnement, ou un ensemble de responsabilités ou de compétences, en tant que profession.

La méthode développée par USAID/DELIVER détaille 40 éléments constitutifs des 5 blocs. L'étude en Côte d'Ivoire exclut l'analyse de certains éléments des blocs qui ne semblaient pas pertinents. Ainsi, le nombre total d'éléments constitutifs a été réduit à 31.

Approche

Pour évaluer la capacité des ressources humaines et déterminer les projets transformants, l'équipe a procédé à une revue documentaire, à des entretiens semi-structurés avec des cadres supérieurs et à des discussions de groupes (focus group).

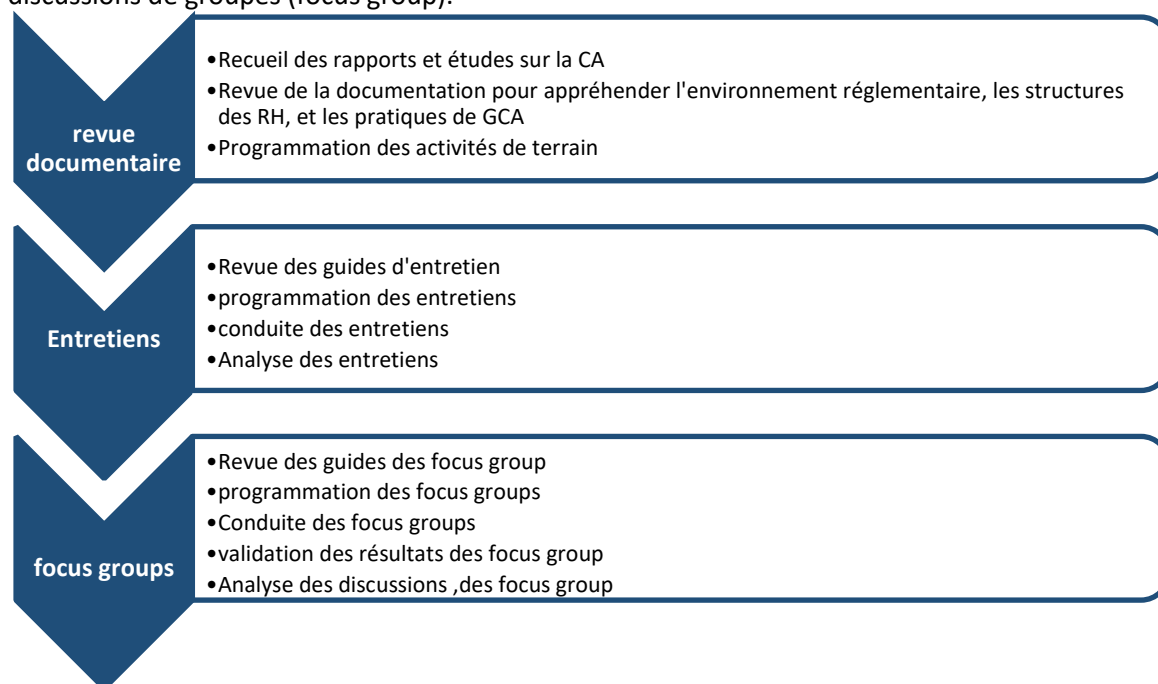


Figure 19 : processus de recueil des données

a. Revue documentaire

L'équipe d'évaluation a procédé à un examen des principaux documents relatifs à la chaîne d'approvisionnement de la Côte d'Ivoire. Parmi les catégories de documents qui ont été examinés, mentionnons les documents de politique, les lignes directrices opérationnelles, les rapports d'évaluation, les plans stratégiques et opérationnels, ainsi que les documents administratifs et les décrets officiels. La revue documentaire a été effectuée à distance. Les résultats, basés sur les documents disponibles, ont été utilisés pour définir les objectifs et la portée de l'évaluation. Ceux-ci ont été validés avec le pays (directeur de coordination du PNDAP) et le Fonds mondial lors d'une réunion organisée à Genève 2 semaines avant la phase de recueil des données dans le pays.

b. Entretiens avec les parties prenantes clés

Une liste d'informateurs clés a été établie par l'équipe d'évaluation. Ils ont été choisis parmi les parties prenantes au niveau central qui ont une bonne connaissance de la gestion des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement du pays.

Les données ont été recueillies auprès des intervenants clés lors d'entretiens semi-structurés menés dans le milieu de travail des participants. Les grilles d'entretien ont été adaptées par l'équipe d'évaluation en fonction des rôles et responsabilités des différents informateurs.

c. Focus groups

Trois discussions de focus group ont été organisées au niveau central, régional et de district. Le choix de la région et du district a été fait délibérément, en tenant compte de l'accessibilité des sites. Les participants aux groupes de discussion ont été identifiés en fonction de leur implication dans la chaîne d'approvisionnement et la gestion des ressources humaines.

Table 1: focus groups

	Niveau central	Niveau Régional	District
Lieu	Abidjan	Aboisso	Grand Bassam
Date	27 March 2018	28 March 2018	1er avril 2018
# participants	40	18	19

Au niveau central, les participants étaient des cadres supérieurs du MSHP (DGS, PNDAP, NPSP, PNLN, PNLN, PNLN, DPML, INHP, LNSP, DIIS, DIEM, DC-PEV, CNTS, PNN, PNSME), des partenaires techniques et financiers (UNICEF, USAID, ISHTA, Expertise France, SWEDD), des représentants des institutions de formation (INSP, INFAS) et des organisations de la société civile (syndicat des pharmaciens, syndicat des assistants pharmaciens, plate-forme des consommateurs). Au niveau régional, les participants étaient des cadres supérieurs de la Direction régionale de la santé, de l'hôpital régional, de l'administration locale et décentralisée et des partenaires. Au niveau du district, les participants étaient des membres de l'équipe cadre de santé de district, de l'hôpital de district et des établissements de santé.

Dans chaque session, les participants ont été divisés en deux groupes. Un groupe couvrant les blocs 1, 2 et 5 ; l'autre groupe couvrant les blocs 3 et 4. À la fin des discussions de groupe, tous les participants

ont été regroupés pour commenter les résultats de chaque groupe, fournir des éléments supplémentaires et proposer des moyens d'améliorer les éléments jugés insuffisants.

Les dimensions de chaque composante ont été évaluées par les participants sur une échelle de 0 à 4 ; la maturité des dimensions des blocs a été évaluée de 0, si elles n'existaient pas du tout à 4, si elles étaient entièrement développées et appliquées de manière cohérente et uniforme avec le financement et le soutien des parties prenantes (le cas échéant). Les résultats à tous les niveaux ont été rassemblés et vérifiés au cours d'une session de validation.

Cadre stratégique des ressources humaines du secteur santé

Le cadre juridique et institutionnel applicable à la chaîne d'approvisionnement est celui du secteur de la santé. Il n'existe pas de situation juridique spécifique pour la chaîne d'approvisionnement. Le décret n° 2016-598 du 3 août 2016 portant organisation du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique mentionne les structures de gestion de la santé, dont certaines activités relèvent de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le rôle de ces derniers sont décrits dans la section "Identification des rôles dans la chaîne d'approvisionnement" ci-dessus.

Les structures de la chaîne d'approvisionnement sont majoritairement des entités publiques, à l'exception des N-PSP par exemple. La grande majorité du personnel travaillant dans la chaîne d'approvisionnement sont des fonctionnaires de l'Etat ivoirien ou, plus rarement, du personnel contractuel du gouvernement ou des structures décentralisées des programmes et d'autres projets. Il y a donc 2 statuts pour les agents travaillant dans les projets et les programmes:

- Les fonctionnaires régis par la loi n° 92-570 du 11 septembre 1992 portant statut général de la fonction publique et ses décrets d'application.
- Ou/et du personnel sous contrat avec le Ministère pour la mise en œuvre de projets. On les retrouve dans les différents programmes (PEV, PNDP, PNLS, PNLP, PNLP....). Ils sont régis par la loi n° 95-15 du 12 janvier 1995 portant Code du travail, telle que modifiée par la loi n° 97400 du 11 juillet 1997, et par des conventions collectives interprofessionnelles. Ils ont des contrats à durée déterminée (CDD).

Le cadre réglementaire de la gestion du personnel suit le Code de la fonction publique et les textes régissant le personnel de la fonction publique. Il n'existe pas de textes spécifiques applicables au personnel travaillant dans la chaîne d'approvisionnement. Les lois, règlements, politiques, stratégies, outils mis en œuvre pour la gestion du personnel impliqué dans la chaîne d'approvisionnement sont ceux du service public ou du secteur de la santé. Les structures de gestion du personnel sont celles de l'administration publique (ministère du Travail et ses entités décentralisées) et celles du ministère de la santé.

Politiques nationales de développement sanitaire

Depuis 2009, le MSHP a adopté une politique pharmaceutique nationale, élaborée avec l'appui technique et financier de l'OMS, et un plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement (PNSCA 2016-2020). Il contient des indicateurs de rendement et un cadre de surveillance du rendement. Cependant, le cadre de gestion des RH et de ses performances n'est pas clairement défini.

Le plan stratégique de SC-HR n'existe pas ; le département des RH du MSPH s'efforce d'établir une stratégie de gestion des ressources humaines. Des documents de stratégie RH ont été élaborés ou sont en cours de finalisation, mais ils ne sont pas encore adoptés ou leur mise en œuvre n'est pas effective.

Constats du diagnostic des ressources humaines Maturité de la gestion des ressources humaines

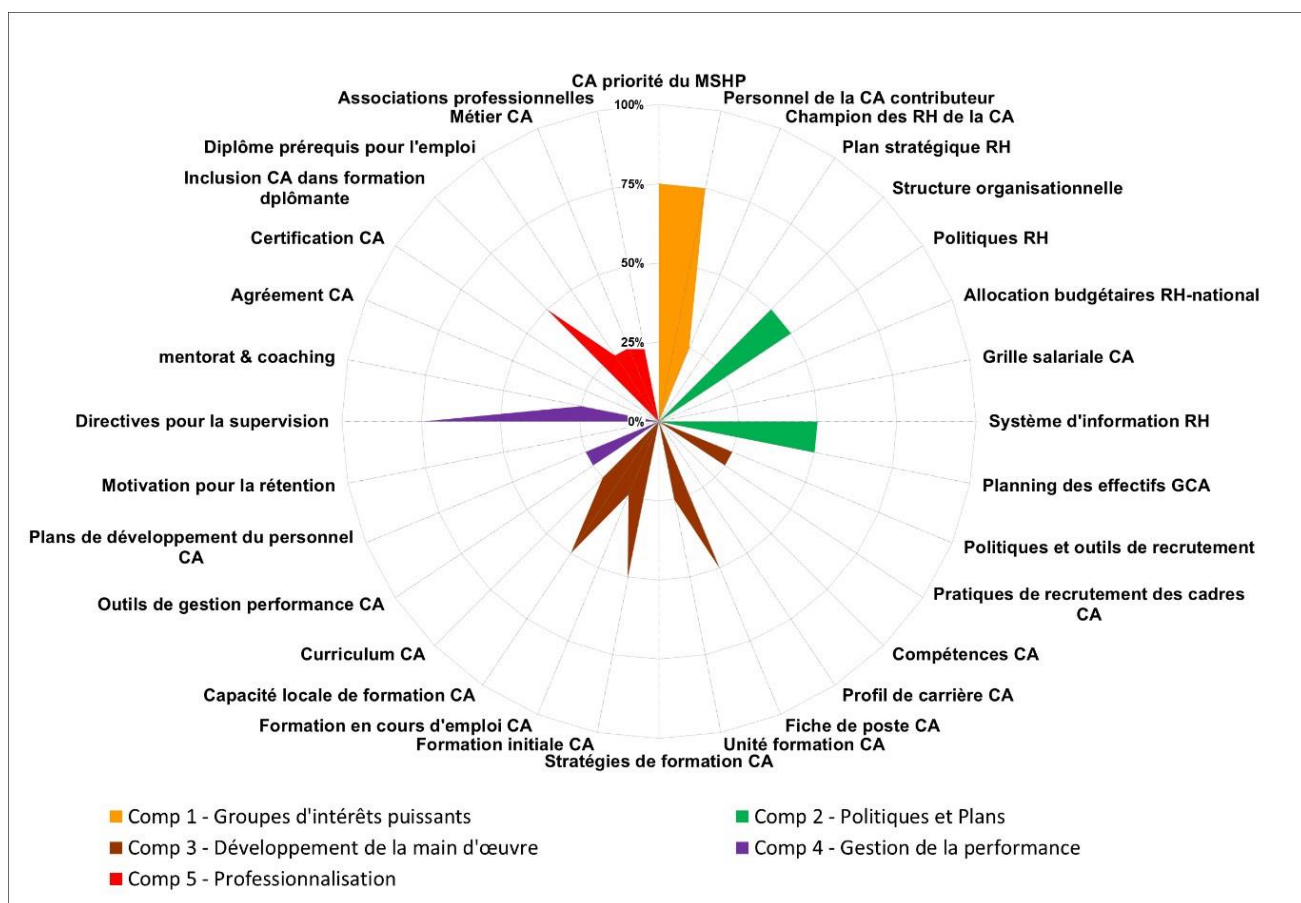


Figure 20 : Niveau de maturité – Niveau Central

Au niveau central, l'engagement des parties prenantes est considéré comme une force pour la chaîne d'approvisionnement et ses RH. L'élaboration de politiques, d'outils et de plans en matière de RH varie grandement d'un programme à l'autre, tout comme la mise en œuvre des procédures. La gestion des performances est perçue comme peu développée, ce qui affecte la motivation du personnel de la CA.

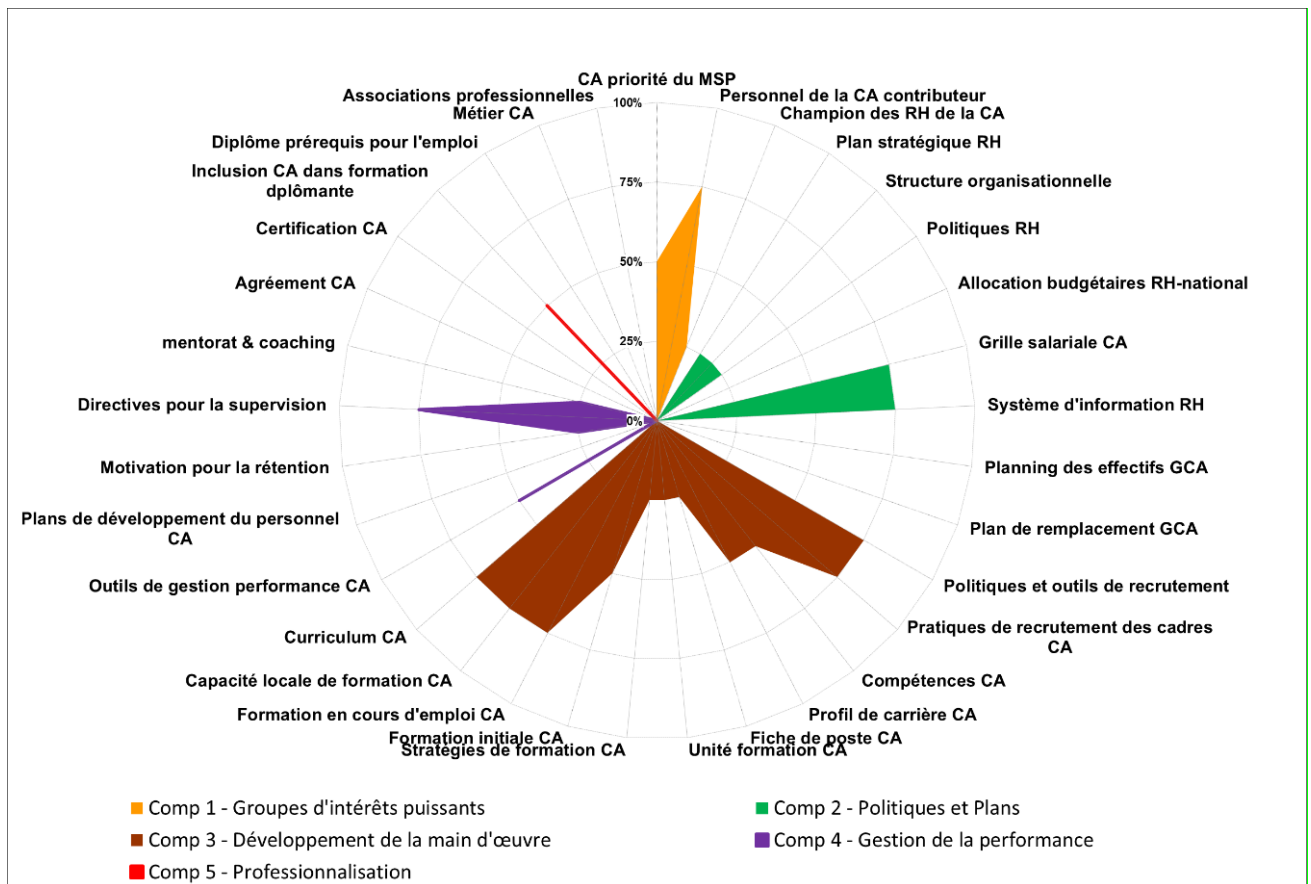


Figure 21 : Niveau de maturité – niveau régional

C'est au niveau régional que le développement de la main-d'œuvre est considéré comme le plus avancé par les participants. Comme aux autres niveaux, la dimension de supervision soutient la composante de gestion des performances. La composante professionnalisation est la moins développée

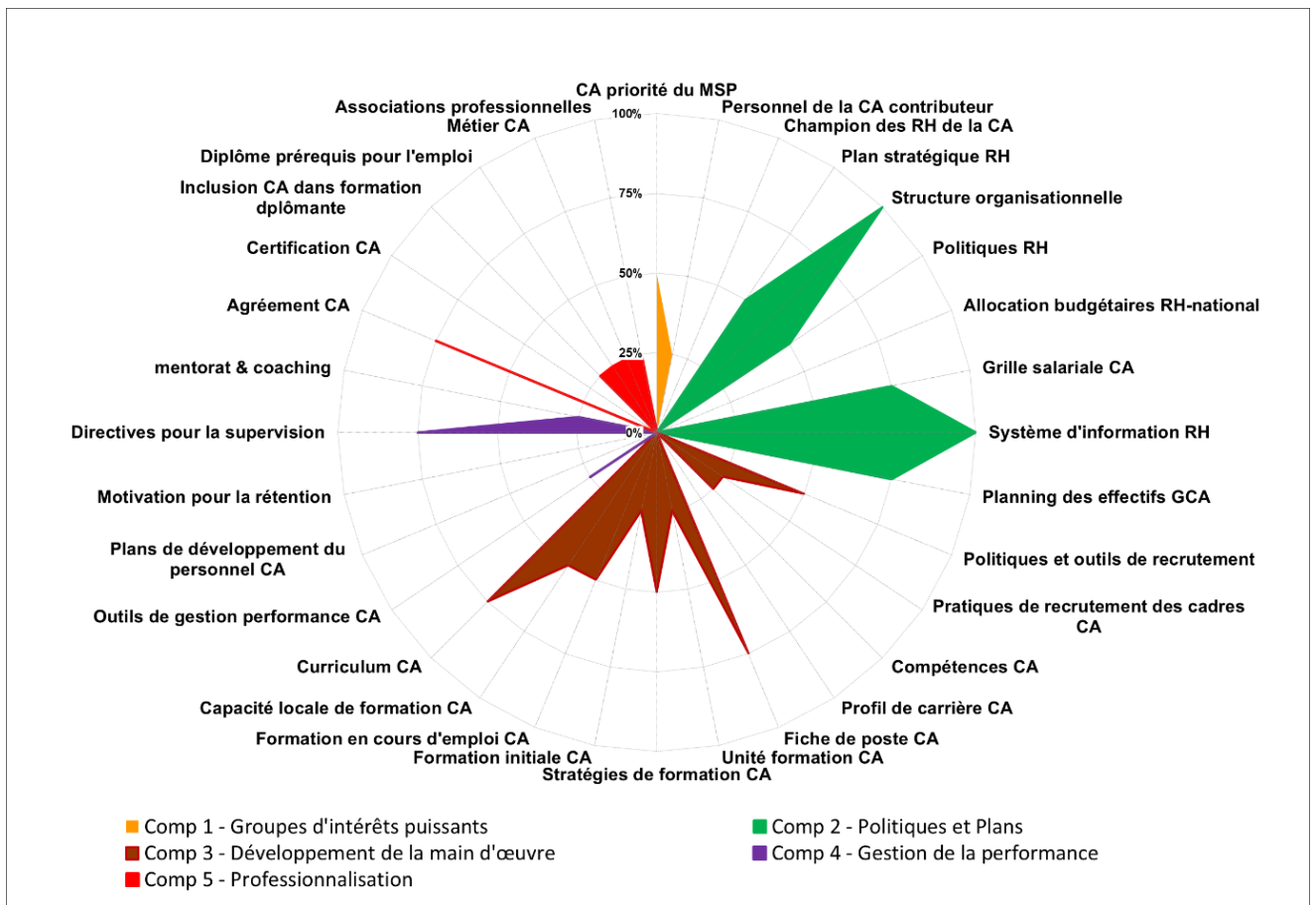


Figure 22: Niveau de maturité - district

Au niveau du district, les scores élevés attribués à la composante des politiques et plans de ressources humaines reflètent la forte autonomie du district sanitaire en matière de planification, essentiel pour l'organisation des services de santé. A ce niveau, les participants ont estimé qu'ils n'avaient pas les moyens d'influencer les stratégies nationales.

Composante 1 – Groupements puissants

Ce module identifie les groupes d'intérêt et examine leur leadership et leur plaidoyer pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement et du personnel afin d'assurer une allocation adéquate, équitable et transparente des ressources pour les RH-CA à tous les niveaux.

L'équipe d'évaluation a examiné les dimensions clés associées à cet élément constitutif :

- La chaîne d'approvisionnement en tant que priorité pour le MSHP.
- Le personnel de la chaîne d'approvisionnement en tant que qu'acteurs impliqués
- Les champions des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement

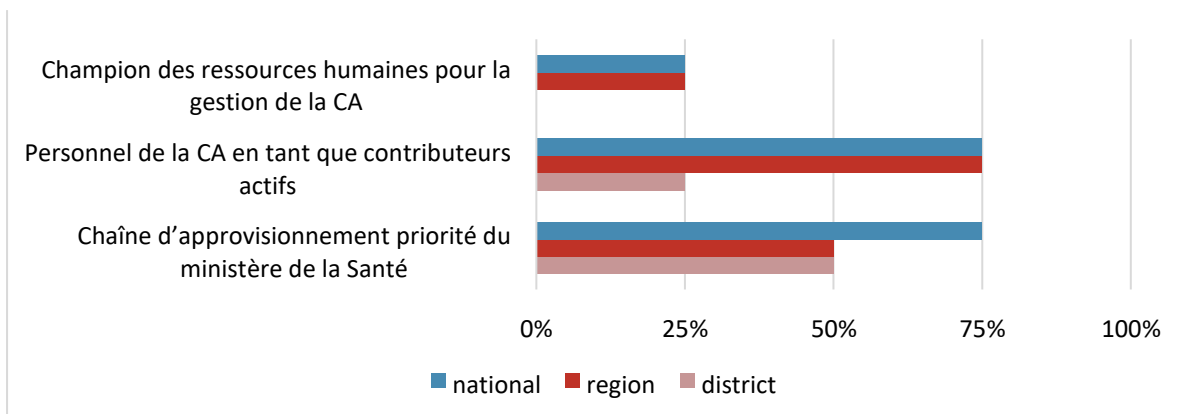


Figure 23: Groupements puissants

Forces et opportunités	Faiblesses et menaces
<p>La chaîne d'approvisionnement en tant que priorité de la MHPH, illustrée par la création de structures et d'organes tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'Ordre national des pharmaciens et le code de déontologie pharmaceutique témoigne de la volonté de l'État ivoirien d'organiser le secteur pharmaceutique pour améliorer l'accès de la population à des médicaments de qualité. • La Politique Pharmaceutique Nationale, le Programme National de Développement de l'activité Pharmaceutique (PNDAP), le N-PSP. • Le développement successif des plans stratégiques de la chaîne d'approvisionnement (PNSCA) • la création de postes de pharmaciens au niveau régional • Un plaidoyer fort conduisant à un soutien technique et financier important. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le niveau de priorité et de considération diffère considérablement d'un programme à l'autre. La majorité du financement est fourni par les partenaires. • Le manque de professionnels spécialisés et qualifiés dans la chaîne d'approvisionnement limite la capacité d'influencer la gestion des RH et les considérations stratégiques. • Autonomie et influence limitées de la région et du niveau périphérique pour les décisions stratégiques. • Aucune considération particulière des RH-CA par la direction des ressources humaines du MSHP • Pas de champion des RH-CA au niveau de la région et du district.

Si la chaîne d'approvisionnement bénéficie des actions de plaidoyer menées par les autorités sanitaires et partenaires, il faut noter que les ressources humaines sont singulièrement peu concernées par ces actions. L'absence d'un leader dans la défense des droits des RH est l'une des principales faiblesses de la CA. Le PNDAP et les pharmaciens régionaux sont considérés comme les mieux placés pour jouer le rôle de champion du RH-CA au niveau central et régional. La capacité des pharmaciens de district dans ce rôle est incertaine. Ces résultats soulignent la nécessité de :

- Identifier et soutenir les champions SC-HR à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ;
- Mieux définir leurs rôles et interactions pour leur permettre d'influencer la gestion du SCHR.

- Développer la compréhension des défis des RH de la chaîne d'approvisionnement par la direction des ressources humaines du ministère de la santé afin de faciliter les actions visant à accroître la spécialisation/professionnalisation des gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement.

Composante 2 – Politiques et plans de gestion des ressources humaines

Cette composante identifie le développement des politiques et des plans utilisés pour gérer le personnel de la chaîne d'approvisionnement. Les politiques et les plans de ressources humaines fournissent un cadre définissant la façon dont les employés sont censés se comporter en situation professionnelle. Les politiques sont des déclarations écrites décrivant les normes et les objectifs d'une organisation et établissant des règles, ou des procédures opérationnelles normalisées, sur la façon dont les employés doivent accomplir leur travail et interagir les uns avec les autres.

L'équipe d'évaluation a examiné les dimensions clés associées à cet élément constitutif :

- Plan stratégique des ressources humaines pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement
- Affectation du budget des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement – National
- Salaire/incitations pour les travailleurs de la chaîne d'approvisionnement
- Politiques en matière de ressources humaines
- Système d'information sur les ressources humaines
- Grille salariale du personnel de la chaîne d'approvisionnement
- Planification de la main-d'œuvre de la chaîne d'approvisionnement • Planification du renouvellement de la chaîne d'approvisionnement

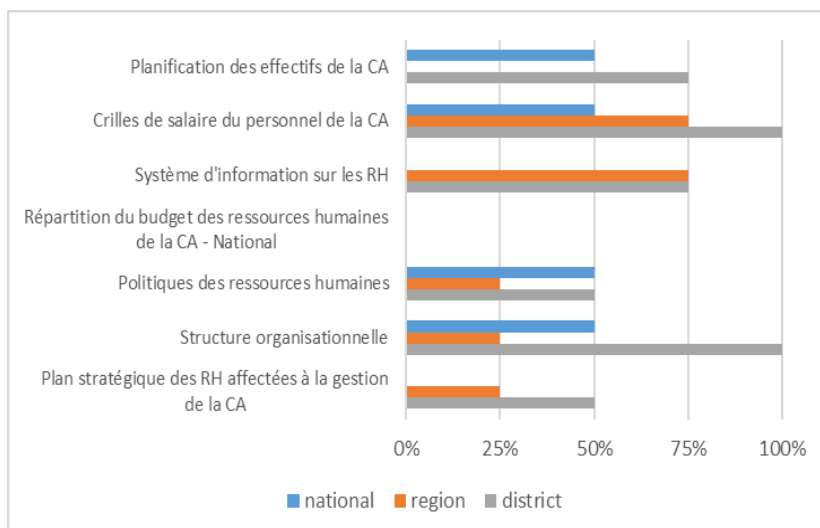


Figure 24 : Politiques et plans



- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Politiques et plans de RH de la chaîne d'approvisionnement illustrés par : • Existence du PNSCA 2016-2020 et du PNDAP qui se concentre sur le renforcement des capacités professionnelles des RH déjà existantes dans le système. • Existence d'un répertoire des métiers de la santé qui inclut un certain nombre de professions dans la chaîne d'approvisionnement en médicaments. • Existence de politiques, de règlements et d'outils de GRH mis à disposition par la fonction publique : descriptions de poste, système d'évaluation et de formation du personnel, etc. • Existence d'organigrammes correspondant aux fonctions de la CA dans certaines structures. Le modèle N-PSP peut contribuer à l'amélioration des performances des autres acteurs de la CA. • Existence d'initiatives, de projets, de programmes en cours de conception et/ou en phase pilote (y compris la formation). L'existence d'outils au sein de certaines structures pourrait être normalisée dans l'ensemble de la CA | <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un plan stratégique des RH pour la CA. • L'absence d'une politique spécifique pour le développement du personnel de la CA. • Manque d'outils spécifiques pour la gestion des RH • Mauvaise application des outils existants (pas toujours mis en œuvre ou mal mis en œuvre). • Difficulté à appliquer les règles de GRH existantes. • Non-participation des directions régionales à la prise de décision et à l'élaboration du plan stratégique national. • Les outils de GRH de la fonction publique ne valorisent pas la performance. |
|---|---|

Les politiques, stratégies et plans existants sont ceux de la fonction publique, caractérisés par une gestion administrative du personnel et ne permettant pas une gestion efficace des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement. Il est recommandé de concevoir des politiques, des stratégies, des plans, des outils spécifiques à la GRH de la CA en adaptant les directives de service public. Le contexte actuel est favorable à cette adaptation des outils de la fonction publique vers une gestion axée sur les résultats tant au niveau régional que national. Les directives UEMOA, en particulier la " Directive N°06/2009/CM/UEMOA sur les lois de finance au sein de l'UEMOA ", imposent à tous les Etats membres une meilleure rationalité dans la gestion des ressources publiques.

La Direction des ressources humaines du MSHP joue un rôle central, en collaboration avec le Ministère de la fonction publique et le Ministère de l'économie, dans l'élaboration des politiques, procédures et outils applicables à la GRH de la CA. Cette direction centrale a exprimé sa volonté de mettre en œuvre les politiques, stratégies, plans et outils nécessaires à une gestion des RH axée sur la performance. Cependant, le DRH a souligné la nécessité d'un soutien technique et financier pour la conception, la validation et l'opérationnalisation des documents de gestion des RH et plus particulièrement pour la prise en compte des spécificités de la CA. La Direction de la formation et de la recherche en santé (DFRS) ne dispose pas de mécanisme de coordination de la formation pour la chaîne d'approvisionnement.

Composante 3– Développement de la main d'œuvre

Cet élément constitutif fait référence aux activités de développement de la main-d'œuvre visant à développer et renforcer les connaissances, les compétences et les spécialités du personnel de la chaîne d'approvisionnement. Les modèles de compétences énumèrent un ensemble de comportements

spécifiques requis pour réussir dans un poste professionnel et fournissent un cadre structuré pour le recrutement, l'évaluation et le renforcement du personnel. Le renforcement de la main-d'œuvre permet de constituer une main-d'œuvre possédant les connaissances, les compétences et les qualités nécessaires à l'exécution des tâches de la chaîne d'approvisionnement.

L'équipe d'évaluation a examiné les dimensions clés associées à cet élément constitutif :

- Politiques, procédures et outils de recrutement de la chaîne d'approvisionnement
- Pratiques de recrutement des cadres de la chaîne d'approvisionnement
- Compétences et cadres de base de la chaîne d'approvisionnement
- Cheminement de carrière des Cadres de la chaîne d'approvisionnement
- Descriptions des emplois dans la chaîne d'approvisionnement
- Unités de formation à la chaîne d'approvisionnement
- Stratégie de formation de la chaîne d'approvisionnement
- Capacité des institutions locales à fournir un enseignement et des formations sur la chaîne d'approvisionnement.

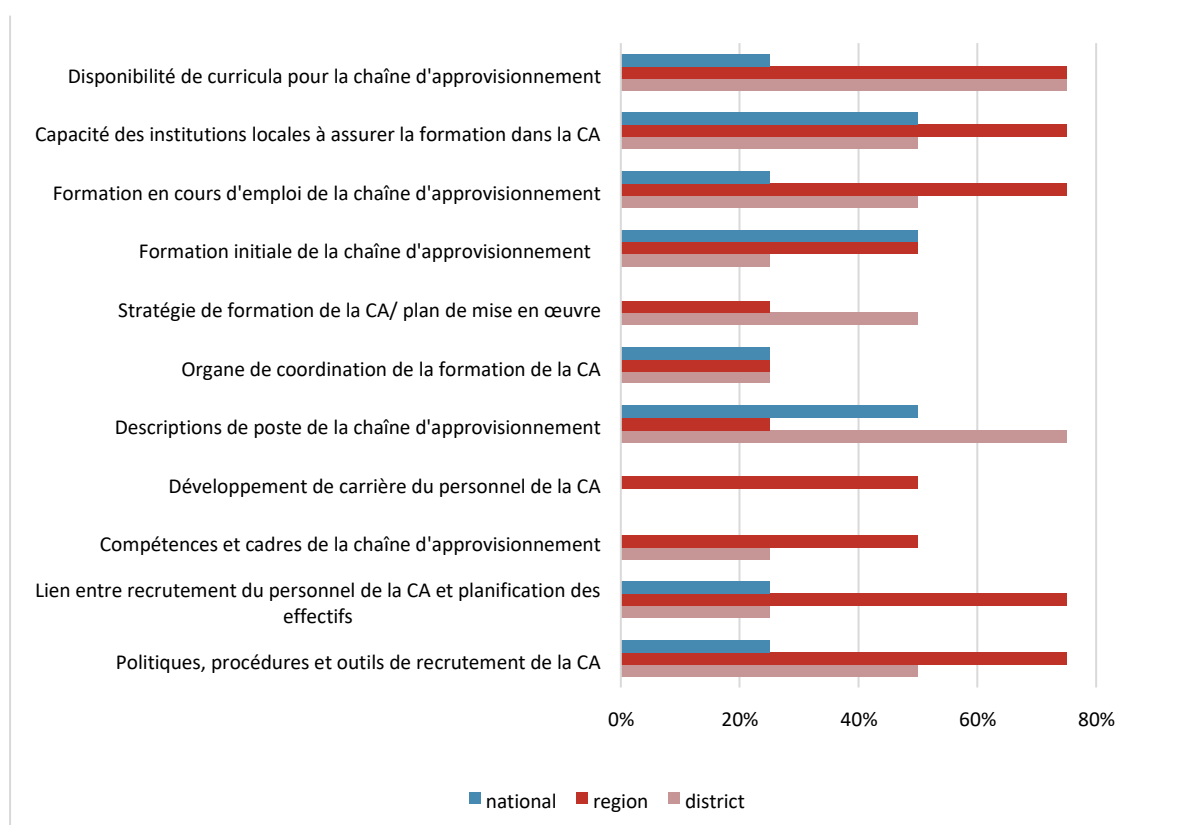


Figure 25 : Niveau de maturité

L'existence d'instituts de formation locaux tels que l'INFAS et la récente révision des programmes de formation ont été bien appréciés par les participants et ont permis à la composante formation d'obtenir de bons scores à tous les niveaux. L'appréciation au niveau central est limitée par le

niveau d'avancement des modules de formation sur la CA et de l'absence de stratégie et de plans de formation. Les fiches de poste existent cependant, elles doivent être mises à jour et leur gestion de ces fiches de poste doit être adaptée. Les participants au niveau central ont souligné l'absence de référentiels de compétences clairement définis pour tous les postes de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux.

Les catégories d'emploi pour la chaîne d'approvisionnement ne sont pas créées et, par conséquent, les descriptions de poste ne sont pas fondées sur un référentiel de compétences. Les points les plus critiqués à tous les niveaux concernent la gestion de carrière, la déconnexion entre les besoins de recrutement exprimés et les dotations. L'écart entre les besoins de renforcement des capacités et la disponibilité et l'accès à la formation. La non-transparence de la gestion des activités de formation.

Forces et opportunités	Faiblesses et menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Politiques, procédures et outils mais non spécifiques à la CA et variant d'une structure à l'autre en fonction de leur statut (public, privé). • Des descriptions de poste existent dans certaines structures. Des mises à jour, l'harmonisation et la généralisation sont nécessaires. • Les besoins de formation et de recrutement identifiés par le biais des mécanismes existants. Toutefois, les liens entre le besoin et l'affectation ne sont pas clairs. • Existence d'institutions de formation locales (INFAS, UFR-SPB). • Des manuels de formation ont été élaborés pour les assistants en pharmacie (PGP), les infirmières (IDE) et les sages-femmes (SF). • Révision en cours des modules de formation pour les pharmaciens. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures de la fonction publique partiellement mises en œuvre • Les référentiels de compétences ne sont pas utilisés ou diffusés. • Les responsabilités en matière de perfectionnement de la main-d'œuvre ne sont pas clairement attribuées dans le cadre de la récente réforme de la CA. • Pas de profil de carrière ou de gestion de carrière pour les professions de la CA. • Absence de stratégie de formation, de plan directeur de formation. Les plans de formation, lorsqu'ils existent, sont limités à quelques institutions. • Aucune allocation budgétaire spécifique pour le renforcement des capacités des RH-CA.

De ces résultats, il ressort la nécessité de mettre en place un mécanisme de développement de la main-d'œuvre adapté aux besoins de la CA. Ainsi :

- Les fonctions de la CA devraient être décrites dans un référentiel de compétences afin de soutenir le développement de politiques et d'outils et d'améliorer l'identification des besoins et l'allocation des ressources.
- Les rôles et responsabilités des parties prenantes impliquées dans les fonctions de la CS à tous les niveaux doivent être clarifiés, ainsi que les relations entre et au sein des différents niveaux du système de santé.

- Les politiques et procédures en matière de RH devraient être élaborées et harmonisées pour la gestion des RH-CA.
- De nombreuses actions de formation sont planifiées ou réalisées mais il manque une stratégie de formation et les structures responsables de la coordination et de la mise en œuvre de la formation devraient être clairement identifiées.

Composante 4 : Gestion des performances de la main d'œuvre

L'objectif de ce bloc est d'évaluer le système de gestion de la performance dans le but d'identifier, d'encourager, de renforcer et d'améliorer le bon comportement professionnel au sein de la chaîne d'approvisionnement. Il s'agit nécessairement d'un ensemble d'outils, de missions de planification, de responsabilités, d'activités, de fixation d'objectifs et de mesure périodique des résultats obtenus par l'agent : mesure de la performance de l'agent par rapport aux objectifs fixés.

L'équipe d'évaluation a examiné les dimensions clés associées à cet élément constitutif :

- Politiques, procédures et outils de gestion de la performance des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement.
- Processus d'évaluation des performances de la chaîne d'approvisionnement.
- Plans de développement du personnel.
- Primes d'encouragement au maintien en poste des cadres de la chaîne d'approvisionnement et incitations à la performance.
- Mentorat et coaching.
- Rétention du personnel de la chaîne d'approvisionnement.
- Disponibilité de programmes d'enseignement de la chaîne d'approvisionnement.

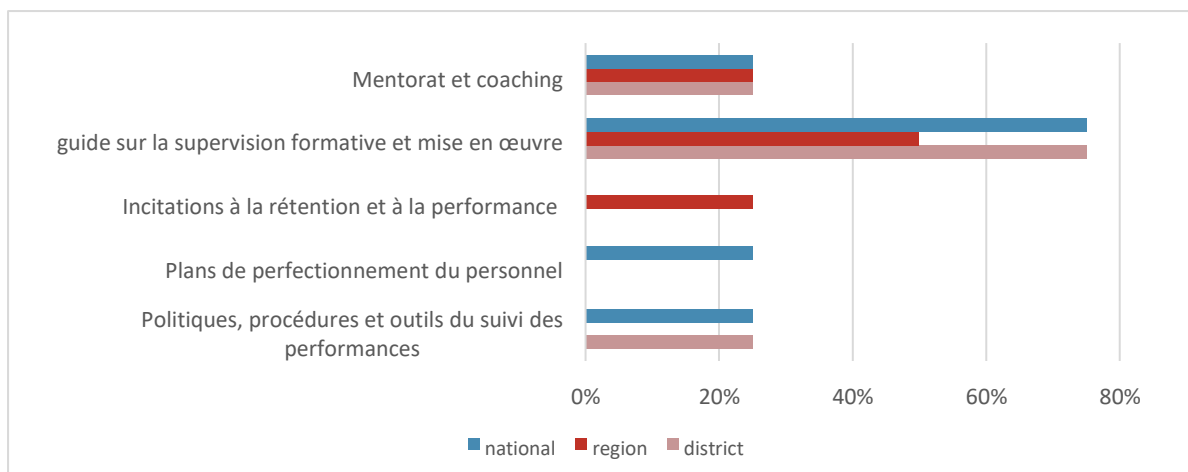


Figure 26 : Gestion des performances

Les trois niveaux central, régional et district ont apprécié favorablement l'existence d'un mécanisme de supervision (guide de supervision et missions de supervision intégrée). Toutefois, des difficultés ont été relevées dans la mise en œuvre de ses missions de supervision en raison des ressources limitées.

L'impact de ces missions de supervision formative a été estimé comme faible, y compris en termes de sanctions (positif ou négatif).

Le mécanisme de mentorat n'est pas formellement mis en œuvre et se traduit par un soutien ad hoc informel ; il n'y a pas de cadre de coaching formel. L'absence d'un cadre de gestion des performances et la déconnexion entre le rendement et les grilles salariales sont des facteurs démotivants ainsi qu'une rémunération déconnectée du mérite. Les participants ont noté l'absence de mécanisme de récompense. Toutefois, l'initiative du financement basé sur les résultats (FBR) en cours dans certaines régions a été appréciée par les participants, particulièrement au niveau district.

Forces et opportunités	Faiblesses et menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Procédures d'évaluation annuelle des performances ; • Projet pilote de financement basé sur les résultats avec des impacts positifs : récompenses du personnel, fonds gérés localement. • Les récompenses délivrées par le MSHP pouvant être considérées comme une base pour un système de récompense. • Existence de guides de supervision, mais leur mise en œuvre est limitée par des contraintes logistiques et financières. • Mentorat et coaching : projet pilote NPSP et nouvelle initiative prévue par IHSC-TA 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activité non liés aux performances individuelles • Pas de stratégie et de plan de développement et de gestion de la performance. • Pas de stratégie de rétention et de promotion des talents • Pas de mécanismes formels de mentorat et de coaching mais un coaching informel des plus jeunes par les aînés. • Aucun lien entre la rémunération et les performances des employés.

Ces résultats mettent en évidence la nécessité de :

- Evaluer le projet pilote FBR avant son déploiement, en veillant à ce que les performances des RH-CA soient prises en compte : définition claire des principaux indicateurs de performance des RH-CA et des mécanismes de suivi et de rapportage. **Composante 5 :**

Professionalisation

Les dimensions de cette composante sont conçues pour évaluer le développement des efforts de professionnalisation visant à formaliser les rôles de la chaîne d'approvisionnement.

L'équipe d'évaluation a examiné les dimensions clés associées à cet élément constitutif :

- Autorisation d'exercer dans la chaîne d'approvisionnement
- Certificat de chaîne d'approvisionnement
- Programme d'études universitaires comme condition préalable à l'emploi
- Les cours sur la chaîne d'approvisionnement sont inclus dans les programmes menant à un diplôme en soins de santé.
- Associations professionnelles de la chaîne d'approvisionnement

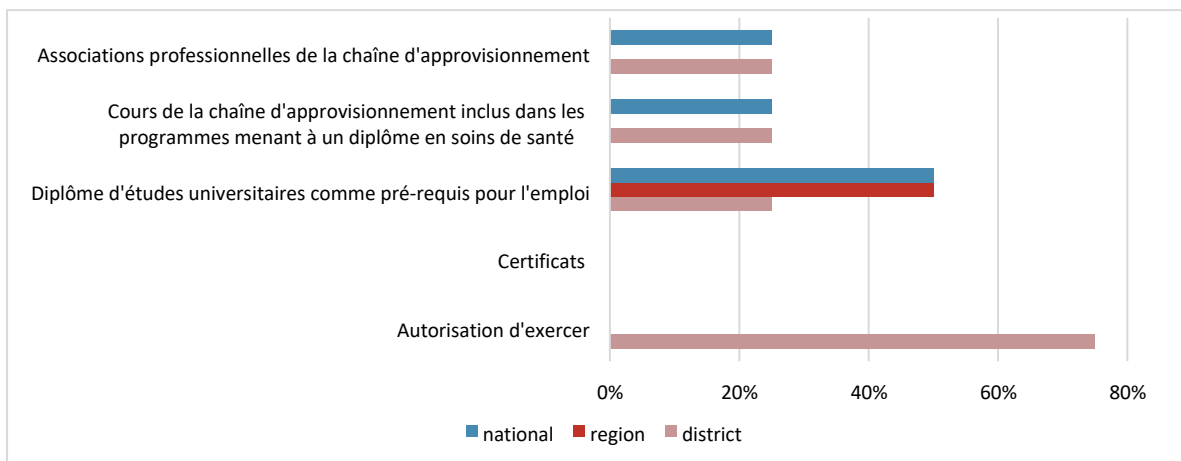


Figure 27 : Professionnalisation

Il n'y a pas de processus pour reconnaître un ensemble commun de responsabilités ou de tâches en tant que profession établie avec des attentes normalisées en matière de compétences pour les professions de la CA. Un nombre important de métiers (pharmaciens, infirmières, sages-femmes, PGP...) non spécifiques à la chaîne d'approvisionnement interviennent dans sa gestion.

Tous les niveaux ont dénoncé le manque de certification, de licence professionnelle pour exercer les métiers de la CA. Les diplômes universitaires existants sont ceux de la santé en général et les intervenants ont souligné la nécessité de créer des cours spécialisés. Les révisions du module de gestion de la CA pour les pharmaciens sont en cours, en attendant leur validation par l'Université.

Les programmes de formation initiale du personnel de la chaîne d'approvisionnement couvrent un domaine de compétence limité. Des formations courtes organisées de manière ad hoc (introduction d'un nouvel outil, défaillances du système) sont régulièrement mises en œuvre. Cependant, elles couvrent les compétences techniques sans aborder les compétences managériales et concernent un nombre limité d'employés

Forces et opportunités	Faiblesse et menaces
<ul style="list-style-type: none"> Pharmacien, médecins et sages-femmes doivent être enregistrés auprès de leur Ordre respectif pour exercer dans le secteur privé et public ; ce qui n'est pas le cas pour PGP et infirmiers. Mise à jour récente du module de formation sur la CA, inclus dans les programmes d'enseignement initiaux en soins de santé (PGP, pharmaciens). Programmes de formation universitaire spécialisés dans la gestion de la CA de la santé dans les pays voisins. Personnel de la CA dédié formé aux fonctions de gestion dans des certaines institutions/programmes (NPSP, DCPEV, INHP) - limité au niveau central/régional. 	<ul style="list-style-type: none"> La gestion de la CA et ses enjeux ne sont pas bien compris par certains acteurs clés (fonctions, activités, personnels) Le nombre de professionnels dédiés exclusivement à la GCA est limité ; manqué de spécialisation dans la gestion de la CA Aucun certificat requis pour exercer des responsabilités dans la chaîne d'approvisionnement Pas de programme de certification ni de formation professionnelle en gestion de la CA en Côte d'Ivoire Les formations disponibles couvrent un nombre limité de fonctions de la CA Pas d'organisation professionnelle spécialisée dans la GCA de la santé (cependant, existence d'ASLOP, UNAPHAF-CI, SYNAPGP-CI)

D'après les constatations précédentes, il en ressort le besoin de :

- Contribuer à la professionnalisation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en créant un éventail de professions (spécialisation des métiers existants), un programme de formation professionnelle et en favorisant le dialogue entre les représentants des organisations professionnels afin de soutenir les intérêts de la profession.
- Élaborer une stratégie de formation fondée sur des référentiels de compétences, comprenant une formation initiale et en cours d'emploi, des certificats professionnels et des programmes de formation offrant des diplômes en gestion de la CA.

Le Centre régional d'excellence pour les métiers de la chaîne d'approvisionnement de la santé (CREMCAPS).

La NPSP a élaboré un projet de création d'un centre régional d'excellence pour les métiers de la chaîne d'approvisionnement en santé. Ce projet est soutenu par le MSHP et ses partenaires. Les principales missions du CREMCAPS seraient d'offrir un développement professionnel continu aux personnes impliquées dans la chaîne d'approvisionnement en santé publique en Côte d'Ivoire et dans les pays de la région, de promouvoir les bonnes pratiques et le partage d'expériences, et de développer l'innovation pour accroître l'expertise nationale et régionale dans les chaînes d'approvisionnement des produits de santé.

Une proposition de projet de 5 ans a été développée et présentée aux partenaires, incluant la définition des missions, une présentation du plan d'affaires et de la structure organisationnelle du centre et du partenariat. La proposition ne décrit pas clairement l'évaluation des besoins de formation qui a appuyé l'élaboration du plan d'affaires et la dimension régionale du centre n'est pas soutenue par une solide analyse des besoins et du marché. Lors de l'assemblée générale annuelle de l'ACAME (Association Africaine des Centrales d'Achat des Médicaments Essentiels) qui s'est tenue en mars 2018 à Abidjan, le conseil a décidé de créer un centre régional d'excellence et de formation basé à Ouagadougou, Burkina Faso.

À ce jour, l'impact de cette récente décision sur le CREMCAPS n'est pas connu. D'une part, les besoins de formation du personnel ivoirien sont importants et nécessitent une approche nationale planifiée et le développement d'une offre de formation adaptée à laquelle le NPSP devrait être associé. D'autre part, la création d'un centre régional d'excellence répond à des besoins avérés ; cependant, des études de faisabilité incluant les aspects institutionnels, techniques et financiers devraient être réalisées afin d'assurer les conditions optimales pour le fonctionnement durable de ce centre. Dans ce cas également, l'expertise du NPSP devrait être prise en compte

Analyse des résultats, propositions de solutions

L'évaluation a révélé des variations significatives du niveau de développement des capacités en ressources humaines d'un projet ou d'une structure à l'autre et entre les niveaux de la pyramide sanitaire. Les compétences insuffisantes des gestionnaires des ressources humaines dans les programmes et les directions centrales limitent l'application de politiques et d'outils efficaces pour développer les RH-CA. Les fonctions de la chaîne d'approvisionnement sont exécutées par un nombre important de professions de la santé. Toutefois, le registre des professions et des métiers ne tient pas compte des spécialités professionnelles liées à la chaîne d'approvisionnement. Il en résulte un manque de politiques et d'outils spécifiques pour développer la main-d'œuvre de la chaîne d'approvisionnement.

Notons le niveau avancé de développement de N-PSP, qui dispose d'une politique et d'outils complets de gestion des ressources humaines. Il est probable que son statut particulier, qui lui confère une autonomie complète vis à vis des règles de gestion des ressources humaines dans l'administration

publique, accompagné d'un leadership fort, lui a permis d'atteindre ce niveau de développement. Les politiques et les outils de gestion des ressources humaines élaborés par la NPSP pourraient être adaptés par l'administration sanitaire et appliqués par les programmes centraux et les directions impliquées dans la chaîne d'approvisionnement des produits de santé.

Le manque de vision et de stratégie pour développer et renforcer les capacités du personnel impliqué dans la chaîne d'approvisionnement limite les activités de formation à des formations ad hoc pour répondre à des besoins spécifiques. De même, la chaîne d'approvisionnement ne bénéficie pas d'un programme de formation spécifique pour spécialiser les professionnels et renforcer leurs capacités au cours de leur carrière. La révision des programmes de formation initiale ne suffit pas pour créer un corps de professionnels capables de concevoir, de mettre en œuvre et de gérer la performance de chaînes d'approvisionnement efficaces.

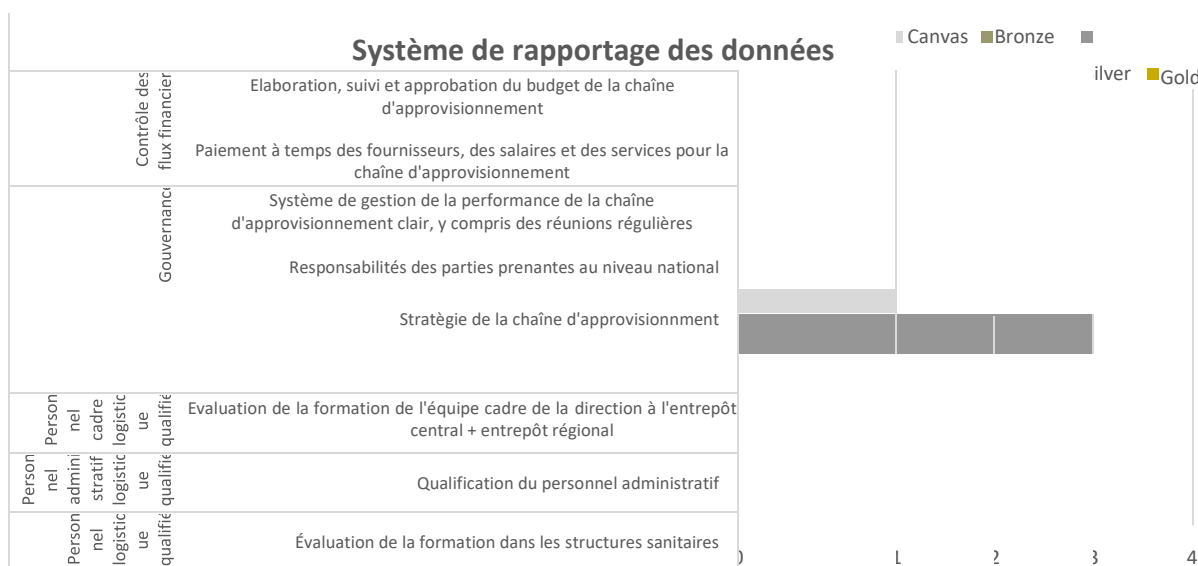
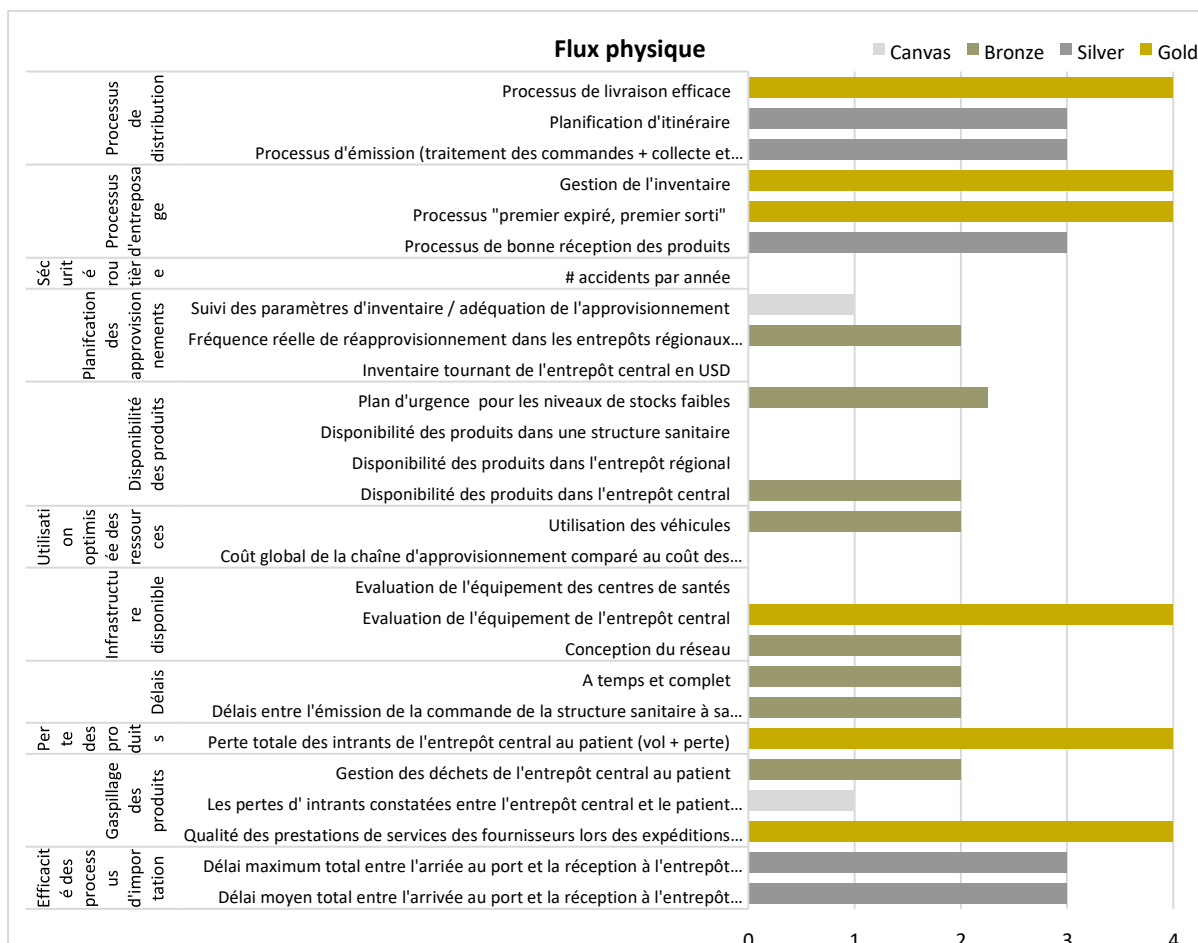
En résumé, les ressources humaines dans la chaîne d'approvisionnement de la Côte d'Ivoire ne disposent pas de politiques et d'outils adéquats pour le développement durable des capacités. Les ambitions du pays pour renforcer la chaîne d'approvisionnement en produits de santé pourraient être limitées par une insuffisance de main-d'œuvre qualifiée et motivée. Il est nécessaire d'élaborer une vision soutenant une stratégie intégrée de développement des capacités en ressources humaines afin d'assurer une main-d'œuvre compétente, reconnue et motivée dans la chaîne d'approvisionnement, dotée de capacités techniques et de gestion adéquates. Le premier axe permettrait le développement de la professionnalisation de la chaîne d'approvisionnement, permettant aux professions de santé déjà impliquées de se spécialiser et de se regrouper pour promouvoir leurs intérêts communs. Le deuxième axe est basé sur le développement d'une stratégie de renforcement des capacités et d'une offre de formation professionnelle appropriée pour la production d'une main-d'œuvre qualifiée afin de contribuer à l'amélioration durable de la performance de la chaîne d'approvisionnement.

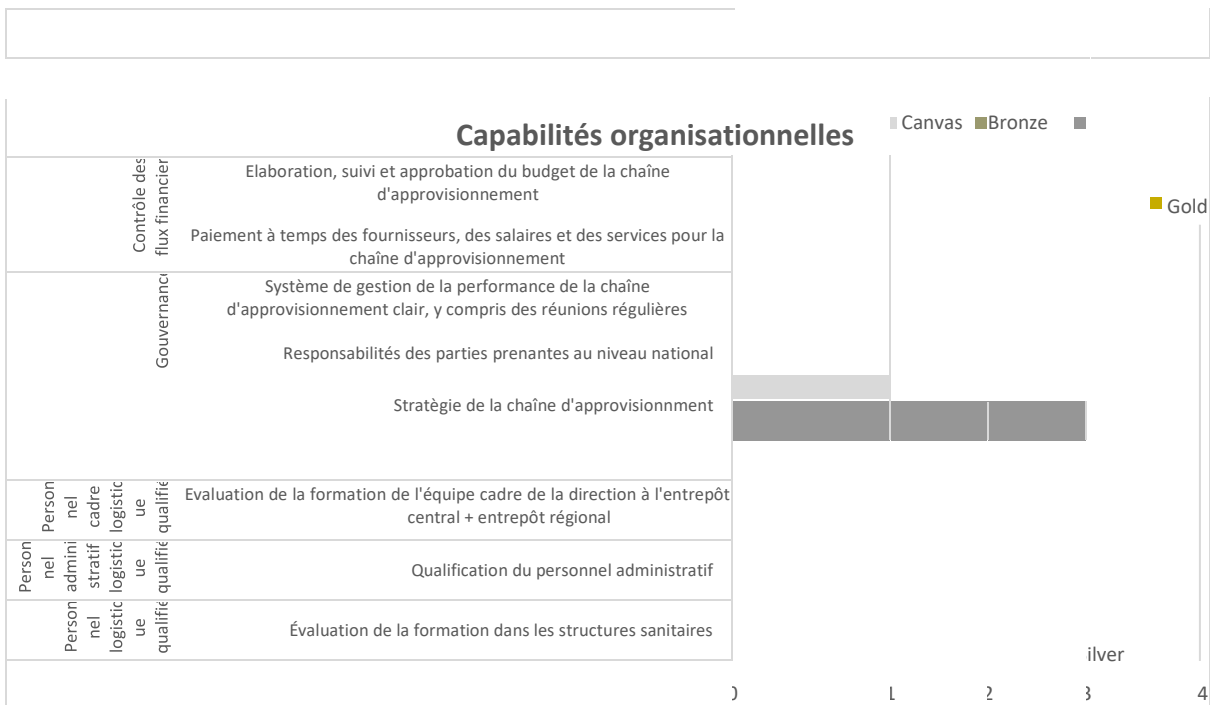
Pour faciliter la mise en œuvre de stratégies de développement des capacités en ressources humaines pour la chaîne d'approvisionnement, un plan d'action à court terme est proposé. Celle-ci est divisée en 4 composantes, visant à établir les conditions techniques et institutionnelles pour la préparation et la mise en œuvre des stratégies décrites ci-dessus :

- Renforcer la capacité du PNDAP à assurer le développement des ressources humaines pour la chaîne d'approvisionnement de la Côte d'Ivoire par l'appui technique aux programmes et à la direction des ressources humaines du Ministère de la santé.
- Mener des actions de plaidoyer et de lobbying pour les ressources humaines dans la chaîne d'approvisionnement en mobilisant des champions parmi les parties prenantes et constituant un groupe d'influence à haut niveau.
- Développer le cadre de compétences pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans le système de santé ivoirien pour les différentes fonctions du CS et aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Préciser les rôles, responsabilités et attributions des différents acteurs impliqués dans la formation afin d'assurer une coordination et une utilisation rationnelle des ressources techniques et financières pour la mise en œuvre de la stratégie de renforcement des capacités.

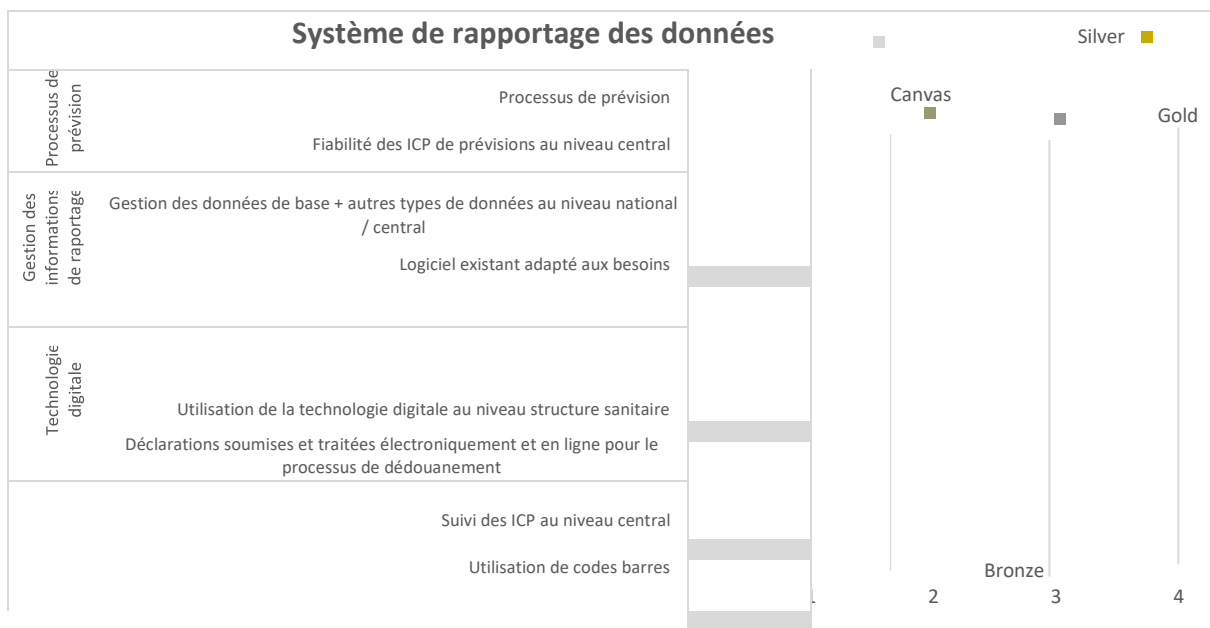
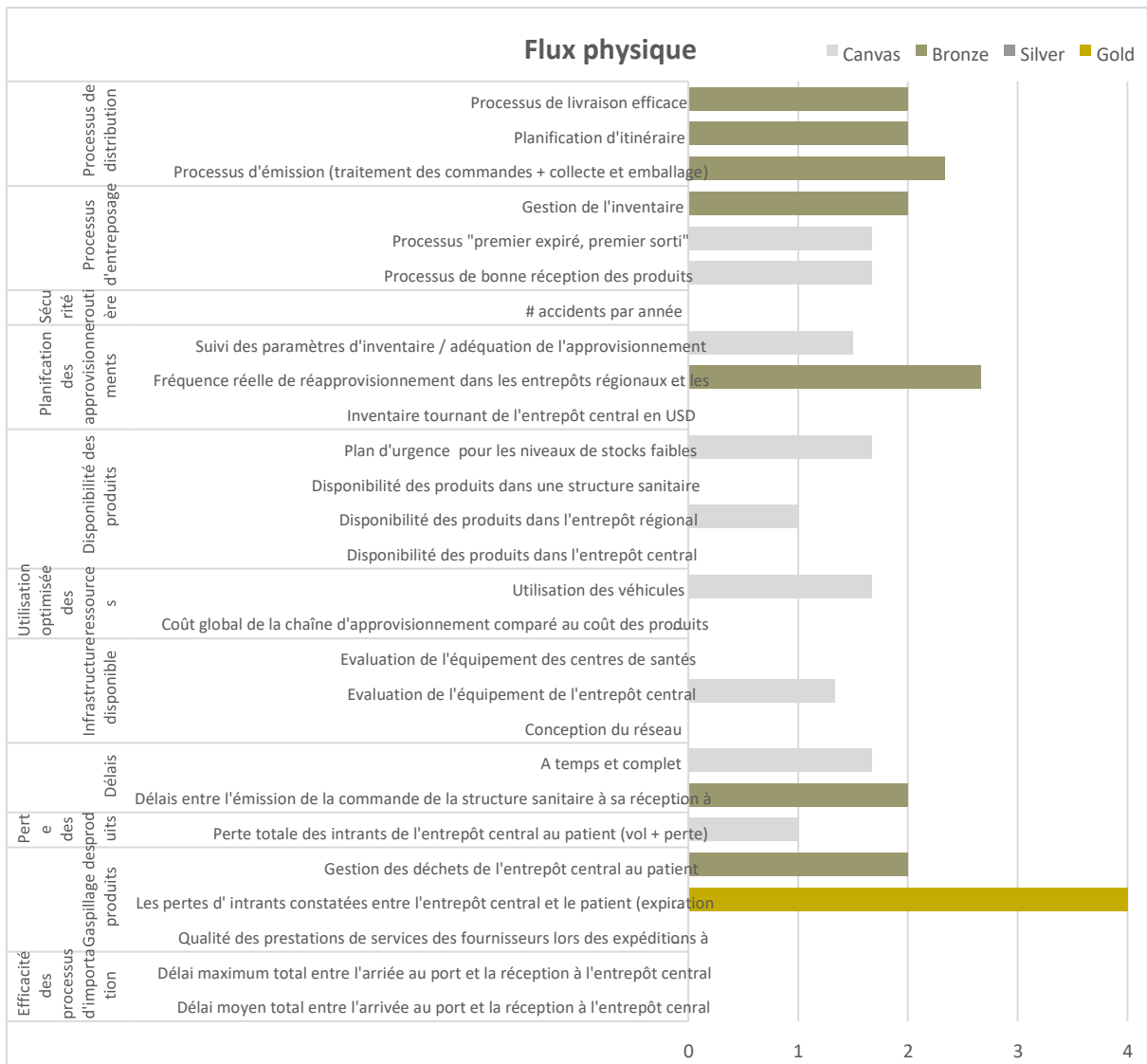
Annexes

Annexe 1. Résultats pour la chaîne CAN-MEIP au niveau Central, par catégorie avec les sousdimensions.

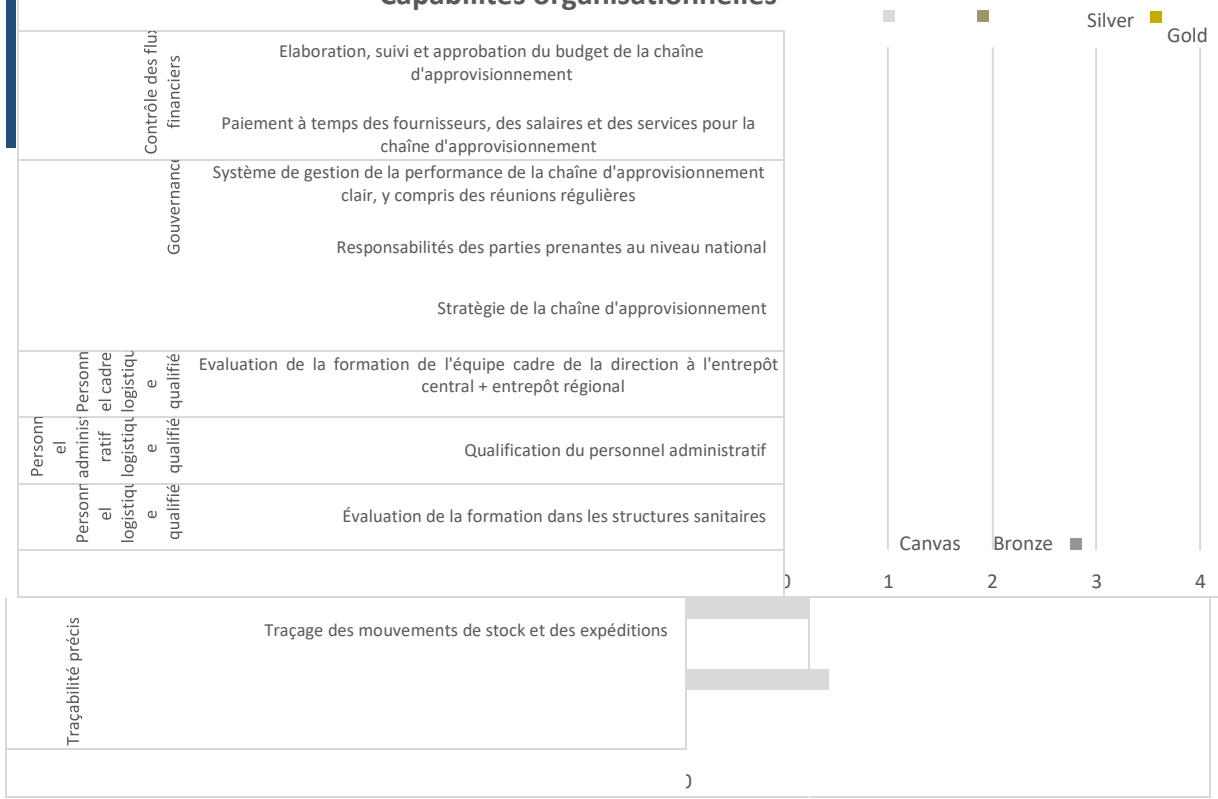




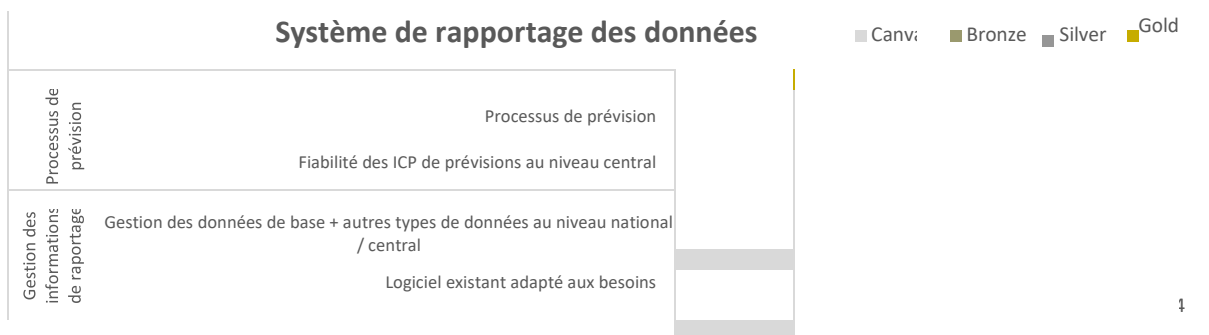
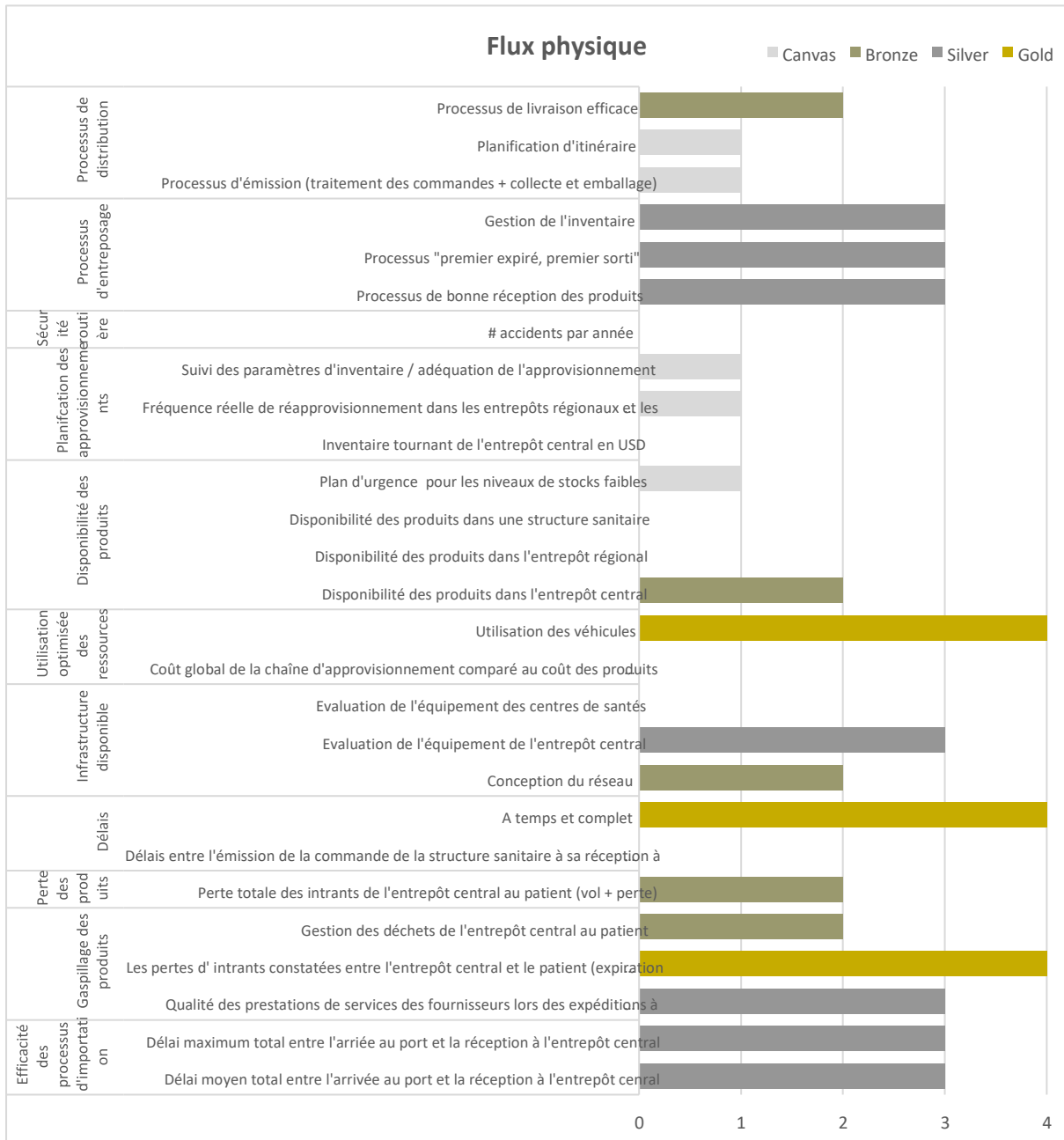
Résultats pour la chaîne CAN-MEIP au niveau District, par catégorie avec les sous-dimensions.

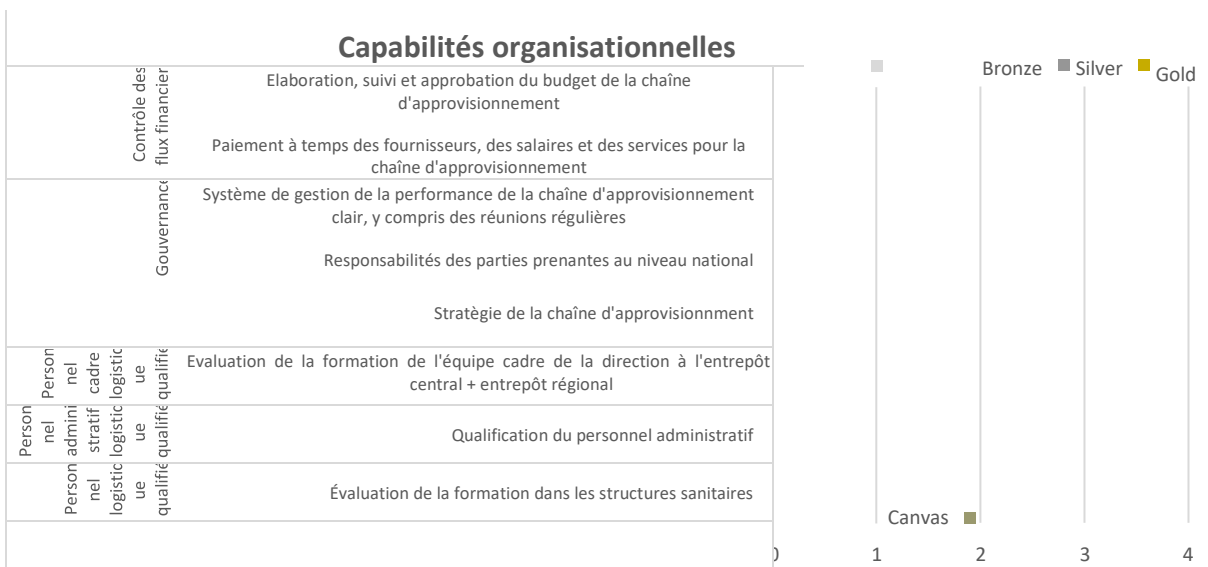
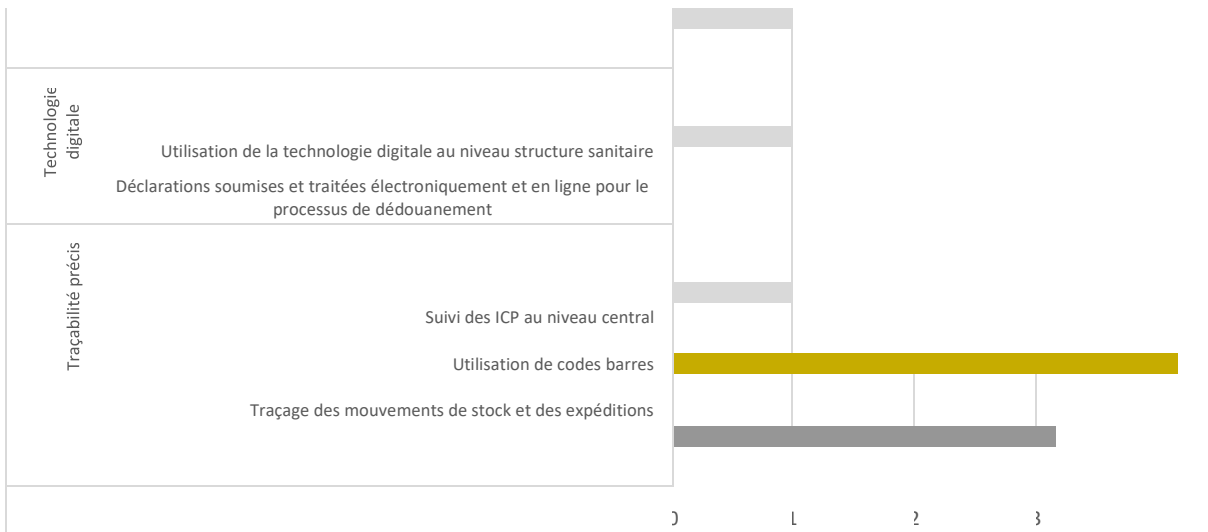


Capabilités organisationnelles



Annexe 2. Résultats pour la chaîne CNTS au niveau National, par catégorie avec les sousdimensions.





Annexe 3. Résultats pour la chaîne PEV au niveau National, par catégorie avec les sous-dimensions.

Flux physique

■ Canvas ■ Bronze ■ Silver ■ Gold

