



Evaluation des systèmes de Gestion des Achats et des Stocks des médicaments antirétroviraux dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF

Rapport final

Juin 2008

UNICEF - OMS - GIP ESTHER

Ce rapport a été préparé durant la période 1^{er} août 2007 au 29 février 2008, par madame Caroline Damour (pharmacien, GIP ESTHER), monsieur Jean-Marc Guimier (consultant pour le bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique Centrale et de l'Ouest) et une équipe de quatre consultants chargés de la réalisation des enquêtes de terrain : madame Maryse Dugue (médecin de santé publique ; Ghana et République Centrafricaine), madame Marie-Louise Ngoko (pharmacien ; Bénin et Cameroun), monsieur le Pr. Anglade Malan Klan (pharmacien ; Burkina Faso, Congo et Côte d'Ivoire) et monsieur Jean-Louis Roche (pharmacien ; République Démocratique du Congo).

Ont également collaboré à la réalisation de ce rapport : Tifenn Humbert (Pharmacien, Chargée de Programme VIH/sida, Bureau Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF), Eric Mercier (Médecin, Conseiller Régional VIH/sida, Bureau Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF), Saliyou Sanni (médecin, Spécialiste VIH/sida Bureau Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF), Vincent Habiyambere (Médecin, département HIV/SSH/AMDS de l'OMS), Thomas Lapnet-Moustapha (pharmacien, OMS AFRO ,Programme régional VIH/sida), Gilles Forte (Pharmacien, département TCM de l'OMS), Magali Babaley (pharmacien, administrateur Technique, département TCM de l'OMS).

Les opinions et interprétations exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement les positions de l'UNICEF, de l'OMS et du GIP ESTHER, ni celles de leurs institutions affiliées, ou des personnes agissant pour leur compte.

Toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans ce rapport ont été prises. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'UNICEF, l'OMS et le GIP ESTHER ne sauraient être tenus responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les auteurs adressent leurs plus vifs remerciements aux autorités nationales, aux bureaux nationaux de l'UNICEF WCARO et de l'OMS AFRO et aux coordonnateurs des projets du GIP ESTHER pour le soutien qu'ils leur ont apporté lors de l'évaluation et particulièrement lors du déroulement des enquêtes de terrain ainsi qu'aux professionnels du secteur VIH/sida, rencontrés au cours de cette évaluation, pour la qualité de leur collaboration.

SOMMAIRE

RESUME.....	5
1. RAPPEL DU CONTEXTE DE L’EVALUATION.....	8
2. ACTIVITES REALISEES LORS DE LA PREMIERE PHASE DE L’EVALUATION	9
2.1 Entretiens avec les responsables d’institutions et organismes impliqués dans la lutte contre le VIH/sida.....	9
2.2 Analyse documentaire.....	11
2.3 Réunion de clôture de la phase 1.....	13
3. PHASE 2 : ENQUETES DE TERRAIN.....	13
3.1 Rappel des termes de références de la phase 2.....	13
3.2 Méthodologie générale.....	14
3.3 Constats généraux	16
3.4 Résultats des enquêtes.....	18
3.5 Difficultés récurrentes	29
4 CONCLUSION	32
ANNEXE 1 PHASE 3 : ATELIER REGIONAL DE RESTITUTION	34
ANNEXE 2 LISTE DES PARTICIPANTS A L’ATELIER	37
ANNEXE 3 AGENDA DE L’ATELIER.....	41
ANNEXE 4 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	44
ANNEXE 5 DONNEES CHIFFREES COMPLEMENTAIRES	48
ANNEXE 6 FICHE DE SYNTHESE DES CONSULTANTS.....	55
ANNEXE 7 METHODOLOGIE DES ENQUETES DE TERRAIN	63
ANNEXE 8 QUESTIONNAIRE D’ENQUETE	74

Liste des principaux acronymes utilisés

ACAME	Association des Centrales d'Achat Africaines de Médicaments Essentiels
AMDS	AIDS Medicines and Diagnostics Service
ARV	Antirétroviral
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
EMEA	European Medicine Agency
FDA	Food and Drug Administration
GAS	Gestion des Achats et des Stocks
GDF	Global Drug Facility
GIP ESTHER	Groupement d'Intérêt Public : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
IO	Infection Opportuniste
JSI	John Snow International
MSF	Médecins Sans Frontières
MSH	Management Sciences for Health
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SCMS	Supply Chain Management System
TAR	Thérapie Antirétrovirale
TCM	Department of Technical Cooperation for Essential Drugs and Traditional Medicine
USAID	United States Agency for International Development

RESUME

Le bureau de l'UNICEF de la région Afrique de l'Ouest et du Centre, en partenariat avec l'OMS (départements TCM, AMDS et le bureau AFRO) et le GIP ESTHER a entrepris en 2007 une évaluation des systèmes GAS pour les médicaments ARV, les médicaments des IO et les moyens de diagnostic.

Cette évaluation a été séquencée en trois phases : (i) l'analyse de la documentation disponible sur la problématique GAS dans les 24 pays de la région Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF, (ii) la réalisation d'enquêtes de terrain, dans un échantillon de pays et, (iii) la présentation, la discussion des résultats de ces enquêtes et la formulation de propositions, lors d'un atelier régional de restitution qui s'est déroulé à Dakar en avril 2008.

L'analyse documentaire a permis d'identifier une série de difficultés rencontrées dans la problématique GAS et communes à presque tous les pays, jouant très souvent en interaction : (i) des ruptures de stock fréquentes dans les centres de prise en charge, résultant principalement de la mauvaise estimation des besoins et de l'insuffisante circulation de l'information entre les opérateurs, (ii) un nombre élevé d'acteurs opérant dans des schémas complexes et rigides, (iii) une insuffisante concertation entre les bailleurs de fonds et les centrales publiques d'achat, (iv) le morcellement du cycle d'approvisionnement et, (v) la multiplicité et le manque de souplesse des procédures d'approvisionnement. Cette analyse a révélé par ailleurs que le volume d'information concernant la problématique GAS, dans les documents analysés était généralement de faible qualité et peu utile pour établir une typologie des problèmes rencontrés. Cette situation procède de ce qu'au-delà des thèmes traités, les niveaux de pertinence des documents sont très variables, allant de simples rapport de mission d'une durée de moins d'une semaine, réalisée par une personne seule, sans suivre une méthodologie de travail connue, jusqu'à des études et des évaluations lourdes, réalisées par des équipes, pluridisciplinaires, sur une durée de plus d'un mois et sur la base d'une méthodologie validée.

A l'issue de cette première phase, une réunion a été organisée à l'OMS (Genève, octobre 2007) avec pour objets : la présentation du rapport préliminaire de phase 1 et la discussion de son contenu, l'identification des pays où se dérouleront les enquêtes au cours de la phase 2 de l'évaluation, la finalisation de la méthodologie qui sera utilisée pour les enquêtes et la mise en place d'un calendrier de réalisation.

La deuxième phase du processus d'évaluation avait pour objet la réalisation d'enquêtes de terrain dans 8 pays identifiés à l'issue de la première phase de l'évaluation (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, République du Congo, Ghana et République Démocratique du Congo), qui représentent, dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF, 43 % de la population totale, 48 % des PVVIH et 58 % des enfants affectés par le sida. L'objectif des ces enquêtes était de collecter, dans ces pays, les informations, nécessaires à l'analyse des systèmes GAS pour les médicaments ARV, IO et des moyens de diagnostic, d'analyser les données collectées afin de dresser un constat de la situation reflétant une situation générale.

Sur la base des conclusions de l'analyse documentaire réalisée lors de la phase 1 de l'évaluation, un questionnaire d'enquête a été élaboré pour collecter des informations objectives sur la situation générale de la problématique GAS dans les pays de l'échantillon. Ce questionnaire a été testé au Gabon en novembre 2007, puis modifié en conséquence. Il est structuré en 4 principales sections : (i) 3 sections concernant des informations d'ordre général sur le contexte, (ii) 10 sections qui couvrent l'ensemble des aspects des approvisionnements et de la gestion des stocks, (iii) 3 sections analytiques (visite de centres de prise en charge, description du schéma d'approvisionnement et de distribution et principales carences et dysfonctionnement relevés dans la chaîne GAS) et, (iiii) une section des coordonnées des personnes ressources.

La méthodologie d'enquête est organisée autour de trois axes : (i) analyse de la documentation collectée sur le terrain par les consultants, (ii) complétion du questionnaire d'enquête, dans le cadre de réunions de travail et d'entretiens structurés avec des personnes jouant un rôle clé dans le dispositif national de lutte contre le VIH/sida, appartenant soit à des organismes et institutions nationale, soit à des organismes et institutions multilatérales ou bilatérales impliquées aux plans technique ou financier, dans la lutte contre le VIH/Sida et, (iii) visite dans chaque pays de 3 centres de prise en charge des PVVIH et analyser leur fonctionnalité.

Les données ainsi collectées sont analysées sous deux angles : (i) quantitativement pour ce qui concerne les données chiffrées collectées dans les domaines généraux (organisation du secteur pharmaceutique, organisation de la lutte contre la maladie, analyse des prix, participation des malades aux coûts de traitements, etc.), (ii) qualitativement pour ce qui concerne les données touchant principalement à l'analyse du cycle GAS et les informations collectées lors des visites de centres de prise en charge.

Les principaux résultats dégagés par les enquêtes sont les suivants :

- Les moyens déployés dans la lutte contre la maladie sont très variables, à la fois pour ce qui concerne la proportion, dans la population vivant avec le VIH, de malades éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, mais aussi, pour ce qui concerne le nombre des structures de soins, la répartition géographique de ces structures et les principaux équipements fonctionnels permettant d'assurer le dépistage et le suivi immunobiologique des malades et notamment le faible nombre de machine PCR pour le dépistage précoce des enfants.

- Dans le domaine réglementaire, tous les pays de l'échantillon disposent de textes fondamentaux concernant la politique pharmaceutique, les procédures d'enregistrement et les listes de médicaments essentiels, incluant les médicaments entrant dans les thérapies antirétrovirales, mais leur situation est beaucoup plus contrastée s'agissant des médicaments génériques : seulement la moitié des pays disposent d'un cadre réglementaire et législatif assez complet avec, notamment, un ensemble de textes favorisant l'utilisation des médicaments génériques (politique de promotion du médicaments génériques, procédures d'enregistrement spécifiques pour les MEG, existence d'un droit de substitution et présence de laboratoires de contrôle de qualité opérationnels, disposant d'un plateau technique leur permettant de contrôler la qualité des médicaments ARV).

- En matière de prix d'achat, on observe des écart importants d'un pays à l'autre : de 1,20 pour la Didanosine 200 mg. 30 cp. (Prix le plus bas : 19,5 USD, prix le plus élevé 23,5 USD) à 2,96 pour l'Abacavir 300 mg. 60 cp. (Prix le plus bas : 30,5 USD, prix le plus élevé 90,5 USD). Ces écarts semblent davantage relever des modalités de livraison (terre, air, mer) et des techniques d'achat employées plutôt que de la situation géographique des pays acheteurs car les prix les plus élevés ne se trouvent pas dans les pays les plus enclavés comme on aurait pu s'y attendre.

- La gratuité des traitements, des dépistages, des dosages de CD4 et du suivi biologique, n'est effective que dans un seul pays et une participation d'un montant extrêmement variable est demandée aux malades, pour l'un ou l'autre de ces postes de dépenses et peut atteindre, tous postes de dépense confondus, un montant annuel dépassant 150 USD ce qui correspond à près de trois mois de salaire d'un agent de la fonction publique le moins qualifié dans les pays d'Afrique sub saharienne.

- L'analyse des 9 activités qui constituent le circuit GAS (prévision des besoins, achats, suivi des commandes fournisseurs, réception des produits, contrôle de conformité, stockage des produits, contrôle de qualité, paiement des fournisseurs et distribution), montre que le nombre d'intervenant par source de financement est élevé, allant de 16 à 11 intervenants. Quant au nombre d'intervenant par type d'activité il va, pour la moyenne des pays, de 3,3 (1 – 8) pour l'activité prévision des besoins à 0,5 (0 – 2) pour l'activité contrôle de qualité des médicaments. Cette multiplication du nombre des sources de financement et d'intervenants constitue un facteur de surcoût sans aucune contrepartie technique ou logistique et complexifie inutilement la problématique.

- Les résultats des visites de 24 centres de prise en charge dans les 8 pays, font apparaître des situations assez médiocres dans certains domaines : conditions de stockage non satisfaisantes, gestionnaires de stocks insuffisamment formés, outils de gestion, même basiques (fiches de stocks), non utilisés de façon systématique et supervisions non systématique ; en revanche, les taux de

disponibilité relevés sont satisfaisants même si tous les centres font état de ruptures de stock dans la période précédant les enquêtes.

In fine, l'analyse fait ressortir 4 difficultés récurrentes commune à tous les pays :

- *Le manque de fiabilité de la quantification des besoins* qui est le problème majeur de la chaîne d'approvisionnement et la première cause de ruptures de stocks ou de péremption des médicaments. Elle a plusieurs origines qui se cumulent : les difficultés rencontrées par les personnels des centres de traitement à dénombrer convenablement le nombre de malades par protocole ou par molécule, les oublis dans ces centres, de signalement des perdus de vue ou des nouveaux malades inclus dans les files, les déclarations de nouveaux malades faites sur la base du pourcentage des objectifs de prise en charge et non sur la réalité, et la technique d'estimation des besoins sur base du profil épidémiologique et non sur la base de l'observation de la consommation.

- *La multiplication des intervenants dans la chaîne d'approvisionnement et le fractionnement de ses fonctions essentielles* (prévision des besoins, passation et suivi des marchés, gestion des commandes fournisseurs et entreposage des médicaments) entre tous ces intervenants, sont des facteurs de perte d'efficacité de la fonction approvisionnement. Dans de tels schémas, les flux d'informations sont le plus souvent à sens unique, allant du bas vers le haut : ainsi, les centrales d'achat rendent régulièrement compte de leur activité, mais ne sont pas suffisamment informées, en retour, de la programmation des commandes fournisseurs, ni des dates auxquelles ces commandes leurs seront livrées ni les quantités correspondantes, ce qui perturbe grandement leur fonctionnement et constitue un facteur de démotivation.

- De nombreuses difficultés résultent de l'incompatibilité entre, d'une part, *une demande mal exprimée* du fait de son caractère dynamique due à la variation constante du nombre de malades, du non respect des protocoles thérapeutiques et du manque de fiabilité des prévisions et, d'autre part, une réponse à cette demande, par la mise en place de techniques d'approvisionnement peu adaptées aux spécificités de la demande : opérateurs parfois insuffisamment expérimentés et connaissant mal à la fois les problématiques du VIH/sida et des approvisionnements, procédures d'achat trop longues et non flexibles, auprès de fournisseurs parfois peu réactifs.

- *Aux fréquentes ruptures de stocks*, parfois générées au niveau central par l'insuffisante flexibilité des procédures d'approvisionnement mises en place et dans les centres de traitement par des dysfonctionnements des circuits de distribution, des commandes tardives et sous estimées, et différents problèmes de gestion, aucune réponse satisfaisante n'a encore été apportée durablement. Les stocks d'urgence positionnés dans différents pays de la région sont sous utilisés pour faire face aux ruptures de stock lors de ruptures de stock, contraignant le personnel soignant de ne pas suivre les protocoles avec comme conséquences, une efficacité thérapeutique moindre et l'apparition de pharmaco résistances.

- Dans beaucoup de pays, l'estimation des besoins, la commande et la réception des médicaments et moyens de diagnostic sont effectuées par les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida sans implication des Centrales Publiques d'Achats ou d'autres opérateurs agréés qui n'apprennent l'existence de ces produits qu'au moment de leur entreposage dans leurs magasins, le plus souvent sans concertation préalable.

L'analyse du contexte a permis de faire deux constats : (i) l'existence de systèmes GAS performants est une nécessité pour faire face à l'accroissement rapide de la prise en charge efficace des malades et, (ii) l'organisation actuelle de la chaîne GAS ne permet pas de suivre l'accélération de la prise en charge des malades. Il est donc à la fois urgent et impératif d'améliorer l'efficacité de la chaîne GAS si l'on veut atteindre les objectifs fixés en termes de « passage à l'échelle ».

L'enseignement général que l'on peut tirer de cet exercice d'évaluation est, que face à la complexité de la problématique GAS dans les pays en développement, où les difficultés de toutes natures s'accumulent, appelant donc des réponses appropriées et flexibles, les systèmes mis en place pour assurer l'approvisionnement en médicaments et moyens de diagnostic, sont étanches, verticaux, beaucoup trop rigides, insuffisamment performants, réduisant ainsi l'efficacité des financements engagés.

AVERTISSEMENT

Le terme évaluation, ne doit pas, ici, être compris dans son acception habituelle, en tant que démarche s'appuyant sur une méthodologie spécifique et destinée à porter un jugement de valeur sur une situation donnée, à l'aide d'indicateurs. L'objet n'était donc pas de juger la situation particulière de la problématique Gestion des Achats et des Stocks (GAS) dans les pays où se sont déroulées les enquêtes, ni de procéder à son analyse de détail, mais de dresser un état des lieux général, permettant d'identifier, conjointement avec les pays concernés, les principales difficultés récurrentes, systémiques ou organiques, d'en rechercher les causes, de façon à pouvoir proposer et mettre en œuvre, au plan régional et de façon coordonnée, au cours des prochaines années, des réponses adaptées.

1. RAPPEL DU CONTEXTE DE L'EVALUATION

Initialement engagée par le bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre¹, l'évaluation des systèmes GAS pour les médicaments ARV, les médicaments des IO et les moyens de diagnostic, a été, finalement, réalisée dans le cadre d'un partenariat formalisé, regroupant l'OMS (initialement le département TCM rejoint ensuite par le département AMDS puis le bureau AFRO) et le GIP ESTHER.

L'idée de réaliser cette évaluation dans le cadre de ce partenariat tripartite, s'est imposée rapidement pour deux raisons principales. D'une part, le département TCM de l'OMS, était engagé depuis 2007 dans plusieurs pays de la région AFRO de l'OMS, dans la réalisation d'une « évaluation approfondie de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels dans le secteur public » ; dans ce contexte, une collaboration entre l'UNICEF et l'OMS apparaissait donc pertinente, d'abord, et sur un plan général, parce que la collaboration technique entre ces deux agences des Nations Unies est un fait habituel et, ensuite, sur un plan technique, il apparaissait nécessaire de coordonner leurs activités de façon à ne pas dupliquer certaines d'entre elles et à rechercher une synergie d'action. D'autre part, le GIP ESTHER était depuis une période récente impliqué, dans 6 des 8 pays² enquêtés lors de l'évaluation, dans l'analyse de la problématique GAS, avec comme objectif, l'amélioration de l'accès à des traitements de qualité.

L'évaluation est séquencée en trois phases : (i) l'analyse de la documentation disponible sur la problématique GAS dans les pays de la région Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF, (ii) la réalisation d'enquêtes de terrain, sur un échantillon de 8 pays, choisis sur la base de critères spécifiques et l'analyse des questionnaires d'enquête et, (iii) la présentation, la discussion des résultats de ces enquêtes et la formulation de propositions, lors d'un atelier régional de restitution qui s'est déroulé à Dakar en avril 2008 et a réuni des partenaires (bailleurs de fonds et opérateurs) et des représentants des programmes, services nationaux et projets impliqués dans la lutte contre le VIH/sida dans cette zone géographique.

¹ La région Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF regroupe 24 pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap Vert, République Centrafricaine, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Guinée Equatoriale, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, République Démocratique du Congo, Sao Tomé, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo.

² Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Cameroun, Congo, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo et Ghana.

2. ACTIVITES REALISEES LORS DE LA PREMIERE PHASE DE L'EVALUATION

Durant la première phase de l'évaluation, trois principales activités ont été réalisées (cf. rapport de la phase 1 de l'évaluation³ que le présent rapport final de phase 2, complète) :

2.1 Entretiens avec les responsables d'institutions et organismes impliqués dans la lutte contre le VIH/sida

Ces entretiens avaient pour objet de présenter à ces institutions et organismes, la démarche d'évaluation (objectifs, méthodologie et résultats attendus), de collecter de l'information complémentaire, et de leur proposer de collaborer au processus d'évaluation, afin d'élargir le partenariat initial et de créer une dynamique durable. Ils ont été conduits avec des responsables de ces institutions et organismes : DGCID⁴-DPDEV⁵ du Ministère Français des Affaires Etrangères français (Paris), Secrétariat du Fonds Mondial (Genève), Supply Chain Management System (Genève), département AMDS de l'OMS (Genève) et Secrétariat d'UNITAID (Genève).

Sur un plan général, les personnes rencontrées ont favorablement accueilli le processus d'évaluation, estimant d'une part, qu'une meilleure connaissance de la situation des systèmes GAS des médicaments et moyens de diagnostic, et des dysfonctionnements auxquels sont confrontés les opérateurs sur le terrain, est nécessaire pour améliorer l'efficacité des initiatives et opérations en cours ou à venir et, d'autre part, que le processus d'évaluation conduirait à une concertation entre bailleurs de fonds et opérateurs et qu'à son terme, la lisibilité sur les initiatives et les opérations réalisées dans le secteur du VIH/sida en Afrique, aujourd'hui faible, en serait améliorée.

a. Ministère Français des Affaires Etrangères français, DGCID-DPDEV, Bureau des politiques de santé et de la protection sociale. Personnes rencontrées : Guilherme de Lemos (chargé de mission) et Joan Valadou (chargé du suivi UNITAID). 4 septembre 2007.

Depuis sa réforme, la coopération française n'intervient plus directement dans la problématique VIH/sida⁶, mais, compte tenu du niveau élevé de sa contribution au Fonds Mondial dont elle est l'un des principaux contributeurs, et dans UNITAID dont elle est co-fondatrice, elle suit de près son évolution. Guilherme de Lemos en charge des aspects pharmaceutiques, s'est donc montré intéressé par une éventuelle collaboration au processus d'évaluation GAS, sans toutefois s'engager sur la nature de cette contribution : elle pourrait être documentaire, mais pourrait également prendre la forme d'une participation active, lors de la suite du processus d'évaluation.

b. Fonds Mondial - Secrétariat. Personne rencontrée : Sophie Logez (global health supply policy analyst). 27 septembre 2007.

En tant que principale source de financement multilatérale, dans les pays d'Afrique, de la lutte contre le VIH/sida, le Fonds Mondial a manifesté son intérêt au processus d'évaluation, qui devrait lui permettre de disposer d'une image objective de la situation de la prise en charge de la pandémie dans les pays bénéficiaires de ses fonds.

La perspective d'une collaboration directe s'est cependant avérée impossible, dans la mesure où le Fonds Mondial ne peut mettre à disposition de l'évaluation, d'autres informations que celles rendues publiques et disponibles sur son site internet. Il n'a donc été possible d'obtenir de copies, ni des plans

³ Le rapport de phase 1 et ses annexes comprend : l'analyse documentaire, le récapitulatif des documents analysés (annexe 1), les fiches d'analyse de ces documents (annexe 2), les termes de référence des consultants pour les enquêtes de phase 2 (annexe 3) et le questionnaire de collecte des données dans les pays (annexe 4).

⁴ Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement.

⁵ Direction des Politiques de Développement.

⁶ La coopération française n'est plus un opérateur direct dans ce secteur, mais finance des institutions multilatérales (Fonds Mondial, Banque Mondiale, Banque Interaméricaine de Développement, PNUD, OMS etc.) ou des agences bilatérales comme l'AFD et depuis 2006, UNITAID.

GAS ⁷, élaborés dans chaque pays bénéficiaire, par le principal récipiendaire des fonds, ni des évaluations des capacités nationales à mettre en œuvre les fonds alloués⁸, réalisées par les Agents Locaux du Fonds nécessaires à l'allocation des fonds ; ces documents étant la propriété, du pays pour les premiers et des Agents Locaux du Fonds pour les seconds, c'est donc auprès d'eux qu'il sera nécessaire de les rechercher, au cours de la phase 2 du processus d'évaluation.

La stratégie d'intervention du Fonds Mondial, définie lors de sa création en 2002 qui était basée sur une collaboration assez étroite avec le PNUD, notamment dans les pays bénéficiaires où avaient été, a priori, identifiées d'insuffisantes capacités dans les domaines des approvisionnements et de la gestion des stocks, évolue progressivement vers une collaboration directe avec d'autres opérateurs (centrales publiques d'achats, associations et représentants de la société civile) dans plusieurs pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone et Tchad.

c. *Supply Chain Management System - Global Partnerships Unit. Personne rencontrée : Stéphanie Xueref. 9 octobre 2007.*

Dans plusieurs pays africains, SCMS fournit aux programmes de lutte contre le VIH/sida qui en font la demande, des médicaments, des moyens de diagnostic et du matériel de laboratoire. Les approvisionnements sont effectués à partir de trois « Centres Régionaux » implantés au Ghana, au Kenya et en Afrique du Sud. Deux pays de la région Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF (Côte d'Ivoire et Nigéria) bénéficient aujourd'hui des prestations du Centre Régional implanté au Ghana.

Stéphanie Xueref s'est montrée intéressée à collaborer au processus d'évaluation GAS. Cependant, une autorisation préalable de l'USAID qui finance les activités de SCMS, sera nécessaire avant de partager la documentation dont elle dispose, et pouvoir éventuellement mobiliser des ressources pour contribuer à une collaboration active.

d. *AMDS - Department of HIV/AIDS. Personne rencontrée : Vincent Habiyambere (medical officer). 12 octobre 2007.*

AMDS est le secrétariat d'un réseau qui regroupe de nombreux organismes impliqués dans la problématique GAS pour la lutte contre le VIH/sida (partenaires techniques, agences de financement, fabricants etc.)⁹, hébergé par le département VIH/sida de l'OMS. Depuis sa création fin 2003, son rôle a évolué, il consiste aujourd'hui à centraliser, gérer et mettre à disposition des demandeurs, de l'information dans deux principaux domaines : (i) médicaments et consommable médical, formation, assurance qualité, pré qualification et brevets et, (ii) gestion des approvisionnements (prévision, logistique, prix etc.).

Compte tenu de cette activité transversale, dans la problématique VIH/sida, la contribution d'AMDS au processus d'évaluation GAS devrait élargir son assise et apporter des compétences et de la valeur ajoutée, lors de l'analyse critique et de la formulation de propositions au cours de la suite du processus d'évaluation.

⁷ Dans le processus d'allocation de don du Fonds Mondial, le plan Gestion des Achats et des Stocks (GAS) qui couvre une période de deux ans, est initié par le bénéficiaire principal en collaboration avec le PNLS. Il est ensuite évalué par l'Agent Local du Fonds (ALF) dans le pays et, éventuellement modifié. Une fois le GAS approuvé par le secrétariat du Fonds, la mise à disposition des fonds est effectuée.

⁸ En ce qui concerne les GAS, le motif évoqué est que ces documents sont la propriété des pays. En ce qui concerne les évaluations des ALF, le motif invoqué est le nécessaire niveau de confiance entre le Fonds et ses AFL que toute communication à des tiers pourrait entamer.

⁹ Centrale Humanitaire Médico-Pharmaceutique, Clinton Foundation, Commonwealth Pharmaceutical Association, Crown Agents, Ecumenical Pharmaceutical Network, GIP ESTHER, International Pharmaceutical Federation, GFATM, International Dispensary Association HIV/AIDS group, IDA solutions, JSI, Management Sciences for Health/RPM-Plus, Missionpharma, Partnership for Supply Chain Management System, Réseau Médicaments et Développement, UNAIDS, UNDP, UNICEF, UNFPA, USAID, World Bank, WHO Contracting and Procurement Services, WHO Essential Health Technology, WHO HIV/AIDS department, WHO Medicines Policy and Standards, WHO Technical Cooperation for essential drugs and traditional Medicine.

e. UNITAID - Secrétariat Exécutif. Personne rencontrée : Philippe Duneton (Conseiller du secrétaire exécutif). 1er et 8 novembre 2007.

Créé en 2006, UNITAID¹⁰ n'est pas une entité juridique distincte, mais une initiative basée sur la collaboration, qui se propose d'améliorer l'accès aux traitements ARV pédiatriques et de deuxième ligne, et aux moyens de diagnostic, en faisant baisser leur prix. Cette initiative ne se démarque des autres bailleurs par le mode de financement de ses ressources (taxes prélevées sur les billets d'avion des pays membres et la contribution de trois pays à un engagement budgétaire de long terme¹¹).

UNITAID intervient à travers ses « partenaires opérateurs » (OMS, UNICEF, Fonds Mondial, Fondation Clinton, GDF/Green Light Committee, Stop TB et Roll Back Malaria). Actuellement, 13 des 24 pays de la région Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF bénéficient actuellement des financements d'UNITAID : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Liberia, Mali, Nigéria, RD Congo, Sénégal, Tchad et Togo.

UNITAID qui est à la recherche d'une stratégie d'action pour les prochaines années, et envisageait, pour ce faire, de diligenter une évaluation de la situation de la problématique VIH/sida dans les pays d'Afrique, attend donc beaucoup des conclusions et recommandations qui seront formulées à l'issue du processus d'évaluation.

2.2 Analyse documentaire

a. Principaux constats

Cette analyse documentaire a permis d'identifier une série de difficultés rencontrées dans la problématique GAS et communes à presque tous les pays, jouant très souvent en interaction. On peut en tirer les principaux constats suivants :

- Les ruptures de stocks sont fréquentes dans les centres de prise en charge et leurs causes multiples. Parmi elles deux sont récurrentes : (i) les difficultés rencontrées par les programmes nationaux à estimer les besoins avec des fourchettes d'estimation satisfaisantes, qui résultent de l'absence d'un véritable système d'information sur, d'un côté, la consommation et de l'autre, les objectifs de prise en charge de nouveaux malades [26, 27, 36, 47]¹² et, (ii) le trop faible niveau de rétro information des centres de prise en charge vers les structures en charge des approvisionnements fonds [11, 32, 39]. Cependant, les situations rencontrées ne sont pas toutes identiques. Au Burkina Faso, la CAMEG a trouvé des solutions originales pour pallier les ruptures de stocks [6, 7] : anticipation de l'autorisation des bailleurs de fonds pour passer commandes aux fournisseurs¹³, échange des stocks dans les centres de dispensation lorsque l'échéance de péremption de leurs médicaments arrive à 3 mois, concertation fréquentes avec les prescripteurs, analyse régulière des stocks. Ce mode de fonctionnement a permis de considérablement limiter le nombre de ruptures de stocks. D'autres centrales publiques d'achat connaissent également une diminution du nombre de leurs ruptures de stocks (cas de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire en 2006 [16]).

¹⁰ Les 5 pays fondateurs (Brésil, Chili, France, Norvège et Royaume-Uni) ont été rejoints en 2007 par l'Espagne, la République de Corée, Chypre et 18 pays africains : Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Liberia, Madagascar, Mali, Maroc, Maurice, Namibie, Niger, République Centrafricaine, Sénégal, Sao-Tomé-Et-Principe et Togo.

¹¹ Royaume Uni, Espagne et Afrique du Sud.

¹² Les numéros entre crochets renvoient aux références bibliographiques en fin de rapport.

¹³ La Banque mondiale, mais également d'autres bailleurs de fonds, un « avis de non objection » est exigé avant de passer commande aux fournisseurs dont les délais sont parfois de plusieurs mois.

- Le nombre d'acteurs intervenant dans la problématique GAS (bailleurs de fonds, programmes nationaux et opérateurs) est, dans certains pays, très élevé, les schémas organisationnels nombreux, complexes et pas toujours rationnels, et la communication, le partage d'information et la concertation entre eux est faible pour ne pas dire inexistant [8, 40].

- Les bailleurs de fonds méconnaissent, ou sous estiment, les coûts financiers et la charge de travail générés par leurs financements, pesant sur les centrales publiques d'achat.

Beaucoup de ces difficultés influent négativement sur l'efficacité des financements engagés et dans son rapport annuel¹⁴, l'ONUSIDA résumait la situation en soulignant que : « *les lacunes identifiées dans les systèmes de développement des capacités, à l'amélioration de la gouvernance et de la gestion des programmes, semblent compromettre les efforts déployés pour faire travailler l'argent disponible* ».

De son côté, l'ACAME¹⁵, dans sa proposition de « *plan d'action opérationnel d'approvisionnement des programmes de lutte contre les maladies prioritaires sur financement UNITAID*¹⁶ », faisait le constat suivant :

- L'insuffisance de la concertation entre les bailleurs de fonds et les Centrales Publiques d'Achat et leur insuffisante implication dans la définition des stratégies, dans la formulation des choix opérationnels et dans la mise en œuvre pratique des programmes d'approvisionnement en médicaments, pour permettre la pérennisation des programmes.

- Le manque de définition des tâches et de prise en compte des divers frais de gestion générés par le stockage et la livraison.

- Le morcellement du cycle logistique d'approvisionnement et la dilution des responsabilités. En précisant : « *L'approvisionnement des programmes de lutte contre le VIH/sida dépend non seulement de l'estimation des besoins, basée sur des prévisions délicates à réaliser, mais aussi sur un monitoring des activités et des stocks permettant de manière continue à procéder à des réajustements. Tout écart par rapport aux besoins du terrain se traduit par des ruptures de stock, ce qui est dramatique pour la santé des Personnes vivant avec le VIH/sida, des péremptions de produit, d'autant plus que les ARV sont des produits à faible durée de vie.* »

- La sous estimation par les bailleurs de fonds des tâches à accomplir dans le pays dans le processus GAS.

- La multiplicité des programmes et des procédures, en soulignant la nécessité pour les différents partenaires impliqués d'aller dans le sens d'une harmonisation de leurs procédures administratives, pour faciliter la mise en œuvre des programmes.

b. Limite de l'analyse documentaire

La quantité d'information touchant la problématique GAS, contenue dans les documents analysés, est généralement faible et peu utile à une évaluation rigoureuse : il ne s'agit parfois que de descriptions rapides et incomplètes des systèmes, et les six points principaux de la chaîne GAS (estimation des besoins, financement, approvisionnement, gestion des stocks, distribution et système d'assurance qualité) n'y sont pas abordés de façon systématique. Il en résulte une difficulté, voire une impossibilité, à établir une typologie des problèmes rencontrés.

Il est tout au plus possible, à l'issue de cette analyse, d'avancer que dans 4 pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana et Sénégal¹⁷), les difficultés rencontrées sont beaucoup moins nombreuses et que les

¹⁴ Rapport annuel de l'ONUSIDA. Genève 2006 ; p53.

¹⁵ Association des Centrales d'Achat de Médicaments Essentiels. Elle est logée à la CAMEG à Ouagadougou (Burkina Faso).

¹⁶ ACAME. Plan d'action opérationnel d'approvisionnement des programmes de lutte contre les maladies prioritaires sur financement UNITAID. Ouagadougou, novembre 2007.

¹⁷ Mais ce sont aussi les pays les mieux documentés (cf. tableau 1).

résultats en termes de prise en charge du nombre de malades et de réalisation des objectifs, y sont meilleurs qu'ailleurs. Cette situation procède de ce qu'au-delà des thèmes qu'ils traitent, les niveaux de pertinence des documents analysés sont très variables ; ces documents allant du rapport de mission d'une durée de moins d'une semaine, réalisée par une personne seule, sans suivre une méthodologie de travail connue, jusqu'à des études et évaluations lourdes, réalisées par des équipes, pluridisciplinaires, sur une durée de plus d'un mois et sur la base d'une méthodologie validée (toutes réalisées par de grosses agences étatsuniennes (MSH, JSI/DELIVER et Tulane University).

- Le volume de la documentation disponible n'est significatif que pour 5 pays¹⁸ qui concentrent plus de la moitié de la documentation rassemblée. L'absence totale de documentation pour une problématique aussi essentielle que la chaîne GAS¹⁹, qui sont des éléments déterminants de l'accès aux traitements de qualité à bas prix, suggèrent d'une part, l'existence d'un cloisonnement entre les partenaires, les opérateurs et les institutions nationales en charge de la lutte contre le VIH/sida, qui rend difficile le partage d'informations et d'autre part, que le dispositif de coordination voulu et mis en place par les partenaires dans la région Afrique Centrale et de l'Ouest (Global Joint Problem Solving & Implementation Support Team et, Inter Agency Task Team²⁰) ne sont pas à même de collecter et faire circuler l'information dans un domaine aussi sensible.

2.3 Réunion de clôture de la phase 1

A l'issue de cette première phase de l'évaluation, une réunion a été organisée à l'OMS (Genève, octobre 2007). Elle avait pour objets : (i) la présentation du rapport préliminaire de phase 1 et la discussion de son contenu, (ii) l'identification des pays où se dérouleront les enquêtes au cours de la phase 2 de l'évaluation, (iii) la finalisation de la méthodologie qui sera utilisée pour les enquêtes et, (iv) la mise en place d'un calendrier de réalisation.

Ont participé à cette réunion : Eric Mercier (Médecin, Conseiller Régional VIH/sida, Bureau Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF), Tifenn Humbert (Pharmacien, Chargée de Programme VIH/sida, Bureau Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF), Helen Tata (Pharmacien, Administrateur Technique, Département TCM de l'OMS), Magali Babaley (Pharmacien, Administrateur Technique, département TCM de l'OMS), Caroline Damour (Pharmacien, Département Médical du GIP ESTHER), Vincent Habiymbere (Médecin, département HIV/SSH/AMDS de l'OMS) et Stéphanie Xueref (SCMS).

3. PHASE 2 : ENQUETES DE TERRAIN

3.1 Rappel des termes de références de la phase 2

La deuxième phase du processus d'évaluation a pour objet la réalisation d'enquêtes de terrain sur un échantillon restreint de pays, identifiés à l'issue de la première phase de l'évaluation.

L'objectif des ces enquêtes est de collecter, dans les pays ciblés, les informations, nécessaires à l'analyse des systèmes GAS pour les médicaments ARV, IO et des moyens de diagnostic, d'analyser les données collectées, de dresser un constat de la situation.

¹⁸ Côte d'Ivoire, Sénégal, Ghana, Burkina Faso et République Démocratique du Congo.

¹⁹ Aucun document n'a été rassemble pour 9 des 24 pays de la région Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF : Cap Vert, Congo, Gabon, Gambie, Guinée Equatoriale, Libéria, Nigéria, Sao Tome, et Togo.

²⁰ L'Inter Agency Task Team regroupe le Fonds Mondial, l'UNICEF, le département AMDS de l'OMS, le PNUD, le FNUAP, la Banque Mondiale, PEPFAR, USAID, JSI, MSH, le GIP ESTHER, IDA...

3.2 Méthodologie générale

Les enquêtes ont été effectuées dans 8 pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, République du Congo, Ghana et République Démocratique du Congo²¹.

a. Justification du choix des pays

La composition de l'échantillon s'est appuyée sur trois principaux critères : (i) ne pas dupliquer sur le terrain les activités de même nature déjà réalisées dans le cadre de l'évaluation en cours par l'OMS Afro et le département TCM de l'OMS, (ii) tenir compte des niveaux de développement des programmes de luttés dans ces pays et, (iii) privilégier les pays où les taux de prévalence sont les plus significatifs.

Ces 8 pays représentent dans la région Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF : 43 % de la population totale, 48 % des personnes vivant avec le VIH et 58 % des orphelins du sida²².

b. Réalisation des enquêtes

Les enquêtes ont été réalisées par une équipe de 4 consultants, lors de missions de courte durée²³, au cours des mois de Janvier et de Février 2008. Leur recrutement a été assuré conjointement par le Bureau Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF et le DAT-AOC²⁴. Dans chaque pays, un « consultant associé national » a également été recruté, avec comme mission, de faciliter la logistique sur le terrain (rendez-vous, déplacements etc.) et appuyer les consultants principaux dans leur travail d'évaluation, leurs analyses et leurs réflexions.

Les consultants ont, par ailleurs, bénéficié d'appuis techniques et logistiques des bureaux de l'UNICEF dans les 8 pays enquêtés, et des coordonnateurs des projets ESTHER dans 6 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Cameroun, République Centrafricaine et Ghana).

c. Méthodologie d'enquête

La méthodologie d'enquête a été organisée autour de trois axes :

- L'analyse de la documentation disponible remise aux consultants, et complétée par celle collectée sur le terrain.
- Des réunions de travail et des entretiens structurés avec des personnes jouant un rôle clé dans le dispositif national de lutte contre le VIH/sida, appartenant, selon les pays, soit à des organismes et institutions nationales (Ministère de la Santé, Ministère de la lutte contre le VIH/sida, Centrale publique d'achat des médicaments essentiels, Conseil National de Lutte contre le Sida, Programme National de lutte contre le Sida, Direction de la Pharmacie et du Médicament, Ministère du Commerce, Laboratoire National de Contrôle de Qualité, quelques centres de prise en charge des personnes VVIH), soit à des organismes et institutions multilatérales ou bilatérales impliquées aux plans technique ou financier, dans la lutte contre le VIH/Sida (Banque Mondiale, Fonds Mondial, OMS, UNICEF, ONUSIDA, FNUAP, PNUD, USAID, JSInc/DELIVER, GIP ESTHER, Fondation Clinton, Union Européenne, MSF, Organisation Ouest Africaine de la Santé, Services de coopération bilatérale et projets de santé, etc.).
- La visite dans chaque pays de 3 centres de prise en charge des PVVIH, afin de s'assurer s'il existe ou non un décalage entre les informations collectées au niveau central, lors des séances de travail et

²¹ Bien que comptant une importante population (131 millions d'habitants dont près de 3 millions vivent avec le VIH/sida), le Nigéria a été écarté pour trois raisons : une étude, conduite par JSI/DELIVER, y est en cours de réalisation, une revue du programme de PTME y est prévue et le schéma d'organisation de la lutte contre le VIH/sida est déjà disponible.

²² Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Edition spéciale 10^{ème} anniversaire de l'ONUSIDA. Genève 2006.

²³ 10 jours par pays, soit environ deux semaines calendaires.

²⁴ Dispositif d'Appui Technique pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (projet financé par ONUSIDA)

la réalité de terrain, souvent plus prosaïque.

d. Questionnaires d'enquête

Sur la base des conclusions de l'analyse documentaire réalisée lors de la phase 1 de l'évaluation, un questionnaire d'enquête a été élaboré pour collecter des informations objectives sur la situation générale de la problématique GAS dans les pays de l'échantillon. Ce questionnaire a été testé au Gabon²⁵ en novembre 2007, à l'occasion de la réunion annuelle de l'ACAME²⁶, puis modifié en conséquence. Il est structuré comme suit :

- 3 sections concernant des informations d'ordre général : (i) données démographiques, économiques et épidémiologiques, (ii) prix d'achat des ARV et, (iii) participation financière des malades aux coûts des traitements.

- 10 sections qui couvrent l'ensemble des aspects des approvisionnements et de la gestion des stocks : (i) organisation du secteur pharmaceutique, (ii) organisation de la lutte contre le VIH/sida, (iii) programme de développement de la prise en charge des malades, (iv) droits de douane et taxes, (v) cycle d'approvisionnement, (vi) modalités d'achat, (vii) achats groupés, (viii) flux financiers prévisionnels, (ix) ventilation des financements et, (x) activités financées par sources de financement.

- 3 sections analytiques : (i) visite de 3 centres de prise en charge, (ii) description du schéma d'approvisionnement et de distribution des ARV, médicaments IO, réactifs et tests et, (iii) principales carences et dysfonctionnement relevés dans la chaîne d'approvisionnement et de distribution.

- 1 section d'information : coordonnées des personnes responsables désignées comme point focal ou personne ressource.

L'ensemble des domaines traités devant permettre une bonne restitution de la situation dans les pays concernés.

e. Matériel, méthode et limites de l'étude

Les informations traitées proviennent en premier lieu de l'exploitation des informations collectées lors des enquêtes de terrain. Elles ont été complétées, d'une part, par celles résultant de l'analyse documentaire de la phase 1 lorsque ces dernières corroboraient les éléments issues des enquêtes de terrain, d'autre part, par des informations recueillies au cours des enquêtes de terrain, lors d'entretiens conduits avec des professionnels impliqués dans la lutte contre le VIH/sida et, enfin, par le contenu de présentations faites lors d'interventions du Fonds Mondial et d'UNITAID, dans le cadre du « Séminaire des Politiques Pharmaceutiques Nationales », organisé à Genève par l'OMS, du 10 au 14 mars 2008.

Ces données sont analysées sous deux angles :

- Quantitativement pour ce qui concerne les données chiffrées collectées dans les domaines généraux suivants : organisation du secteur pharmaceutique, organisation de la lutte contre la maladie, analyse des prix, participation des malades aux coûts de traitements, etc.

- Qualitativement pour ce qui concerne les données touchant principalement à l'analyse du cycle GAS et les informations collectées lors des visites de centres de prise en charge.

Enfin, les enquêtes de terrain, réalisées dans le cadre de cette évaluation, étant déclaratives et à un seul passage (cf. supra chapitre § 3.2 b et c), les informations qui en découlent peuvent donc, ne pas toujours refléter, dans sa totalité, la réalité des situations rencontrées. Il a été demandé à chaque pays, à l'issue de l'atelier de restitution, de valider les données présentées et de corriger celles qu'ils

²⁵ Ce test sera réalisé conjointement par Tifenn Humbert (Chargée de Programme VIH/sida, Bureau Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF) et Caroline Damour (Pharmacien, Département Médical du GIP ESTHER).

²⁶ Association des Centrales d'Achat Africaines de Médicaments Essentiels.

pensaient erronées. Lorsque de telles modifications ont été apportées, elles ont été prises en compte et une indication a été portée sur les tableaux concernés par la mention : « données corrigées ».

3.3 Constats généraux

a. L'existence de systèmes d'approvisionnement et de distribution performants est une nécessité pour faire face à l'accroissement de la prise en charge efficace des malades

Entre 2001 et 2005, la lutte contre le VIH/sida, s'est considérablement amplifiée et le nombre de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a plus que quintuplé, passant de 240 000 à près de 1,3 million. Durant la même période, dans les pays d'Afrique sub saharienne, le nombre de PVVIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale, a été multiplié par 16, passant de 50 000 à près de 800 000²⁷.

Dans les 8 pays enquêtés lors de l'évaluation, des avancées importantes ont été observées dans le domaine de l'élargissement de l'accès au traitement. Ces évolutions ont été rapides et très disparates: entre 2004 et 2007, le nombre de PVVIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a été multiplié par 5 ou 6 et de façon plus importante encore dans les pays les moins avancés dans ce domaine, comme le Congo et la République Centrafricaine (tableau 1).

Les prévisions établies par les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, font apparaître que le nombre de femmes qui bénéficieront, d'ici 2010, d'une prophylaxie dans le cadre des programmes de PTME, aura au moins doublé et, le plus souvent, été multiplié par quatre ou cinq²⁸. Il en est de même, mais de façon moins marquée, de l'accroissement attendu du nombre d'enfants qui bénéficieront d'une thérapie antirétrovirale²⁹.

Dans le cadre de la mobilisation du leadership et du plaidoyer pour l'accès universel³⁰, ces évolutions seront confirmées et s'intensifieront lors du « passage à l'échelle » avec comme corollaire, un accroissement proportionnel des quantités et volumes de médicaments ARV et IO et des moyens de diagnostic.

Table 1. Evolution de la prise en charge des adultes et enfants VVIH et prévisions de la PTME (les pourcentages représentent la proportion de PVVIH sous ARV par rapport au nombre total de PVVIH)

²⁷ Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA Edition spéciale 10^{ème} anniversaire de l'ONUSIDA. Genève 2006. Page 170.

²⁸ Il faut cependant noter qu'exception faite du Bénin et du Ghana, les valeurs relevées lors de l'enquête en 2007 sont toutes inférieures (les écarts vont de -4 % à -46 %) à celles relevées dans le rapport conjoint de l'UNICEF de l'ONUSIDA et de l'OMS publié en 2006 : « Children and AIDS : second stocktaking report, action and progress » pages 39 et suivantes. Cf. le tableau comparatif en annexe.

²⁹ S'agissant du nombre d'enfants sous traitement ARV, les valeurs relevées lors de l'enquête en 2007 sont cohérentes (progression allant de 8 % pour le Burkina Faso à 530 % pour le Ghana) avec celles relevées dans le rapport conjoint de l'UNICEF de l'ONUSIDA et de l'OMS publié en 2008 : « Children and AIDS : second stocktaking report, action and progress » pages 39 et suivantes. Cf. tableau comparatif en annexe.

³⁰ Déclaration d'engagement sur le VIH/sida 2001, signée par les Etats Membres des Nations Unies, dont le contenu a été réaffirmé et renforcé, en 2006, dans une déclaration adoptée lors de la Réunion de haut niveau sur le sida. Rapport annuel de l'ONUSIDA ; *faire travailler l'argent disponible*. ONUSIDA. Genève 2007. Page 57.

	PVVIH sous ARV				Femmes sous PTME			Enfants sous ARV		
	2004		2007		2007	2010	Δ	2007	2010	Δ
	Nb.	%	Nb.	%						
Bénin	1,500	1.3%	9,768	11.2%	3,447	7,057	2.0	667	2,500	3.7
Burkina Faso	3,200	6.9%	15,417	10.3%	1,380	n.a.		629	n.a.	
Cameroun	9,000	5.1%	45,605	8.9%	6,263	28,800	4.6	1,700	n.a.	
Centrafrique	200	0.4%	8,300	3.3%	1,857	3,750	2.0	731	1,300	1.8
Congo	350	1.8%	7,426	6.2%	175	n.a.		n.a.	n.a.	
Côte d'Ivoire*	3,500	2.0%	21,907	2.9%	1,890	3,010	1.6	2,531	6,272	2.5
Ghana	n.a.	n.a.	11,065	3.5%	109,334	297,000	2.7	769	2,700	3.5
RDC	n.a.	n.a.	17,161	1.7%	3,435	n.a.		n.a.	n.a.	

Sources : Enquête ReMeD-ESTHER (2004) ; Enquête PSM (2007 et 2010), données corrigées.

* = le chiffre de 21 907 pour 2007 correspond aux nouvelles inclusions et non au nombre de personnes sous traitement ARV qui est de 42 350.

Des systèmes d'approvisionnement et de distribution performants et pérennes seront alors nécessaires si l'on veut, parallèlement à l'augmentation du nombre de malades bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale, améliorer à la fois, la qualité de leur prise en charge et l'efficacité des financements engagés. Dans son rapport annuel³¹, l'ONUSIDA souligne que si l'accroissement sans précédent du financement pour le sida constitue une nouvelle opportunité, il est nécessaire, en contrepartie, que tous les acteurs s'engagent en faveur d'une riposte cohérente, alignée sur les efforts appartenant aux pays et dirigés par les pays eux-mêmes.

b. L'organisation actuelle de la chaîne d'approvisionnement ne permet pas de suivre l'accélération de la prise en charge des malades

L'accroissement observé du nombre de malades pris en charge, résulte essentiellement de la disponibilité de nouveaux financements qui ont contribué à fortement augmenter le montant global des ressources mobilisables. Mais, cet accroissement des moyens financiers s'est fait, le plus souvent, parallèlement aux circuits financiers pré existants, par la superposition de nouveaux mécanismes de financement et d'approvisionnement, fonctionnant en quasi autarcie, sans véritable coordination avec les budgets et les opérateurs nationaux, créant ainsi une situation de plus en plus complexe et de moins en moins lisible.

La mise en place de ces financements additionnels n'a pas toujours été accompagnée d'évaluations préalables permettant de révéler la complexité du cycle GAS et tout particulièrement de certains de ses éléments clés : estimation des besoins, capacité et conditions de stockage, notamment dans les centres de prise en charge, logistique de distribution, gestion des commandes fournisseurs, contrôle de qualité des médicaments et produits de santé liés et rétro information de la périphérie vers le niveau central, décisionnel.

Il résulte de cette situation, parfois au niveau central mais surtout à la périphérie, dans les centres de prises en charge, des niveaux de stocks mal corrélés aux besoins, entraînant soit des ruptures de stocks soit la péremption de surstocks, pouvant conduire à l'interruption des traitements, avec comme possible conséquence, le risque d'apparition de pharmaco résistances.

³¹ Ibidem, page 58.

3.4 Résultats des enquêtes

a. Contexte général de la lutte contre le VIH/sida

Moyens mobilisés

Selon les pays, les moyens déployés dans la lutte contre la maladie sont très variables, à la fois pour ce qui concerne la proportion, dans la population vivant avec le VIH, de malades éligibles recevant une thérapie antirétrovirale, mais aussi, pour ce qui concerne le nombre des structures de soins (centres de dépistage, de prise en charge et de PTME), la répartition de ces structures (niveaux central et périphérique) et les principaux équipements fonctionnels permettant d'assurer le dépistage et le suivi immunobiologique des malades (tableau 2).

Concernant la proportion des PVVIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale dans le nombre total de PVVIH, on distingue 3 groupes de pays : (i), dans le premier, cette proportion voisine les 10 % : Bénin 11 %, Burkina Faso 10 % et Cameroun 9 %, (ii) dans le second, cette proportion est inférieure de moitié à celle du premier groupe : République Centrafricaine 6 % et Congo 6 % et, (iii) dans le troisième, elle est égale ou en deçà de 3 % : Côte d'Ivoire 3 %, Ghana 3 % et République démocratique du Congo 2 %.

La proportion des centres de dépistage, de centres de prise en charge et de centres de PTME implantés dans les districts en périphérie (hors capitale et villes importantes) est un indicateur du niveau de décentralisation de ces activités, au plan national. Une fois encore, on constate de très grands écarts d'un pays à l'autre avec des gradients assez comparables : 16 % à 97 % pour les centres de dépistage, 39 % à 100 % pour les centres de prise en charge et 16 % à 97 % pour la PTME. Les valeurs moyennes (respectivement : 53 %, 58 % et 58 %) sous réserve de données fiables³² reflètent que la décentralisation est une réalité, sauf peut être en Côte d'Ivoire, où la valeur moyenne des trois indicateurs est plus basse (28 %). Il faut cependant souligner que les pourcentages élevés résultent du très petit nombre de centres considérés (cf. tableau 10 en annexe).

Les ratios malades sous thérapie antirétrovirale, par centre de prise en charge sont, quant à eux, plus homogènes. Exception faite des valeurs extrêmes : Cameroun : 461, Ghana : 122 et République démocratique du Congo : 103 (pour ces deux pays, ces nombres moins élevés sont le corollaire de la faible proportion de personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une thérapie), dans les autres pays, ces ratios sont très proches de la valeur médiane (210).

Les équipements (appareils de comptage des CD4 et machines PCR³³) sont, en général, en nombre insuffisant. Les ratios $\frac{Nb.\text{équipements}}{Nb.\text{malades}}$ pour les compteurs de CD4, varient également dans une proportion importante : de 1 (Ghana : 138) à 12 (République Centrafricaine : 1 660) et leurs niveaux traduisent un fort sous équipement. Le faible nombre rapporté de machines PCR (de 0 au Bénin à 5 au Burkina Faso et au Cameroun) traduit la quasi impossibilité, dans tous les pays, du dépistage précoce des jeunes enfants³⁴.

³² Les valeurs relevées au Ghana (de 87 % à 97 %) sont en effet surprenantes et doivent être validées par le PNLS.

³³ La technique de type PCR permet de détecter beaucoup plus rapidement les infections au VIH (permettant donc une plus grande efficacité des traitements), que les tests anticorps. Cette technique est, par ailleurs, particulièrement efficace dans le dépistage précoce des jeunes enfants dont seulement 40 % d'entre eux, détectés positifs avec les tests anticorps, sont effectivement infectés (in : AIDS.ORG : <http://www.aids.org/atn/a-060-07.html>).

³⁴ Il faut par ailleurs souligner, dans ce domaine, que la présence de machines PCR ne signifie pas nécessairement la pratique du dépistage des enfants en bas âge. Un article publié dans : Bulletin of the World Health Organization 2008 ; 86 : 155–160 ("Optimizing paediatric HIV care in Kenya: challenges in early infant diagnosis"), rapporte que si 4 centres de recherche étaient en mesure de diagnostiquer le VIH/sida par une technique de type PCR, ils n'exerçaient ces capacités, qu'à titre de recherche.

Table 2. Moyens mobilisés pour la lutte contre le VIH/sida

	Bénin	Burkina Faso	Cameroun	RCA	Congo	Côte d'Ivoire*	Ghana	RDC	Moyennes (%) ou médianes
PVVIH (x 1 000)	87	150	510	146	133	750	320	1,000	
Nb.de malades sous TAR (x 1000)	9.8	17.3	45.6	8.3	7.4	21.9	11.1	17.2	
Nb. de malades sous TAR en % du nombre de PVV	11%	12%	9%	6%	6%	3%	3%	2%	4%
% de centres de Dépistage en périphérie	35%	33%	16%	86%	80%	22%	97%	n.a.	53%
Nb. De PVVIH sous traitement par centre de dépistage	935	1,240	461	6,636	2,463	5,102	760	5,988	1,851
% de centres de prise en charge en périphérie	72%	70%	100%	50%	79%	39%	87%	n.a.	58%
Nb. De PVVHI sous TAR par centres de prise en charge	208	228	411	208	265	213	122	103	210
Nombre de centres de PTME en périphérie	183	55	700	62	28	147	407	296	
Dont en périphérie (%)	19%	91%	16%	65%	79%	22%	97%	79%	58%
Nb. de malades sous ARV par compteur de CD4	376	444	894	1,660	530	487	138	n.a.	487
Nb. de machines PCR	0	5	5	1	2	4	2	3	3

PVVIH = personne vivant avec le VIH. TAR = traitement antirétroviral

Sources : Enquête PSM (données corrigées) sauf PVVIH (ONUSIDA 2006)

* = le chiffre de 21 907 pour 2007 correspond aux nouvelles inclusions et non au nombre de personnes sous traitement ARV qui est de 42 350.

Cadre réglementaire et législatif du secteur pharmaceutique

Depuis la décennie 90, le renforcement des cadres réglementaires et législatifs pharmaceutiques des pays de l'Afrique sub-saharienne de l'Ouest et Centrale a été, avec les appuis techniques et financiers apportés aux centrales publiques d'achat, l'un des axes prioritaires d'action des partenaires au développement, et particulièrement dans le cadre d'un partenariat tripartite regroupant l'OMS (département du Médicament Essentiel), l'Union Européenne (DG VIII/8) et de la Coopération française. Ces appuis étaient apparus un préalable indispensable à la redynamisation des systèmes de santé et notamment les soins de santé primaires dans les districts et à l'approvisionnement régulier des formations sanitaires de tous les niveaux, avec des médicaments génériques de qualité et à bas prix, dans le cadre de l'initiative de Bamako ou de mécanismes de recouvrement des coûts.

L'enquête fait apparaître, dans ce domaine, des situations fortement contrastées (tableau 3). En effet, si tous les pays de l'échantillon disposent de textes fondamentaux concernant la politique pharmaceutique³⁵, les procédures d'enregistrement et les listes de médicaments essentiels, incluant les médicaments entrant dans les thérapies antirétrovirales, la situation est différente s'agissant des médicaments génériques.

³⁵ Exception faite de la Côte d'Ivoire dont le document est en cours d'élaboration.

Table 3. Cadre réglementaire du secteur pharmaceutique

	Bénin	Burkina Faso	Cameroon	RCA	Congo	Côte d'Ivoire	Ghana	RDC
Textes réglementant le secteur pharmaceutique	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Document de politique pharmaceutique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Procédures d'enregistrement des médicaments	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Liste nationale de médicaments essentiels	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Date de la dernière mise à jour	nd	2007	2007	2007	n.a.	2007	2004	2007
Inclue-t-elle les ARV	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Politique de promotion des MEG	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non
Procédures d'enregistrement spécifiques des MEG	Oui	Oui	Oui	Non	nd	Oui	Oui	Non
Droit de substitution	Oui	Oui	Oui	nd	Non	Oui	nd	Non
Laboratoire de contrôle de qualité opérationnel	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non
Peut-on y contrôler les ARV	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	
Le pays a signé les accords sur les ADPIC	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Quand	1996	nd	2000	n.a.	nd	nd	2005	nd
Le pays a signé les accords sur les ALE	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	nd
Quand			En cours		nd	nd	nd	
Pourcentage de réponses OUI	92%	92%	92%	50%	50%	83%	92%	50%

ARV = Antirétroviraux. MEG = Médicaments Essentiels Génériques. ADPIC = Aspects des Droits de la Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce. ALE = Accord de Libre Echange.

Source : Enquête PSM (2007), données corrigées.

On observe, en effet, un net clivage entre deux groupes de pays :

- Le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Ghana et, dans une moindre mesure, la Côte d'Ivoire, disposent d'un cadre réglementaire et législatif assez complet avec, notamment, un ensemble de textes favorisant l'utilisation des médicaments génériques : politique de promotion du médicaments génériques, procédures d'enregistrement spécifiques pour les MEG, existence d'un droit de substitution et présence de laboratoires de contrôle de qualité opérationnels, disposant d'un plateau technique leur permettant de contrôler la qualité des médicaments ARV³⁶. Cependant, pour des raisons mal renseignées lors de l'enquête, il semblerait que ces laboratoires ne soient pas mis à contribution dans ce domaine au Bénin³⁷, au Burkina Faso³⁸, en Côte d'Ivoire et au Ghana³⁹.

- En République Centrafricaine, au Congo et en République Démocratique du Congo, l'encadrement réglementaire est réduit à sa plus simple expression : les enquêtes rapportent qu'il n'existe ni document de politique de promotion des médicaments génériques, ni procédures spécifiques pour leur enregistrement, ni droit de substitution, ni laboratoire de contrôle de qualité des médicaments, opérationnel.

Si elle est nécessaire, la présence d'éléments d'encadrement n'est cependant pas suffisante, car il convient que les documents soient pertinents au regard de la problématique. Ainsi, plusieurs rapports analysés lors de la phase 1 de l'évaluation, mentionnaient que certains des textes existants n'apportaient pas de solutions satisfaisantes aux problèmes identifiés. Ainsi, à titre d'exemple, en République Démocratique du Congo, un rapport [37] recommandait d'une part, la révision de textes

³⁶ Ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils réalisent ces contrôles.

³⁷ L'enquêteur rapporte que le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments fait le contrôle de qualité des ARV, mais seulement dans le cadre de l'enregistrement des produits.

³⁸ Le LNSP est opérationnel et dispose de tous les équipements analytiques nécessaires (HPLC, spectrophotomètre UV-visible et IR, Disolutests, etc). Il existe un arrêté interministériel qui institue le contrôle de qualité et la surveillance des médicaments importés (Contrôle systématique). Ce contrôle est en vigueur depuis février 2007. Cependant, le contrôle de qualité des ARV n'est pas effectif à cause des difficultés du LNSP de se procurer des substances de référence.

³⁹ L'enquêteur rapporte que le principal problème reste la capacité du laboratoire : manque d'espace, de personnel, et fourniture d'eau et d'électricité non fiable (le laboratoire doit être transféré dans de nouveaux locaux en 2008). En pratique, le pays se procure les ARV auprès de sources fiables (pré qualifiés OMS), afin de minimiser les risques en matière de qualité.

(décret de création du PNMLS⁴⁰, arrêté ministériel de création du PNLS/IST⁴¹) pour clarifier les attributions et le rôle de ces instances et, d'autre part la révision d'un arrêté pris sur la réglementation des importations, de la distribution, et l'utilisation des ARV. Dans un autre [7] il était recommandé de modifier le texte portant organisation des Directions Régionales de la Santé, afin de clarifier le rôle de ces structures dans la gestion des médicaments ARV.

Enfin, lorsque ces éléments d'encadrement existent et sont cohérents, ils ne sont, pour autant, pas toujours respectés. Les questionnaires d'enquête rapportent que, souvent pour des raisons d'urgence, les importations de médicaments et moyens de diagnostic ne sont pas toujours effectuées par les opérateurs, en conformité avec les réglementations nationales en vigueur.

Prix d'achat des médicaments ARV

L'analyse des prix⁴² d'un échantillon de médicaments parmi les plus utilisés, fait apparaître une grande hétérogénéité (tableau 4 et tableaux 11 et 12 en annexe).

Les écarts moyens⁴³ vont de 1,20 pour la Didanosine (200 mg. 30 cp.) : prix le plus bas : 19,5 USD, prix le plus élevé 23,5 USD, à 2,96 pour l'Abacavir (300 mg. 60 cp.) : prix le plus bas : 30,5 USD, prix le plus élevé 90,5 USD.

Quatre médicaments présentent des écarts de prix supérieurs à 2 : (i) Stavudine (30 mg. 60 cp.) : écart : 2,92 ; prix le plus bas : 1,69 USD, prix le plus élevé 4,92 USD, (ii) Lamivudine (150 mg. 60 cp.) : écart : 2,88 ; prix le plus bas : 3,72 USD, prix le plus élevé 9,44 USD, (iii) Nevirapine (200 mg. 60 cp.) : écart : 2,74 ; prix le plus bas : 3,77 USD, prix le plus élevé 10,33 USD et, (iv) Zidovudine (300 mg. 60 cp.) : écart : 2,51 ; prix le plus bas : 8,82 USD ; prix le plus élevé 22,14 USD.

Ces écarts semblent relever à la fois des modalités de livraison (terre, air, mer) et des techniques d'achat employées plutôt que de la situation géographique des pays acheteurs, et notamment de leur niveau d'enclavement qui constitue généralement un facteur de surcoût plusieurs fois relevé dans les rapports d'enquêtes.

⁴⁰ Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida.

⁴¹ Programme Nationale de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles.

⁴² Les prix exprimés dans les questionnaires dans différents INCOTERMS (le plus souvent CIF ou CIP) ont été recalculés dans l'INCOTERM DDP en ajoutant selon les cas, les droits et taxes afférents et les coûts de transit local. Ils ont ensuite été convertis en USD (1 USD = 435 Fcfa) puis présentés en indices pour faciliter les comparaisons : l'indice 1 correspond au prix le plus bas de chaque produit (molécule, forme, dosage). Les prix DDP exprimés en USD, sont présentés en annexe.

⁴³ $\left(\frac{\text{Prix..Max}}{\text{Prix..Min}} \right)$

Table 4. Prix d'achat DDP des médicaments ARV dosages adultes (indice 1,00 pour le prix le moins élevé)

Dénomination	Dosage	Condt.	Bénin	BF	Cameroun	RCA	Congo	RCI	Ghana	RDC	Δ	
EFZ	600 mg	30 cp	1,92	1,08	1,31	1,01	1,37	1,91	2,27	1,00	2,27	
EFZ	200 mg	90 cp				1,24	1,54		1,00		1,54	
NVP	200 mg	60 cp	1,84		1,38	1,06	1,04	2,74	1,00	1,02	1,51	2,74
ABC	300 mg	60 cp	2,55	1,02	1,29		2,54	1,65	1,00	1,35	2,96	2,96
DdI	250 mg	30 cp			1,20		1,00			1,04		1,20
DdI	200 mg	60 cp	1,00			1,48		1,32	1,24	1,48		1,48
DdI	400 mg	30 gel				1,00	1,32		1,04			1,32
3TC	150 mg	60 cp			1,14	1,20		2,88	1,32	1,00	1,57	2,88
d4T	30 mg	60 cp					1,48	1,91	1,00	1,20	2,92	2,92
AZT	300 mg	60 cp		1,09	1,13	1,10	1,00	2,51	2,19		1,27	2,51
AZT/3TC	300+150	60cp	1,00		1,23	1,06	1,25	1,42	1,05	1,07	1,50	1,50
d4T/3TC	30+150	60cp	1,00		1,35	1,20	1,09	1,42			2,11	2,11
d4T/3TC/NPV	30+150+200	60cp	1,00		1,26	1,04	1,05				1,74	1,74
Cotrimoxazole	480 mg	1000 cp	1,03	1,05		1,00		1,48	1,81			1,81
Valeur médiane			1,03	1,05	1,26	1,08	1,09	1,78	1,32	1,04	1,57	1,96

Source : enquête PSM

Ainsi, trouve-t-on en République Centrafricaine⁴⁴, pays très enclavé, 3 médicaments dont les prix sont les plus bas de l'échantillon analysé : Zidovudine (300 mg. 60 cp.), Didanosine (200 mg. 30 cp.) et Didanosine (400 mg. 30 cp.). Par ailleurs, 2 autres médicaments présentent, avec le prix le moins élevé, un faible écart, égal ou inférieur à 5 % : Nevirapine (200 mg. 60 cp.) : écart : 1,04 et la combinaison D4T/3TC/NPV (30 mg./150 mg./200 mg., 60 cp.) : écart 1,05. A contrario, le Congo et, dans une moindre mesure, la République Démocratique du Congo, qui sont tous deux des pays côtiers, présentent les écarts moyens de prix les plus élevés : respectivement 1,92 et 1,90.

La comparaison de ces prix avec ceux relevés sur le site de la Fondation Clinton⁴⁵, fait apparaître que 4 produits ont été achetés à des prix inférieurs à ceux proposés par la fondation Clinton : Stavudine (30 mg. 60 cp.) : - 44 % ; 1,69 USD vs 3,00 USD ; la combinaison D4T/3TC/NPV (30 mg./150 mg./200 mg., 60cp.) : - 33 % ; 7,25 USD vs 10,80 USD ; la combinaison (AZT/3TC 300 mg./150 mg. 60 cp.) : - 7 % ; 9,97 USD vs 10,75 USD ; la Didanosine (250 mg. 30 cp.) : - 6 % ; 19,48 USD vs 20,65 USD. Enfin, le prix le moins élevé pour la Nevirapine (200 mg. 60 cp.) est quasiment identique à celui de la Fondation Clinton : + 1 % ; 3,77 USD vs 3,75 USD.

Une analyse identique, réalisée sur les dosages pédiatriques donne des résultats similaires (cf. tableaux des prix en annexe)

Participation des malades aux coûts de traitement

La gratuité des traitements, des dépistages, des dosages de CD4 et du suivi biologique, n'est effective qu'au Bénin. Dans les autres pays, une participation d'un montant variable est demandée aux malades, pour l'un ou l'autre de ces postes de dépenses (tableau 5)

Les montants de la participation demandée aux malades pour les traitements ou les actes de laboratoire sont, d'une part, extrêmement variables d'un pays à l'autre : le rapport le plus élevé pour une même catégorie est supérieur à 4,5 (23 USD pour le dosage des CD4 au Cameroun versus 5 USD en RDC) et, d'autre part, relativement élevés au regard de la capacité de beaucoup de malades

⁴⁴ Concernant la République Centrafricaine, il faut souligner que les bas prix constatés sont liés au fait que les médicaments sont arrivés par mer puis transport routier (délai de livraison : 18 mois et réception de produits proche de leur péremption), contrairement à d'autres pays qui étaient livrés par fret aérien.

⁴⁵ <http://www.clintonfoundation.org/pdf/chai-arv-price-list-050807.pdf> (document non actualisé consulté en juillet et en décembre 2007). Dans la mesure où l'INCOTERM n'est pas mentionné sur cette liste, les comparaisons peuvent être sujettes à caution.

à payer : de 4,5 USD pour une thérapie de 1^{ère} ou de 2^{ème} ligne à 23 USD pour un dosage de CD4 au Cameroun.

Il ne semble pas que les montants de la participation financière demandée aux malades soient corrélés au niveau de revenu des populations :

- Au Burkina Faso, la participation des malades est mensuelle pour les traitements et bisannuelle pour les dosages de CD4 et le suivi biologique. Ainsi, la contribution annuelle d'un malade adulte s'élève à 160 USD⁴⁶ ce qui correspond à près de trois mois de salaire d'un agent de la fonction publique le moins qualifié et à plus de 2 fois la dépense annuelle totale des individus les plus pauvres qui représentent près de 50 % de la population totale⁴⁷.

Table 5. Participation financière des malades aux coûts (montants mensuels en USD – La lettre G signifie la gratuité des traitement et des actes de laboratoire)

	T 1ère ligne		T 2ème ligne		Dépistage		Dosage CD4		Suivi biologique	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Bénin	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G
Burkina Faso (a)	11	G	11	G	1	G	7	G	7	G
Cameroun	G	G	G	G	1	1	23	23	7	7
Centrafrique (b)	G à 4,5	G à 4,5	G	G						
Congo	G	G	G	G	2.3	2.3	11	11	G	G
Côte d'Ivoire (C)	2.4	G	G	G	G	G	G	G	G	G
Ghana	5	5	5	5						
RDC	G	G	G	G			5	5		

Notes : (a) Il est prévu, au Burkina Faso, d'abaisser la participation à 3,5 USD mais cette décision n'est pas encore effective, (b) Il existe en Centrafrique, deux catégories de patients : les « indigents », qui ne paient pas et les autres à qui il est demandé une participation mensuelle de 2 000 Fcfa pour les ARV, plus 1 000 Fcfa pour les consultations, le suivi biologique, ainsi que les médicaments des IO, (c) le cout du traitement trimestriel pour adulte est de 3 000 Fcfa (7.2 USD) y compris les examens complémentaires.

Sources : Enquête PSM (données corrigées)

- Au Cameroun, où le niveau de revenu moyen est un peu plus élevé et où la participation ne concerne que les actes de laboratoire, son montant (60 USD) est près de 3 fois inférieur à celui du Burkina Faso et représente 3 mois du revenu du quintile de population le plus pauvre vivant à Yaoundé⁴⁸.

Ces fortes disparités entre le niveau des contributions demandées et la capacité des malades à payer sont certainement un élément d'explication des malades perdus de vue.

Ratio financiers

Dans le domaine financier, les informations recueillies ont le plus souvent été incomplètes et doivent donc être utilisées avec beaucoup de prudence. Cette situation qui résulte de l'éclatement de la gestion des flux financiers dans la lutte contre le VIH/sida, assurée de façon autonome par chaque bailleurs de fonds, en l'absence de centralisation au sein d'une structure nationale (PNLS, Ministère des finances, Ministère de la santé ou Ministère du sida, selon les cas), fait qu'il n'est pas possible de

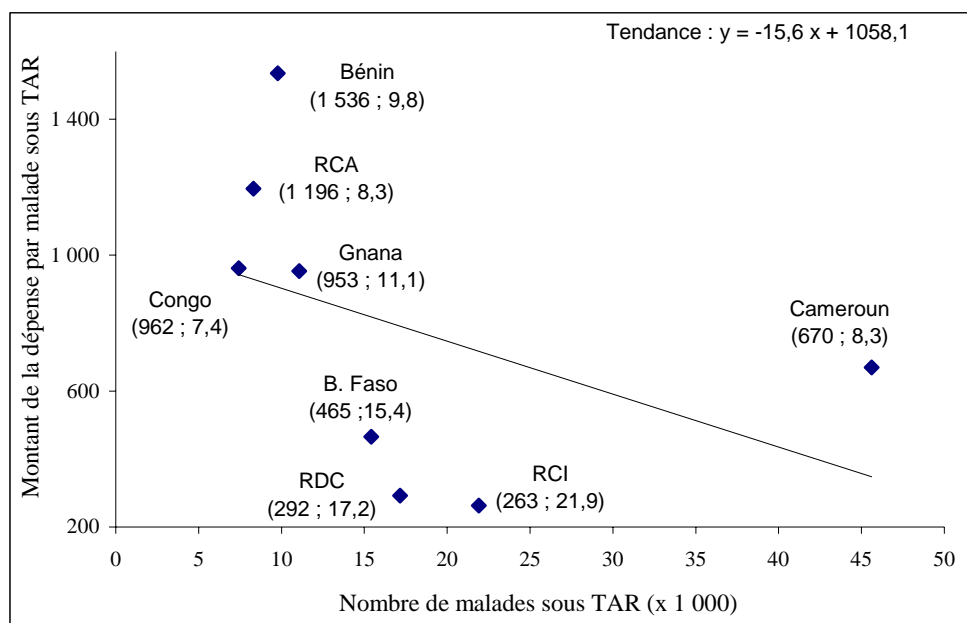
⁴⁶ Soit 70 000 Fcfa au taux de change de 1 USD = 435 FCFA.

⁴⁷ Profil et évolution de la pauvreté au Burkina Faso. INSD. Ouagadougou. Mars 2000.

⁴⁸ Enquête sur les dépenses des ménages à Douala et à Yaoundé (edm2000). Direction de la statistique et de la comptabilité nationale. Décembre 2001.

disposer, sur une période donnée, des montants globaux affectés à la lutte contre la maladie et, par conséquent, de réaliser une analyse de l'efficacité des dépenses engagées dans ce domaine. Ceci étant, il est donc peu probable que ces montants figurent dans le Tableau des Opérations Financières de l'Etat comme le voudraient les règles des finances publiques.

Figure 1. Financement de la lutte contre le VIH/sida et ratio financiers (montants en USD)



Source: enquête PSM (données corrigées)

Il a été néanmoins possible de rapprocher, pour chaque pays, le montant des achats de médicaments et moyens de diagnostic déclarés selon les diverses sources, pour une année donnée (le plus souvent 2007) ou une moyenne annuelle, avec le nombre malades sous TAR cette même année (figure 1).

Les ratios obtenus sont très hétérogènes et les écarts importants de 1 pour le Bénin (1 536 USD) à 6 pour la Côte d'Ivoire (263 USD) et la République Centrafricaine (292 USD) et ne semblent pas être corrélées avec le nombre de malades pris en charge.

Si, pour les trois pays pour lesquels les données financières paraissent cohérentes (Burkina Faso, Congo et Côte d'Ivoire), on calcule le coût moyen pondéré annuel de traitements sur la base des coûts de traitements de première et deuxième lignes⁴⁹ et du nombre de malades sous traitements de première et de deuxième lignes⁵⁰ et que l'on rapproche le résultat obtenu avec la dépense annuelle déclarée de chacun de ces pays pour les médicaments ARV et moyens de diagnostic, on constate, là encore, un manque de cohérence : on observe un excédent de 16,9 millions USD pour la Côte d'Ivoire, de 1,4 million USD pour le Burkina Faso et 5,5 million USD pour le Congo, sans qu'il soit possible de comprendre à quoi correspond ces excédents (tableau 6).

⁴⁹ Selon le plan GAS du Bénin (2006-2008), le coût moyen d'une thérapie de première ligne est évalué à 180 USD et celui de deuxième ligne à 1 300 USD.

⁵⁰ Selon les rapports d'enquête la proportion des traitements de deuxième ligne représente 1 % au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, 10 % au Congo ; ces données n'étant pas renseignées pour les autres pays.

Table 6. Comparaison des dépenses annuelles déclarées avec les coûts théoriques de traitement et le nombre de malades sous traitement (montants en USD)

	Burkina Faso	Congo	Côte d'Ivoire*
1 Dépense annuelle déclarée	4,683,000	7,077,000	21,070,000
2 Nombre de malades	17,263	7,426	21,907
3 Ratio 1/2	271	953	962
4 Proportion des malades sous TAR de 1ère ligne	99%	90%	97%
5 Proportion des malades sous TAR de 2ème ligne	1%	10%	1%
6 Prix moyen d'un traitement de 1ère ligne (a)	180	180	180
7 Prix moyen d'un traitement de 2ème ligne (a)	1,300	1,300	1,300
8 Prix moyen pondéré d'un traitement : $(4 \times 6 + 5 \times 7) / 100$	191	207	191
9 Coût total des traitements : 8×2	3,300,686	1,540,152	4,188,618
10 Différence (1-9)	1,382,314	5,536,848	16,881,382

Sources: Enquête PSM (données corrigées)

* = le chiffre de 21 907 pour 2007 correspond aux nouvelles inclusions et non au nombre de personnes sous traitement ARV qui est de 42 350.

Ces excédents correspondent à une couverture de stock de plus de 4 ans de consommation théorique pour la Côte d'Ivoire, de 3 ans et demi pour le Congo et de 5 mois pour le Burkina Faso. Ces disparités difficilement interprétables traduisent les difficultés à mesurer la réalité des flux financiers.

b. Analyse du cycle d'approvisionnement

Le cycle d'approvisionnement GAS a été décomposé en 9 activités principales : prévision des besoins, achats, suivi des commandes fournisseurs, réception des produits, contrôle de conformité, stockage des produits, contrôle de qualité, paiement des fournisseurs et distribution.

Pour chaque pays, dans chacune des principales sources de financement⁵¹ et pour chacune de ces 9 activités, le nombre d'intervenants⁵² a été comptabilisé. Le résultat de cet exercice fait apparaître une situation complexe et contrastée (tableau 7).

La première observation que suggère cet exercice concerne le nombre d'intervenants impliqués par source de financement. Il est en moyenne de 13, avec de sensibles variations⁵³ : allant de 16 intervenants pour l'initiative PEPFAR en Côte d'Ivoire, pour le Fonds Mondial au Burkina Faso et au Cameroun et pour la Banque Mondiale en République Centrafricaine, 13 pour les financements nationaux, à 11 pour l'UNICEF au Bénin, pour le Fonds Mondial au Congo et en République Centrafricaine et pour l'Etat en Côte d'Ivoire.

La seconde observation concerne le nombre d'intervenants dans chacune des composantes du cycle GAS, toutes sources de financement confondues. Il va, pour la moyenne des 8 pays, de 3,3 (1 – 8) pour l'activité prévision des besoins, à 0,5 (0 – 2) pour celle du contrôle de qualité des médicaments :

⁵¹ Compte tenu des contraintes de temps imposées lors de la réalisation des enquêtes de terrain, il était demandé aux enquêteurs de limiter l'analyse du cycle GAS aux 3 principales sources de financement opérant dans les pays enquêtés, bien que leur nombre soit parfois très supérieur à cette valeur si l'on prend en compte les sources de financement ou opérateurs de second plan.

⁵² Bailleur de fonds, opérateur, programme, service etc.

⁵³ Le Ghana où l'on dénombre 23 intervenants n'est pas pris en compte dans les calculs dans la mesure où ce nombre correspond au regroupement de 2 filières.

Table 7. Intervenants dans le cycle GAS par composante, par source de financement et par pays

	Bénin			Burkina Faso			Cameroun			RCA		Congo		Côte d'Ivoire				Ghana	RDC			Moyenne	
	FM	UNI CEF	FC	FM	Etat	UNI CEF	FM	Etat	FC	BM	FM	Etat	FM	PEP FAR	Etat	UNICEF TAI	FM	TSFC	BM	FC	FM		
Prévision des besoins	1	1	3	3	3	3	8	7	7	1	4	3	2	8	3	1	1	6	2	2	3	72	3.30
Achat	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	25	1.15
Suivi des commandes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	27	1.20
Réception des produits	5	3	3	2	1	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	2	39	1.80
Contrôle de conformité	4	2	3	2	2	2	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	32	1.50
Stockage	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	1.15
Contrôle de qualité	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	2	0	0	0	10	0.40
Paiement des fournisseurs	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	28	1.33
Distribution	1	1	1	3	2	2	1	1	1	2	1	2	2	0	1	1	1	2	1	1	1	28	1.33
Total	15	11	14	16	15	13	16	15	13	16	11	12	11	15	12	8	14	23	12	10	13		1.46

Note : FM = Fonds Mondial, FC = Fondation Clinton, BM = Banque Mondiale, TSFC = Toutes Sources de Financement Confondues
Sources : Enquête PSM (données corrigées)

Analyse par activité :

- Prévision des besoins. C'est pour cette activité primordiale qu'on relève, dans toutes les filières⁵⁴, le plus grand nombre d'intervenants. Sauf erreur de relevé d'information, il est de 8 au Cameroun dans la filière Fonds Mondial (DPL du ministère de la santé, PNLS, centrale publique d'achat, UNICEF, OMS, DPM du ministère de la santé, ONUSIDA) et en Côte d'Ivoire dans la filière PEPFAR (PNPEC du ministère de la santé, PNLS, centrale publique d'achat, une ONG, UNICEF, OMS, DPM du ministère de la santé, Laboratoire National de contrôle de qualité). Dans la mesure où ces prévisions éclatées, ne sont faites ni de façon coordonnée ni concertée et ne sont pas, avant d'être traduites en commandes, validées par une instance centralisée, il n'est pas surprenant qu'elles se traduisent sur le terrain par des ruptures de stock ou des préemptions.

- Achats, suivi des commandes fournisseurs et paiement des fournisseurs. Ces activités étant par nature centralisées, le nombre limité d'intervenants dans chacune d'elle, respectivement (1,20 : 1 - 2), (1,30 : 1 - 3) et (1,30 : 1 - 3) semble raisonnable et n'appelle pas de commentaire spécifique. Mais il faut cependant souligner le fait que, à l'exception du Congo, les centrales publiques d'achat ne sont impliquées que partiellement dans ces activités qui sont généralement réalisées ex cathedra par les opérateurs : dans 2 filières sur 3 au Burkina Faso et au Cameroun, et dans 1 filière sur 4 en Côte d'Ivoire et ne sont aucunement impliquées au Bénin, en République Centrafricaine et en RDC.

- Réception des produits et contrôle de conformité. Le nombre moyen, un peu plus élevé, d'intervenants dans ces autres activités administratives, respectivement (1,90 : 0 - 5) et (1,55 : 0 - 4), ne posent pas non plus problème, ces activités, s'agissant d'achats publics, sont très souvent réalisées en comités interministériels. Il faut cependant souligner l'absence d'intervenants pour l'activité contrôle de conformité, d'une part, au Cameroun pour la filière Fondation Clinton/UNITAID et, d'autre part, en République Centrafricaine pour la filière Banque Mondiale.

- Stockage et distribution. Le nombre réduit d'intervenants dans ces deux activités, rarement dissociées, respectivement (1,15 : 1 - 2) et (1,40 : 1 - 3), illustre le fait que ces activités logistiques sont presque systématiquement assurées par les centrales publiques d'achat, exception faite de la RDC, pour la filière Banque Mondiale où elle sont confiées à une société de distribution privée. Il faut souligner sur ce point que lorsque ces activités sont assurées par les centrales publiques d'achat c'est, le plus souvent, sans une contrepartie financière pourtant légitime, et que les frais internes

⁵⁴ Le mot filière est utilisé pour désigner le cycle d'approvisionnement de chaque source de financement.

correspondants, doivent donc, in fine, soit atténuer leurs marges soit être reportés sur les autres produits dont elles assurent la distribution.

– Contrôle de qualité. C'est pour cette activité que le nombre d'intervenants est le plus faible (0,50 : 0-2). En effet, cette activité pourtant obligatoire, s'agissant de médicaments, n'est réalisée systématiquement qu'au Cameroun. Dans trois pays (Bénin, République Centrafricaine et République Démocratique du Congo), les contrôles de qualité ne semblent pas être assurés et dans les autres pays, ils ne le sont que dans certaines filières : Fonds Mondial et Etat, au Burkina Faso et Etat en Côte d'Ivoire. Cette situation appelle deux remarques : (i) l'absence de contrôle de qualité semble justifié dans la filière UNICEF où l'on imagine qu'ils sont réalisés en amont par la centrale d'achat de l'organisation à Copenhague, mais il conviendrait alors, qu'une copie des bulletins de contrôle accompagnent les médicaments comme l'exigent les réglementations nationales, cette remarque vaut également pour la filière PEPFAR dans laquelle les contrôles de qualité sont assurés par SCMS, (ii) dans les autres filières l'absence de contrôle de qualité pourrait se comprendre pour les cas où les achats sont effectués auprès de sociétés pré qualifiées par l'OMS où la FDA ou encore l'EMEA, mais cela n'exonère pas pour autant le fabricant de fournir, pour chaque lot livré, une copie certifiée du bulletin de contrôle correspondant.

Cette analyse globale du cycle GAS au niveau central, appelle deux remarques d'ordre général :

- Pour aboutir à une même finalité (assurer dans un pays l'approvisionnement et la distribution de médicaments et de moyens de diagnostic), on a multiplié le nombre de filières, et dans les 8 pays de l'échantillon, on en dénombre 20⁵⁵, alors qu'au moins 5 de ces 8 pays (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire et Ghana) disposaient d'outils en mesure d'assurer cette fonction. Si l'on admet que la multiplication des intervenants dans un processus aussi complexe que le cycle d'approvisionnement et de distribution des médicaments, est un facteur de dilution des responsabilités et de perte d'efficacité, on mesure la tâche à accomplir pour rationaliser les chaînes d'approvisionnement et de distribution mise en place et améliorer leur efficacité.

- Les justifications, régulièrement avancées, de cette multiplication des filières, sont, d'une part, le manque de fiabilité des systèmes nationaux d'approvisionnement par les bailleurs de fonds et, d'autre part, le manque de rigueur dans la gestion financière des fonds engagés⁵⁶. Mais ces mêmes bailleurs de fonds recourent pourtant, pour les activités de stockage et distribution, à ces mêmes systèmes nationaux qui ont en réalité la charge de plus de 80 % des volumes importés et distribués.

Cette multiplication du nombre des filières manque de cohérence pour plusieurs raisons : (i) elle est en contradiction avec les appuis techniques et financiers apportés par les partenaires au développement depuis deux décennies, aux systèmes nationaux d'approvisionnement dans les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique Centrale⁵⁷, (ii) elle constitue un facteur de surcoût sans aucune contrepartie technique ou logistique⁵⁸, (iii) elle complexifie inutilement la problématique en multipliant le nombre d'intervenants et ne permet pas de disposer d'une bonne visibilité de la situation de terrain, (iv) ces filières ne respectent pas toujours les cadres réglementaire et législatif mis en place par les autorités sanitaires avec l'appui des partenaires au développement dans au moins trois domaines : l'importation, l'enregistrement des produits et le contrôle de qualité et, (v) la complexification que cela représente va rendre très difficile le passage à l'échelle des programmes.

⁵⁵ Il ne s'agit là que des filières principales. Ce nombre est beaucoup plus important si l'on prend en compte les filières secondaires.

⁵⁶ En effets, tous les bailleurs de fonds sont comptables des deniers publics qu'ils engagent dans ce secteur. Il leur apparaît alors plus simple de déléguer la gestion de ces fonds par des organismes ou cellules internes ou externes, plutôt que de prendre le risque d'en confier la gestion aux instances nationales. En telle hypothèse, le risque financier est écarté, mais cela frustre et déresponsabilise les acteurs nationaux.

⁵⁷ Depuis la fin des années 90, et ce mouvement s'est encore renforcé après la dévaluation du Fcfa en janvier 1994, plusieurs partenaires au développement (Union Européenne, OMS, France et Pays bas) ont apporté, en Afrique centrale et de l'Ouest, d'importants appuis techniques et financier, d'abord aux centrales publiques d'achat, puis aux DPM. La logique de ces appuis était d'une part, de rendre les MEG disponibles les formations sanitaires pour redynamiser les systèmes de soins et, d'autre part, adapter la législation et la réglementation, les rendre effectives et contrôler le marché du médicaments dans les secteurs publics et privés.

⁵⁸ La réalisation d'une même fonction (l'approvisionnement en médicaments) par plusieurs entités distinctes qui ont chacune des coûts de fonctionnement, est beaucoup plus coûteuse que la réalisation de cette fonction par une seule entité.

c. Visites de terrain

Les investigations conduites au seul niveau central ne sont pas suffisantes pour disposer d'une vision globale de la problématique GAS. Ainsi, afin de pouvoir disposer d'une appréciation de la situation à l'extrémité de la chaîne de soins, il a donc été demandé aux enquêteurs de se rendre dans chaque pays, dans 3 centres de prise en charge et de rapporter les situations trouvées⁵⁹.

Dans la mesure où le nombre de structures visitées par pays était, pour des raisons financières, limité à 3, les résultats sont présentés de façon transversale, pour l'ensemble des pays.

Les résultats de ces visites font apparaître, dans l'ensemble, des situations assez médiocres : conditions de stockage non satisfaisantes, gestionnaires de stocks insuffisamment formés, outils de gestion, même basiques (fiches de stocks), non utilisés de façon systématique et supervisions non systématique. En revanche, les taux de disponibilité relevés sont satisfaisants même si tous les centres font état de ruptures de stock dans la période précédant les enquêtes (cf. tableau 14 en annexe présentant les résultats détaillés).

Echantillon

Les 24 centres de prise en charge visités sont essentiellement situés en milieu urbain (67 %). Les responsables de la gestion des stocks de ces centres sont majoritairement infirmiers (38 %), et également pharmaciens (33 %), ou techniciens de santé (17 %), médecins ou auxiliaires pharmaceutiques (12 %).

Conditions de stockage

A peine plus de la moitié des centres (54 %) disposent d'un local de stockage de taille suffisante. Les conditions de stockage ne sont satisfaisantes que dans moins de la moitié d'entre eux (42 %) et sont mauvaises dans 1 centre sur 4. La chaîne du froid est toutefois assurée dans 90 % d'entre eux.

La présence d'outils de gestion n'est pas systématique : 20 % des centres ne disposent pas de la liste nationale de médicaments essentiels et ils ne sont qu'un tiers à utiliser soit un logiciel de gestion de stock soit des fiches de stock.

Gestion des stocks

83 % des centres sont autonomes en matière de gestion des stocks et 79 % en matière de passation de leurs commandes.

Seulement 13 % des gestionnaires ont bénéficié d'une formation dans les 6 mois précédant l'enquête, et pour les trois quarts d'entre eux, la formation reçue remonte à plus de 6 mois. 13 % d'entre eux n'ont reçu aucune formation.

Tous les centres effectuent régulièrement des inventaires de stock, le plus souvent selon un rythme mensuel (58 %), hebdomadaire (25 %) ou trimestriel (13 %).

Leurs rythmes d'approvisionnement sont majoritairement mensuels (46 %) ou trimestriels (38 %).

Tous les centres ont été confrontés à des ruptures de stock dont les causes sont multiples : livraisons inférieures aux besoins exprimés (58 %), besoins sous estimés lors de la commande (33 %), retards de livraison (25%), non respect des protocoles thérapeutiques (25 %) et péremption de médicaments (38 %).

⁵⁹ Il était demandé aux consultants d'identifier, avec l'aide des responsables des programmes nationaux, une structure fonctionnant bien, une dont le niveau de fonctionnement était moyen et un où il était mauvais.

Il avait été demandé de calculer les taux de disponibilité moyens de 4 médicaments traceurs⁶⁰ : première ligne adulte (AZT/3TC 300/150) et (D4T/3TC 150/30), deuxième ligne adulte (IDV+r 400/100) et première ligne pédiatrique (NVP 200). Dans la mesure où tous les centres ne dispensent pas systématiquement ni des traitements de deuxième ligne ni des traitements pédiatriques, il n'est présenté ici que les résultats obtenus pour les traitements de première ligne.

Dans la plupart des pays, le taux de disponibilité de ces médicaments est excellent (100 %). L'absence de l'un d'eux a cependant été relevé au Cameroun : 83 % (100 % - 50 % - 100 %) et en République Démocratique du Congo : 67 % (100 % - 50 % - 50 %).

Supervision

Tous les centres établissent des rapports d'activité selon un rythme majoritairement mensuel (50 %) et près d'un centre sur 5 déclare ne pas être supervisé (3 centres de République Centrafricaine et un centre au Cameroun).

3.5 Difficultés récurrentes

En complément des analyses quantitatives qui font apparaître des situations souvent contrastées d'un pays à l'autre, la consolidation des analyses qualitatives réalisées lors des enquêtes de terrain fait apparaître des éléments perturbateurs récurrents, agissant souvent en interaction, qui sont à l'origine de dysfonctionnements majeurs dans la chaîne d'approvisionnement. Ces éléments résultent de la combinaison de plusieurs facteurs : le manque de fiabilité de la quantification des besoins; le fractionnement de la chaîne d'approvisionnement qui procède de l'insuffisante prise en compte, par les bailleurs de fonds, de l'organisation des systèmes sanitaires nationaux existants, lors de la mise en place de leurs schémas organisationnels et modes opératoires ; l'absence de flexibilité de ces modes opératoires qui les rend incompatibles avec la demande de médicaments exprimée parfois de façon erratique ; et l'absence de réponse satisfaisante aux ruptures de stocks.

a. Manque de fiabilité de la quantification des besoins

C'est le problème majeur de la chaîne d'approvisionnement et la première cause de ruptures de stocks ou de péremption des médicaments. Elle a plusieurs origines qui se cumulent : les difficultés rencontrées par les personnels des centres de traitement à dénombrer convenablement le nombre de malades par protocole ou par molécule, les oublis dans ces centres, de signalement des perdus de vue ou des nouveaux malades inclus dans les files, les déclarations de nouveaux malades faites sur la base du pourcentage des objectifs de prise en charge et non sur la réalité, et la technique d'estimation des besoins sur base du profil épidémiologique et non sur la base de l'observation de la consommation.

Selon les approches suivies, les estimations prévisionnelles diffèrent radicalement : le calcul basé sur le profil épidémiologique⁶¹ fournit une estimation théorique, alors que celui basé sur l'observation des volumes distribués par les centrales d'achat reflète la demande et donc le besoin réel qu'il est cependant nécessaire d'ajuster en fonction du niveau des stocks résiduels, des ruptures de stock et des commandes en cours chez les fournisseurs. Il est pourtant nécessaire de combiner les résultats des prévisions obtenues par ces deux méthodes pour établir un plan d'approvisionnement réaliste. Ainsi, à titre d'exemple, ESTHER qui avait été sollicité dans un pays pour assurer un dépannage d'une durée de 3 mois pour 3 000 malades, a été confronté à une situation trop fréquente : les

⁶⁰ Les taux de disponibilité sont calculés en utilisant l'algorithme de calcul préconisé par l'OMS : $\frac{(jrA) + (jrB) + \dots + (jrD)}{(nb.P \times nbjr)} \times 100$

dans lequel : *jrA* est le nombre de jours de rupture de stock constaté pour le produit A, *jrB* est le nombre de jours de rupture de stock constaté pour le produit B etc., *nbP* est le nombre total de produits et *nbjr* est le nombre total de jours de rupture constaté pour les 6 produits.

⁶¹ Le profil épidémiologique ne permet d'obtenir que des ordres de grandeur car les données sur lesquelles il se base ne sont pas fiables et les prescriptions ne sont pas rationnelles.

besoins exprimés par le PNLS, basé sur le profil épidémiologique, était 3 fois plus élevés que ceux exprimés par la centrale d'achat qui prenait en compte, d'une part, l'historique de consommation et, d'autre part, du niveau du stock disponible et des commandes en cours, donnant un résultat beaucoup plus proche de la réalité. Dans ce même pays, le récipiendaire principal estimait les quantités d'achat de médicaments de 2^{ème} ligne sur les données du PNLS qui, compte tenu de la méthode de calcul adoptée, étaient très supérieures à celles estimées par la centrale d'achat basée sur les flux d'approvisionnement⁶². En terme de coût, cela se traduisait par une valeur d'achat très supérieure à ce qui était nécessaire, avec comme conséquence d'importantes pertes prévisibles.

La solution à cette situation serait d'effectuer les prévisions à partir, d'une part, du suivi effectif de la consommation au niveau central, c'est-à-dire dans les centrales d'achat où les médicaments sont livrés avant de repartir vers les centres de prise en charge et, d'autre part, du suivi des tendances de consommation en utilisant des techniques simples et rôdées comme la régression linéaire et enfin, lisser les pics d'approvisionnement en mettant en place un système de gestion des stocks fondé sur des marchés fournisseurs annuels ou pluri annuels, exécutés sur la base d'un calendrier de livraison fractionné et suffisamment souple pour tenir compte des aléas de la prévision et du caractère erratique de la demande exprimée par les centres de prise en charge.

b. Fractionnement de la chaîne d'approvisionnement

La multiplication des intervenants dans la chaîne d'approvisionnement (cf. supra chapitre 4) et le fractionnement de ses fonctions essentielles (prévision des besoins, passation et suivi des marchés, gestion des commandes fournisseurs et entreposage des médicaments) entre tous ces intervenants, parfois regroupés en commissions⁶³ sont des facteurs de perte d'efficacité de la fonction globale. Par ailleurs, ce mode organisationnel dilue les responsabilités en cas d'erreurs qui ont tendance à être reportées dans un mouvement de cascade, sur l'opérateur final, à l'extrémité aval de la chaîne, c'est-à-dire sur la centrale d'achat.

Dans de tels schémas, selon les exigences des bailleurs de fonds ou de leurs mandataires, les flux d'informations sont le plus souvent à sens unique, allant du bas vers le haut : ainsi, les centrales d'achat rendent régulièrement compte de leur activité⁶⁴ (ce qui, par ailleurs, si l'on en juge par le paragraphe précédent sur la fiabilité des prévisions, ne semblent pas être pris en compte), mais ne sont pas suffisamment informées, en retour, de la programmation des commandes fournisseurs, ni des dates auxquelles ces commandes leurs seront livrées ni les quantités correspondantes, ce qui perturbe grandement leur fonctionnement et constitue un facteur de démotivation.

c. Absence de flexibilité des modes opératoires

De nombreuses difficultés identifiées lors de l'évaluation résultent de l'incompatibilité entre, d'une part, une demande mal exprimée du fait de son caractère dynamique (pour plusieurs raisons, le nombre de malades varie constamment à la hausse ou à la baisse⁶⁵), du non respect des protocoles thérapeutiques et du manque de fiabilité des prévisions et, d'autre part, une réponse à cette demande, par la mise en place de techniques d'approvisionnement peu adaptées aux spécificités de la demande : des opérateurs parfois insuffisamment expérimentés et connaissant mal à la fois les problématiques du VIH/sida et des approvisionnements, des procédures d'achat trop longues (les délais entre l'appel d'offres et la livraison sont parfois supérieurs à 12 mois pour couvrir une période de consommation de 12 mois) et non flexibles (les marchés avec les fournisseurs ne comportent pas de clauses d'adaptation des quantités livrées pour faire face, le cas échéant, à une variation quantitative ou

⁶² Le PNLS estimait à 39 % le nombre de PVVIH sous traitement de 2^{ème} ligne, alors la centrale publique d'achat l'estimait à 10 %.

⁶³ Commission de quantification.

⁶⁴ Etat des stocks et des livraisons faites aux centres de prise en charge.

⁶⁵ Décès, malades perdus de vue, ou nouvellement pris en charge, adaptation des traitements au statut immunologique des malades, mise des malades sous traitement de façon progressive, incompatibilité des certains médicaments chez les malades tuberculeux etc.

qualitative de la demande), auprès de fournisseurs parfois peu réactifs (les délais de réaction de certains fournisseurs recommandés par le Fonds Mondial, parfois beaucoup trop longs).

Deux exemples parmi d'autres illustrent le manque de flexibilité des procédures mises en place :

- En République Centrafricaine, alors qu'on ne disposait d'informations fiables ni sur les besoins en traitements ARV, ni sur le niveau des stocks disponibles, et alors que le pays était confronté à des ruptures de stock récurrentes et d'importantes pertes de médicaments dues à des péremptions, le représentant du principal bailleur de fonds persistait à imposer un plan GAS triennal avec des marchés annuels, refusant d'opter pour un système de commandes trimestrielles ajustables qui aurait permis le rétablissement progressif du niveau de stock⁶⁶. Une telle situation, illustre l'absence de compréhension de la problématique de l'approvisionnement et la rigidité des procédures administratives mises en place.

- Au Togo, alors que des médicaments commandés en trop grande quantité allaient se périmiser dans un délai assez court, et qu'un pays voisin (la Côte d'Ivoire) se trouvait en rupture de stock de ces mêmes médicaments, un échange, équitable en termes financiers, avec d'autres médicaments dont le Togo avait besoin avait été envisagé. De tels échanges sont réalisés entre les pays sur des bases équitables, sans poser de difficultés⁶⁷. Le représentant du principal bailleur de fonds et la CCM⁶⁸ dont l'autorisation avait été demandée, se sont opposés à cet échange, préférant laisser périmiser ces produits dans les magasins, plutôt que de faire une entorse aux procédures comptables en vigueur.

Ainsi, alors que la situation, compte tenu de sa spécificité, nécessite une forte réactivité des opérateurs pour lisser les difficultés, aucun mécanisme adapté n'a été mis en place pour assurer un approvisionnement régulier en médicaments et moyens de diagnostic.

C'est en faisant un constat semblable que l'ACAME, à élaboré sa proposition de « *plan d'action opérationnel d'approvisionnement des programmes de lutte contre les maladies prioritaires sur financement UNITAID* en proposant, pour un échantillon de 4 ou 5 pays que les approvisionnements effectués sur le financement d'UNITAID, soient confiés aux centrales publiques d'achat, et non plus à des opérateurs qui ont démontré, à plusieurs reprises⁶⁹, qu'ils n'en avaient pas la compétence. Il est, en effet, anormal que des centrales publiques d'achat dont certaines fonctionnent convenablement depuis une quinzaine d'années en réalisant des chiffres d'affaires de plusieurs milliards de Fcfa, ne soient sollicitées que pour entreposer et livrer des produits achetés par d'autres.

d. Absence de réponse satisfaisante aux ruptures de stock

Aux fréquentes ruptures de stocks, parfois générées au niveau central par l'insuffisante flexibilité des procédures d'approvisionnement mises en place (cf. supra) et dans les centres de traitement par des dysfonctionnements des circuits de distribution, des commandes tardives et sous estimées, et différents problèmes de gestion, aucune réponse satisfaisante n'a encore été apportée durablement. Le stock d'urgence mis en place par ESTHER et logé dans les magasins de la CHMP⁷⁰ au Kenya, n'a que peu été utilisé et lorsqu'il l'a été, il n'a pas été possible aux pays bénéficiaires d'utiliser les fonds disponibles des bailleurs, pour rembourser à ESTHER, les montants correspondant à ces dépannages.

Ces ruptures de stock peuvent avoir de graves conséquences, car elles contraignent le personnel de soin au non respect des protocoles. De telles situations ont, en effet, été observées lors des visites de terrain. Le processus est le suivant : lorsqu'une molécule de première ligne n'est pas disponible, le traitement du malade est adapté en fonction de la disponibilité d'autres molécules dont l'effet est

⁶⁶ Source : GIP ESTHER.

⁶⁷ Dans le projet régional ARIVAS (Projet d'Appui au Renforcement de l'Indépendance Vaccinale en Afrique Sahélienne), financé conjointement par l'Union Européenne et l'UNICEF, les échanges de vaccins étaient même encouragés pour éviter les ruptures de stock.

⁶⁸ Country Coordinating Mechanism ou Instance de Coordination Nationale, dans le dispositif du Fonds Mondial.

⁶⁹ Notamment au Burkina Faso.

⁷⁰ Centrale Humanitaire Médico-Pharmaceutique. Le siège de la CHMP est situé à Clermont-Ferrand (France).

considéré comme équivalent. Et le plus souvent, cette adaptation consiste à choisir une molécule de deuxième ligne. C'est ainsi qu'apparaissent de nouveaux protocoles qui ont deux effets négatifs : leur nombre complique le travail d'estimation des besoins et d'autre part, ces modifications de protocoles peuvent entraîner l'apparition de pharmacorésistances si les traitements initiaux ne sont pas respectés.

Il apparaît cependant nécessaire, pour pallier ces ruptures de stocks imparables, parce que résultant d'une absence de simultanéité entre offre et demande à un instant t , ou plus simplement, de retards de livraisons des fournisseurs ou de trop lourdes et longues procédures d'approvisionnement, ou d'interruption des flux de financement entre deux phases du processus d'un bailleur de fonds, ou de délais d'attente d'un avis de non objection ou d'une quelconque décision administrative, ou encore de tracasseries douanières ou administrative, etc. de mettre en place un mécanisme permettant, dans des délais compatibles avec l'urgence des situations, la continuité de l'approvisionnement, de façon à assurer sans faille la continuité de traitement pour les malades. Ce mécanisme ou facilité, par essence régionale, devrait répondre aux deux types de difficultés communément rencontrées : le dépannage immédiat, dans le cas de ruptures de stocks avérées, l'échange anticipé de médicaments arrivant à péremption et l'analyse de la cause de la rupture de stock de façon à ce qu'elle ne se reproduise plus.

e. Absence de cadre formel de concertation entre les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida et les Centrales Publiques d'Achats

Dans beaucoup de pays, l'estimation des besoins, la commande et la réception des médicaments et moyens de diagnostic sont effectuées par les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida sans implication des Centrales Publiques d'Achats ou d'autres opérateurs agréés qui n'apprennent l'existence de ces produits qu'au moment de leur entreposage dans leurs magasins, le plus souvent sans concertation préalable.

Quand bien même les ARV, médicaments contre les IO et moyens de diagnostic sont gratuits ou fortement subventionnés, il est souhaitable que les Centrales Publiques d'Achats, qui ont la charge de la gestion des autres biens de santé nécessaires au bon fonctionnement du système de soins (médicaments essentiels, petit matériel médico chirurgical, produits de radiologie etc.), soient largement impliquées dans les différentes phases du cycle d'approvisionnement et de gestion de ces produits : prévision des besoins, achat, suivi des commandes, réception des produits et contrôle de conformité, stockage, contrôle de qualité et distribution.

Cette plus grande implication des Centrales Publiques d'Achat ne sera possible que par la mise en place d'un cadre formel de concertation entre les responsables des programmes de lutte contre le VIH/sida, ceux des Centrales Publiques d'Achats et des autres services impliqués (Laboratoire Nationaux de Contrôle des Médicaments, Direction de la Pharmacie et du Médicament). L'implication de responsables de ces structures lors de l'élaboration des soumissions nationales aux prochains rounds du Fonds Mondial devrait permettre d'améliorer l'efficacité globale des approvisionnements et, ce faisant, de « *mieux faire travailler l'argent disponible* » selon la formule de l'ONUSIDA.

4 CONCLUSION

L'enseignement général que l'on peut tirer de cet exercice d'évaluation est, que face à la complexité de la problématique GAS dans les pays en développement, où les difficultés de toutes natures s'accumulent, appelant donc des réponses appropriées et flexibles, les systèmes mis en place pour assurer l'approvisionnement en médicaments et moyens de diagnostic, sont étanches, verticaux, beaucoup trop rigides, insuffisamment performants, réduisant ainsi l'efficacité des financements engagés. Par ailleurs, ils ne s'accompagnent pas de transfert de compétence pourtant nécessaire à l'appropriation par les pays des mécanismes mis en place. Enfin, alors que le Fonds Mondial offre, depuis quelques années, la possibilité de financer l'acquisition d'autres biens en complément du consommable médical : équipements médicaux, services divers (contrôle de qualité, transitaires...) et équipements non médicaux (véhicules, ordinateurs, travaux de réhabilitation ou constructions neuves...), les pays semblent ne pas recourir autant que de besoin à cette facilité.

In fine, alors que les malades devraient être au centre des préoccupations des bailleurs de fonds et des opérateurs, c'est la logique administrative et comptable qui semble, en de nombreux points, prévaloir.

ANNEXE 1 PHASE 3 : ATELIER REGIONAL DE RESTITUTION

Cet atelier a regroupé durant trois jours plus de 70 participants venus de neuf pays (cf. annexe 1)⁷¹ : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, République Démocratique du Congo et Sénégal et des représentants d'institutions internationales : ACAME, Banque Mondiale, CHMP, fondation Clinton, Fonds Mondial de lutte contre le Sida la Tuberculose et le Paludisme, GIP ESTHER, IDA fondation, Ministère des Affaires Etrangères français, Mission Pharma, OCEAC, OMS (AFRO, TCM, AMDS), ONUSIDA, UNICEF (BRAOC), et UNITAID.

1 Objectifs

Les objectifs de l'atelier étaient de trois ordres :

- Présenter et partager les résultats de la revue documentaire et des enquêtes de terrain et engager un débat sur les constats.
- Présenter et partager les cartographies des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments réalisées dans les pays avec l'appui du département TCM de l'OMS.
- Débattre des principales difficultés et dysfonctionnements rencontrés dans la problématique GAS et leurs causes.
- Elaborer, proposer et valider des recommandations devant permettre de remédier aux éléments de blocage et aux dysfonctionnements identifiés sur le terrain, dans la chaîne d'approvisionnement.

2 Résultats attendus

A l'issue de l'atelier, un document de synthèse présentera :

- Le constat de la situation générale et des situations particulières de la problématique GAS dans les pays enquêtés.
- Le résumé des débats des groupes de travail.
- Les recommandations validées lors de l'atelier.

3 Méthodologie

L'atelier s'est déroulé selon la manière suivante :

- Présentation, sur la base des éléments issus de la revue documentaire et des enquêtes de terrain, de la situation générale et des situations particulières de la problématique GAS.

Cette présentation générale a été ensuite complétée par : (i) la présentation de deux cas particuliers : Conséquences de la multiplication des opérateurs et des chaînes d'approvisionnement (cas du Bénin et du Cameroun) et, l'implication des centrales d'achat sur la qualité des médicaments ARV, (ii) une présentation portant sur : la Cartographie de l'évaluation approfondie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé réalisée par le département TCM de l'OMS, (iii) une présentation d'informations stratégiques du département AMDS de l'OMS et, (iv) une présentation du niveau de mise en œuvre des recommandations de la réunion

⁷¹ L'ensemble des activités de l'atelier, et notamment ce qui concerne les travaux des groupes de travail, est présenté dans un rapport spécifique intitulé : « Etat des lieux en matière de systèmes de gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et consommables médicaux utilisés dans la lutte contre le VIH/sida dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre » réalisé par le Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF à Dakar.

de Brazzaville en juin 2006, sur l'amélioration de la gestion des achats et de l'approvisionnement en médicaments dans la Région africaine de l'OMS par le bureau AFRO de l'OMS.

- Organisation d'un débat dirigé, destiné d'une part, à apporter des éléments complémentaires d'information et d'analyse sur la situation présentée et, d'autre part, à identifier les principaux éléments de blocage et les dysfonctionnements influant négativement sur l'efficacité des moyens humains, techniques et financiers, déployés sur le terrain par les partenaires et les opérateurs.

- Constitution de groupes de travail pluridisciplinaires d'une dizaine de personnes, chargés chacun de traiter l'un des thèmes identifiés lors des débats dirigés, d'en analyser les causes et de proposer des recommandations permettant d'y remédier. Pour s'assurer de l'obtention de résultats et d'analyses d'un niveau qualitatif suffisant et de recommandations pertinentes, chaque groupe de travail a reçu des termes de références précis et a suivi un cadre méthodologique pré établi. Les thèmes traités par les groupes de travail ont été les suivants :

Thème 1 : Quelles solutions face aux ruptures et aux péremptions de stock ?

Thème 2 : Quelles solutions face à la place insuffisante occupée par les Centrales d'Achat dans la chaîne d'approvisionnement dans certains pays ?

Thème 3 : Quelles dispositions pour améliorer les pratiques de gestion pharmaceutique au niveau des sites de prise en charge ?

Thème 4: Quel cadre formel de concertation pour améliorer l'efficacité des GAS ?

Thème 5 : Quel système de suivi et d'évaluation pour améliorer la qualité et la circulation permettant de renforcer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et de gestion des stocks ?

Deux sous-thèmes ont été ajoutés, l'un relatif aux stocks d'urgence, et l'autre sur les activités pouvant être financées ultérieurement lors de requête au Fonds mondial.

- Présentation, en séance plénière, des propositions de recommandation suggérées par les groupes de travail.

- Fusion de l'ensemble des participants aux 5 groupes de travail, en 2 nouveaux groupes chargés de traiter deux thèmes centraux qui avaient émergé lors des discussions en séances plénières :

Thème 6 : Comment améliorer l'accès des programmes aux stocks d'urgence pré positionnés dans la sous région ?

Thème 7 : Quelles activités nécessaires au bon déroulement des programmes nationaux, pourraient être financées dans le cadre des prochains tours du Fonds Mondial ?

- Approbation, en séance plénière, des recommandations validées.

4. Propositions de recommandations des groupes de travail

Les recommandations issues de cet atelier devraient permettre aux pays d'améliorer la formulation de leur requête pour le prochain round. Ces recommandations sont :

a. Recommandations s'adressant aux pays

- Harmoniser et vulgariser les supports de gestion.
- Mettre en place un système de gestion d'information et de reportage des données logistiques.
- Former le personnel en SIGL (Système d'Information en Gestion Logistique) afin d'améliorer la qualité et la fréquence des rapports.
- Renforcer la capacité des prestataires dans l'estimation des besoins à travers la supervision formative.
- Simplifier le système d'approvisionnement.

- Développer un plaidoyer pour l'implication effective des Centrales d'Achat (CA) et utiliser les compétences des CA pour les approvisionnements.
- Renforcer les capacités logistiques des Centrales d'Achat.
- Evaluer les systèmes d'approvisionnement d'urgence et analyser les contraintes au niveau des pays.
- S'approprier les mécanismes de financements des partenaires.
- Adapter les demandes d'appel d'offres types aux procédures des partenaires tout en respectant la réglementation nationale.
- Intégrer les coûts indirects dans les demandes de financement (gestion stock, gestion entrepôt et assurance et contrôle de qualité).
- Mettre en place un cadre harmonisé regroupant les programmes, les Centrales d'Achat, les partenaires et les autorités de réglementation et de contrôle.
- Définir les rôles et les responsabilités de chaque acteur du cadre de coordination dont l'Etat sera le chef de file.
- Améliorer la coordination entre Centrales d'Achat, partenaires, programmes, dans la planification des approvisionnements des produits VIH/sida.
- Documenter toutes les expériences positives des pays.

b. Recommandations s'adressant aux partenaires

- Appuyer financièrement et techniquement le renforcement des Centrales d'Achat.
- Appuyer les pays dans la formation (recyclage des prestataires en SIGL).
- Appuyer les pays dans l'uniformisation des outils de gestion utilisés.
- Appuyer techniquement le processus d'harmonisation des indicateurs.
- Adhérer et participer à la mise en place d'un cadre harmonisé de concertation regroupant les programmes, les centrales, les partenaires et les autorités de réglementation et de contrôle.
- Appuyer les pays à l'élaboration des dossiers d'appel d'offres types.
- Elaborer et diffuser les guides pour l'acquisition d'urgence en cas de rupture de stocks en médicaments ARV.
- Intégrer les coûts indirects récurrents dans les financements des partenaires (gestion stock, gestion entrepôt et assurance et contrôle de qualité).
- Utiliser le site web de l'ACAME pour diffuser des informations relatives aux stocks d'urgence disponibles dans la sous région.
- Participer aux mécanismes de financement des stocks d'urgence.
- Assouplir les procédures d'accès aux stocks d'urgence.
- Appuyer le plan de développement stratégique de l'ACAME qui inclut la mise en place d'une banque de données.
- Mettre les outils du département AMDS de l'OMS à la disposition des pays.
- Poursuivre la facilitation des achats.

ANNEXE 2 LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER

Participants nationaux (classement des pays par ordre alphabétique)

Benin

- Kabirou Gbadamassi, Assistant Supply, UNICEF, kgbadamassi@unicef.org, +229 213 00 266
- Pascal Hessou, Directeur CAME, phcoffi@yahoo.fr, +229 959 52 060
- Agnès Bah Kpevi, PNLs/Ministère de la Santé, bagneflor@yahoo.fr , +229 975 74 155
- Dr Clément Ahoussinou, PNLs, Approvisionnement, cahoussinou@yahoo.fr

Burkina Faso

- Ida Sawadogo, CAMEG, Pharmacien, cameg@cameg.bf/schoida@yahoo.fr , +226 50 37 37 54
- Moussa Ouedraogo, Pharmacien responsable du Service de Suivi, Contrôle des Approvisionnements et Assurance Qualité des Médicaments (DGPML- Ministère de la Santé), ouedwmoussa@yahoo.fr, +226 70 25 77 19
- Hamado Ilboudo, Laboratoire National de Sante Publique, chef de service de contrôle pharmacotoxicologique des médicaments, ihamado@yahoo.fr ; +226 70 40 38 41
- Salam Derme, Secrétariat permanent du CNLS-IST, Pharmacien charge de Programme, salamderme@yahoo.fr , +226 70 24 69 83

Cameroun

- Dr Frédéric Samba Mistral, CENAME, Directeur Commercial, fredsamba@yahoo.fr, +237 99 97 92 51

Congo

- Marie Paule Fargier, COMEG, Comeg_congo@yahoo.fr, mariepaule.fargier@laposte.net, + (242) 572 72 57
- Dr Jean de Dieu Obouaka, COMEG, Pharmacien Directeur, Comeg_congo@yahoo.fr, jdd.obouaka@yahoo.fr, +(242) 666 54 95
- Hyacinthe MOUNGUENGUI, Administrateur Approvisionnement, UNICEF, hmounguengui@unicef.org

Côte d'Ivoire

- Dr Souare Dossou, PSP, Pharmacien Directeur, Souared2003@yahoo.fr , +225 21 21 73 44
- Dr Ouattara Koré Pierre Olivier, Pharmacien, DPM, ouattara_olivier@yahoo.fr ,+ 225 21 35 73 13
- Dr Francois Bony, LNSP, Pharmacien, Chef de service, bonynicaise@yahoo.fr , +225 21 32 00 21
- Dr Likane Lilianne, Pharmacienne, MSP/PNPEC, huguette78@yahoo.fr ,+221 225 20 32 28 69

Ghana

- Dr Stephen Ayisi Addo, National AIDS Control Programme, saddo@nacp.org.gh, +233 02 44 57 27 76
- Peter Gyimah, Central Medical Store, Director, petergyimah@gmail.com, +233 24 48 46 919
- Felix Yellu, Director of Pharmaceutical Services, pharmacyunit@yahoo.com, +233 21 66 63 66
- Joycelyn Azeez, Head of Procurement Unit, joykazeez@yahoo.com, +233 20 817 67 28

République Centrafricaine

- Dr Bossokpi PASSI Igor, Pharmacien Chef de Service Technique UCM, passigor@yahoo.fr, +236 75 50 37 64

- Dr Akondja- Yandja Jenny Jasmine, Pharmacienne Coordinatrice du projet UCM/Fonds Mondial, jakondja@yahoo.fr, +236 75 20 61 30

- Jean Bernard Elie Bureau, Médecin Chef SG du Comité Militaire de Lutte contre le SIDA et point Focal du Ministère de la Défense au ST/CNLS, Jamesbur2000@yahoo.fr, +236 75 50 27 75

République Démocratique du Congo

- Odon Mulungu Binzambal, FEDECAME (Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels), Directeur, fedecame@jobantech.cd , odonmulango@yahoo.com , +243 81 40 89 637

- Dr. Augustin Okengue Yuma, PNL VIH/SIDA, Directeur, dokengue@yahoo.fr , +243 999 932 407

- Feza Nsumbu Celine, Direction de la Pharmacie et des Plantes Medicinales, Pharmacien, csumbu@yahoo.fr , +243 81 50 20 943

Sénégal

- Dr Pape Biram Ndiaye, PNA, Pharmacien, Directeur, pnas@sentoo.sn, +221 33 859 50 66

- Dr Ndeye Dome Fall Diop, Pharmacien, DPM, Division Législation, ndeyedomefall@yahoo.fr, +221 77 513 14 96

- Pr Mounirou Ciss, Pharmacien, Directeur du Laboratoire National de Contrôle de Qualité, labocontrôle@orange.sn, +221 33 821 93 91

- Colonel Issa Diop, Conseiller, Cabinet du Ministre de la Santé, coloneldiop@yahoo.fr, +221 77 611 75 14

- Dr Abdoulahath Mangane, Pharmacien Logisticien DLSI, lahath@gmail.com, +221 33 849 14 07

- Dr Ngom Mamadou, OMS Sénégal, ngomm@sn.afro.who.int, +221 33 869 53 37

- Dr Daouda Diop, Directeur Technique, PNA, daoudadr@yahoo.fr, dadiop@pna.sn, +221 33 859 74 7172

Représentants des partenaires (classement par ordre alphabétique)

ACAME

- Gérard Millot, Conseiller technique, gerard.millot@laposte.net, +226 50 37 91 75

- Paulette MOUNGUENGUI, Présidente, polmoung@yahoo.fr, +241 76 55 07

Banque Mondiale

- Bourama Diaite, Procurement Specialist, bdiaite@worldbank.org, +221 33 849 50 26

- Sidy Diop, Spécialiste de la passation des marchés, sdiop1@worldbank.org, +221 33 849 85 12

CHMP

- Alassane Ba, Pharmacien, Directeur Qualité et Développement, a.ba@chmp.org, +33 4 73 98 24 70

- Hélène Degui, Pharmacien, Directeur, h.degui@chmp.org, +33 4 73 98 24 81

Fondation CLinton

- Abigail Smith, Clinton Foundation Ouagadougou, asmith@clintonfoundation.org

Fonds Mondial

- Sophie Logez, Pharmacien, Global Health Supply Policy Analyst Procurement Team, sophie.logez@theglobalfund.org, +41 22 791 82 07

GIP ESTHER

- Caroline Damour, Pharmacien, Paris, caroline.damour@esther.fr , +33 1 53 17 52 14

- Dr Karim Diop, Pharmacien, Coordinateur, Dakar, coordination.senegal@esther.fr, +221 77 518 64 97

IDA Foundation

- Joost van Engen, Manager du secteur Afrique Francophone, jvengen@idafoundation.org, +31 20 403 30 51

Ministère des Affaires Etrangères français

- Dr Bruno Flourey, Médecin, Conseiller du Ministre de la santé du Sénégal, bruno.flourey@orange.sn

- Guilherme de Lemos, Pharmacien, Chargé de mission, GGCID DPDEV, Ministère français des affaires étrangères, Guilherme.DELEMOS@diplomatie.gouv.fr , +33 1 53 69 31 71

Mission Pharma

- Laurent Lombart, Director, Business Development & Strategic Marketing, ll@missionpharma.com, +45 25 11 98 64

OCEAC

- Emilienne Yissibi Pola, Secrétariat Général, contact@oceac.org, +237 22 23 22 32

ONUSIDA

- Aliou Assani, Suivi et Evaluation, assania@unaids.org, +221 33 869 06 70

PNUD

- Clément San Sebastian, Regional Service Center, Senior Programme Advisor, Dakar, clemente.sansebastian@undp.org, +221 33 869 06 41

UNICEF

- Bianca Kamps, Teamleader HIV/AIDS & Malaria, SD Copenhagen, bkamps@unicef.org, +45 35 27 32 70

UNICEF WCARO

- Dr Eric Mercier, Médecin, Regional Adviser, HIV/AIDS, emercier@unicef.org, +221 33 869 58 38

- Dr Saliyou Sanni, Médecin, Project Officer, PMTCT/Pediatrics, ssanni@unicef.org, +221 33 869 76 40

- Véronique Laïte Kuadjovi, Administrative Assistant, vlaite@unicef.org, +221 33 869 76 32

- Hyacinthe Adouko, Senior Programme Assistant, hadouko@unicef.org, +221 33 869 76 34

- Yves Koudjou Tatang, Programme Officer HIV/AIDS, ykoudjou@unicef.org, +221 33 869 76 35

- Christine Nare Kabore, HIV Specialist, cnarekabore@unicef.org, +221 33 869 76 39

- Jeff Groby, Regional Advisor Supply, jgroby@unicef.org, +221 33 869 76 14

- Sebastien Laplanche, Logistic Specialist, slaplanche@unicef.org, +221 33 869 76 23

- Tifenn Humbert, Programme Officer HIV/AIDS, thumbert@unicef.org, +221 33 869 76 33

- Jean Marc Guimier, Consultant, jmguimier@hotmail.com, +33 4 50 72 18 44

- Dr Marie Louise Ngoko, Consultant, ngokoml@yahoo.fr, +237 22 02 60 30

- Pr Anglade Malan Kla, Consultant, anglade@aviso.ci, +225 7 08 19 18

- Touty Diack, Consultant, diacktouty@yahoo.fr, +221 77 639 39 47

UNITAID

- Phillippe Harant, harantp@who.int, +41 22 79 15 572

WHO AFRO

- Dr Thomas Lapnet, Pharmacist- regional Programme on AIDS, lapnett2@afro.who.int, +47 241 39 229

- Dr Yves Barjaud, Pharmacien, Inter pays, Libreville, barjaudy@ga.afro.who.int, +241 74 01 40 41

WHO AMDS

- Dr Vincent Habiyambere, AMDS, Geneva, habiyamberev@who.int, +41 22 791 39 45

WHO TCM

- Dr Magali Babaley, Technical Officer-Department, Geneva, babaleym@who.int, +41 22 791 40 31

- Carolyn Whitten, Intern-Department, Geneva, whittenc@who.int, +41 22 79 14 031

- Adama Diawara, Consultant, diawarabint@yahoo.fr, +223 67 65 417

ANNEXE 3 AGENDA DE L'ATELIER

Evaluation des systèmes de Gestion des Achats et des Stocks des médicaments antirétroviraux dans la région Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF

Atelier régional de restitution

UNICEF-OMS-GIP ESTHER

Dakar- Sénégal

22 - 24 avril 2008

AGENDA

JOUR 1 : Mardi 22 avril 2008

- 08.30–09.00 Accueil et enregistrement des participants.
Ouverture de l'atelier et mot de bienvenue
- 09.00-09.30 Allocution des Représentants de GIP-ESTHER, OMS et UNICEF BRAOC.
Discours d'ouverture du Ministre de la Santé
- 09.30–10.00 Orientation
Annonces administratives
Présentation des objectifs et de l'agenda de l'atelier: T. Humbert et Méthodologie générale de l'atelier JM. Guimier, UNICEF BRAOC (10 min)
- 10.00-10.30 Pause Café

Session 1 : Présentation en rapport avec l'évaluation des systèmes GAS

Président :Dr. Thomas Lapnet, OMS AFRO

- 10.30–11h30 Contexte et enjeux des systèmes d'approvisionnement : E. Mercier, UNICEF BRAOC (10 min)
Présentation des résultats de l'étude UNICEF BRAOC : Etude documentaire et résultats des enquêtes effectuées dans les pays : J.M. Guimier, consultant UNICEF BRAOC et C. Damour GIP ESTHER
- 11.30-12.30 Présentations de deux cas spécifiques identifiés dans les pays :
Conséquences de la multiplication des opérateurs et des circuits d'approvisionnement : Dr. M.L. Ngoko, consultant UNICEF BRAOC
Implication des centrales d'achat dans le suivi de la qualité des ARV: Pr. A. Malan Kla, consultant UNICEF BRAOC
- 12.30-14.0 Déjeuner

Session 2 : Présentation des résultats de la cartographie des systèmes GAS

Président : Dr Caroline Damour, GIP ESTHER

14:00-16.00

Présentation des Cartographies des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments réalisées dans les pays avec l'appui de l'OMS et Perspectives : Magali Babaley, OMS/TCM, Genève

Discussion (90 min)

16.00- 16.30 Pause café

16.30-17.15

Information stratégique de AMDS : Global Price Reporting Mechanism, boîte à outils, formations, indicateurs » : Dr V.Habiyambere, OMS/AMDS

17.15-18.00

Etat d'avancement de la mise en œuvre des Recommandations de l'atelier OMS de Brazaville (Juin 2006) : Dr Thomas Lapnet, OMS AFRO

JOUR 2 : Mercredi 23 avril 2008

Session 3 : Travaux de groupe

Président : Dr Vincent Habiyambere, OMS

08.30–09.30

Présentation du compte rendu du jour 1, de l'ordre du jour du Jour 2 et de la méthodologie des travaux de groupes du Jour 2: J.M. Guimier, consultant UNICEF BRAOC.

Constitution des groupes de travail et démarrage des travaux

10.30-11.00 Pause Café

11.00–13.00 Travaux de groupes (suite et fin)

13 :00-14.30 Déjeuner

14.00-14.30 Synthèse des travaux de groupe du Jour 2 par les Rapporteurs

14:30-16.00

Présentation par les Rapporteurs des conclusions de chaque groupe (10 min par groupe de travail)

16.00-16.30 Pause café

16.30-18.00 Discussions sur les conclusions des groupes

JOUR 3 : Jeudi 24 avril 2008

Session 4 : Travaux de groupe et validation des recommandations

Président : Dr Eric Mercier, UNICEF WCARO

08.30-09.00

Méthodologie des travaux de groupes du Jour 3: JM Guimier, consultant UNICEF
BRAOC

Constitution des groupes de travail

09.00-11.00 Travaux de groupe

11.00-11.30 Pause Café

11.00-11.30 Rédaction Synthèse par les Rapporteurs

11.00-12.00 Présentation des recommandations de l'atelier (10 min par groupe de travail)

12.00-13.00 Discussions

Approbation des recommandations

CEREMONIE DE CLOTURE

13.00-13.30 Représentant des participants

Représentant des partenaires

Clôture de l'atelier : Allocution du Ministre de la Santé ou de son représentant

13.30 Déjeuner

ANNEXE 4 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Documents généraux

1. ONUSIDA, *Rapport annuel : faire travailler l'argent disponible* ; Genève 2007.
2. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale du Sida* ; Genève, mai 2006.
3. ONUSIDA/OMS, *Le point sur l'épidémie du Sida* ; Genève, décembre 2006.
4. UNAIDS/UNICEF/WHO, *Children and AIDS: second stocktaking report, action and progress*; April 2008.
5. "Regional framework to improve procurement and supply management of medicines in the WHO African region 2006-2010", Report of the working groups; Brazzaville, June 2006.
6. ReMeD/Esther « Enquête sur l'approvisionnement et le prix des ARV » (Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Centrafrique, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée Conakry, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo) ; Paris, juin– octobre 2004.

Documents relatifs aux pays (classement par ordre alphabétique)

Bénin

1. Marcel Sagbohan, *Rapport de la revue des capacités d'approvisionnement des structures nationales, en particulier la CAME* ; octobre 2005.
2. Edith Gasasa (PNUD Bénin), Marcel Djimon (PNLS), Pascal Héssou (CAME), *Plan de gestion des achats et des stocks VIH/Sida pour la période 2005 à 2006* ; janvier 2006.

Burkina Faso

3. JSI/DELIVER, *Evaluation du Système Logistique des Médicaments Antirétroviraux*, (Ouvrage collectif), février 2004.
4. Comité Ministériel de Lutte contre le VIH/Sida et les IST. *Guide de gestion des médicaments et produits connexes utilisés dans la lutte contre le VIH/Sida* ; Novembre 2005.
5. Fonds Mondial-PNUD *Plan de gestion des achats et des stocks VIH/Sida pour la période 2005 à 2006* ; janvier 2006.
6. Dr. Irène Madet, « Rapport Burkina Faso : enquête sur l'approvisionnement en ARV », janvier 2007
7. Tulane University, *Gestion des ARV en Afrique de l'Ouest : étude du cas du Burkina Faso* ; mai 2007.

Cameroun

8. OMS. *Appui au système d'approvisionnement et de gestion des antiretroviraux au Cameroun*. Octobre 2003.
9. OMS, *Renforcement du système d'approvisionnement et de gestion des ARV et produits connexes au Cameroun* ; mars 2006.
10. Joseph René Boum (PTME), « Les donations PTME : Rapport de Situation Commun » ; décembre 2006.
11. ReMeD/ESTHER -Adeline Zahnd, *Enquête sur l'approvisionnement en Antirétroviraux réalisée par. Rapport de mission* ; janvier 2007.

Côte d'Ivoire

12. Dominique Marie Kerouedan, Rigobert Aka Kakou, *Etude sur le renforcement du système d'approvisionnement et de distribution des tests de dépistage de l'infection à VIH -Rapport final*, mai 2002
13. Agbare Dames Brou, Juarez Hygino, Michel Kouamé, *Audit de la Pharmacie de la Santé Publique. Rapport final*, août 2003
14. MSH. Michael Derosena, Jean-Marc Guimier, Yves Barjaud, *Analyse du système national de gestion des médicaments et consommables médicaux dans le contexte du développement de la PTME du VIH. Rapport final* ; avril 2004.
15. ReMed /GIP ESTHER, *Pharmacie et Aide Humanitaire. Rapport Côte d'Ivoire : enquête sur la gestion des antirétroviraux* ; janvier 2007
16. ORC Macro -Mohamed Ayad et Monique Barrère (Dir.), *Enquête sur les indicateurs du Sida. (Rapport non validé)*. Décembre 2006.
17. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, *Consensus sur l'harmonisation des interventions de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH dans le secteur de la santé. (Rapport d'atelier)* ; Janvier 2007.
18. Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire, « *Draft du manuel de procédures du Système de management de la qualité de la Pharmacie de la Santé publique* » (Rapport de séminaire), février 2007.

Ghana

19. Thomas Bossert (Ph.D) and alii., *Ghana : Decentralization and the Health Logistics Systems*, 2004.
20. MSH, *Acces to Essential Medicines: Ghana. Final draft*, (collective work), July 2003.
21. Ministère de la Santé – Service de la Santé. *Antiretroviral Drugs Logistics Management Information System (LMIS) Guidelines*, July 2004.
22. *Ghana Public Sector Health Commodities – Logistics Indicators Assessment Tool (LIAT) 2006*, (Anonymous), 2006.
23. Ministère de la Santé et DELIVER, *Assessment of the Ghana Laboratory Logistics System and Services*, March 2006.
24. Tulane University, *ARV Management in West Africa – Case of Ghana*, March 2007.

Guinée

25. *Analyse situationnelle de l'approvisionnement et la distribution des ARV en Guinée* ; (Anonyme), sans date
26. OMS/AFRO Thomas Lapnet-Moustapha « *Rapport de mission d'appui au système d'approvisionnement et de gestion des médicaments antirétroviraux* » ; mai 2004.
27. *Rapport de l'évaluation de la mise sous ARV* ; (Anonyme), février 2006.

Guinée Bissau

28. Barbara Milani (WHO), Peter Vanquaille (UNICEF), *Rapid assessment of Guinea Bissau Distribution System for HIV/AIDS program – joint mission WHO/UNICEF*, February 2006.

Mali

29. Christophe Lemière, Séverine Peters-Desteract (SOFRECO), « Actualisation du diagnostic de la Pharmacie Populaire du Mali » ; (Rapport provisoire), novembre 2003.
30. « Projet Multisectoriel VIH/Sida (MAP) », Anonyme, 2006

Mauritanie

31. « Mission de consultation sur le volet approvisionnement en produits pharmaceutiques et biomédicaux exécuté par le SENL dans le cadre du fonds mondial », Anonyme, (note de synthèse), janvier 2007.

Niger

32. Cabinet 2AC–Associés, « Audit organisationnel, institutionnel et financier de l'ONPPC », (Rapport provisoire), novembre 2002.
33. Moustapha Diallo, « Mission de consultation effectuée par le docteur Diallo Moustapha, pharmacien diplômé d'état, consultant indépendant » ; décembre 2004.
34. Maman Elhadj Maty, Issa Sani, Moumouni Absi, Moustapha Diallo, Abdoulaye Abou. « Rapport d'évaluation de la politique pharmaceutique nationale » ; août 2005.

République Centrafricaine

35. CHMP / Dr. Hélène Degui, « Analyse du circuit d'approvisionnement en ARV, médicaments IO et intrants dans le cadre des projets ESTHER » (Rapport de mission), avril 2006.
36. OMS/AFRO / Thomas Lapnet-Moustapha « Evaluation du système de contrôle de qualité des médicaments du VIH/Sida », juillet 2006.

République Démocratique du Congo

- Clarisse Morris (PNUD/FM), Leen Jille (PNUD/FM), Léonard Matamba (PNAM), Franck Biayi (PNAM), « Rapport d'évaluation des Centrales de distribution régionales des médicaments essentiels et consommables médicaux », janvier 2007
37. Pr. Moussa Koné, « Rapport de mission sur le plan d'approvisionnement en ARV et intrants du VIH/Sida », décembre 2005.
38. MSH, Willy Kabuya, Gabriel Bukasa, Flore Dienkenda *Renforcement de la gestion des médicaments dans les zones de santé pour la prise en charge communautaire en RDC*, juin 2006.
39. Pr. Christian Courpotin, Dr. Saka Yessoufou, Charles Saïdi Misangu (PNUD-Fonds Mondial). « Evaluation de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH sous ARV en RDC », novembre 2006.
40. Johnson Bassirou, Jack Kololomami (dir.), « Mission sur la cartographie des interventions de lutte contre le VIH/Sida financées par le MAP et le Fonds Mondial en RDC. Phase I : ville et province de Kinshasa. », mars 2007.

Sénégal

41. Advance Africa, « Mapping de l'intégration des services PF/SMI et IST/VIH/Sida dans la région de Koalack au Sénégal », mars 2002.
42. GIP ESTHER, Dr. Muriel Dubreuil, « Rapport de mission Sénégal. Rapport provisoire », Mars 2006.
43. « Projet multisectoriel de lutte contre le VIH/Sida –Mission d'appui à la mise en œuvre », Anonyme, juin 2006.
44. Sébastien Woynar, « Initiative sénégalaise d'accès aux anti-rétroviraux ISAARV) - accès au dépistage, traitement et politique pharmaceutique », juillet 2006.

45. Anne Marie Bodo, « Analyse des stratégies d'accès aux soins et traitement et des procédures d'acquisition des médicaments ARV et anti IO et autres », mars 2007.

46. Tulane University, *Gestion des ARV en Afrique de l'Ouest – Etude de cas du Sénégal*, mars 2007.

Tchad

47. Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires, « Enquête sur le prix des médicaments au Tchad », Mai 2004.

48. Centrale Pharmaceutique d'Achats, « Centrale Pharmaceutique d'Achats N'Djamena – Tchad. Perspectives 2007 », 2007.

Sierra Leone

49. WHO AFRO, Thomas Lapnet-Moustapha "Technical support to Sierra Leone for assessment of Procurement and Supply Management System for HIV/AIDS Medicines", March 2007.

Pays membres de l'ACAME

50. MSH, Jean-Marc Guimier, Anglade Malan Kla, "Business Strategy for Regional Pooled Procurement of HIV/AIDS-Related Pharmaceuticals and Commodities in the ACAME Region", February 2004.

Afrique de l'Ouest

51. JSI/DELIVER, *The West Africa Reproductive Health Commodity Security Study. Summary of Findings from Phase One*, Collectif, 2004.

Afrique sub Saharienne

52. WHO, Marlon Banda, Dr. Eva Ombaka, Sophie Logez, Marthe Everard, "Multi-country Study of Medicine Supply and Distribution Activities of Faith-Based Organizations in Sub-Saharan African Countries", 2006.

Afrique

53. WHO, "Multi-country Study of Public Medicine Supply Strategies on the African Continent. Discussion paper on results and findings", January 2007.

Burkina Faso, Ghana & Sénégal

54. Tulane University, *ARV Management in West Africa – A comparative case study of Burkina Faso, Ghana and Senegal*; May 2007.

ANNEXE 5 DONNEES CHIFFREES COMPLEMENTAIRES

Table 8. Nombre de femmes VVIH recevant une prophylaxie dans le cadre de la PTME et d'enfant recevant une thérapie antirétrovirale (comparaison des valeurs relevées lors de l'enquête GAS avec celles relevées dans le rapport UNICEF cité)

	Femmes			Enfants		
	2006	2007		2006	2007	
	2006	2007	□□	2006	2007	□□
Bénin	2378	3,447	45%	330	667	102%
Burkina Faso	1615	1,380	-15%	534	629	18%
Cameroun	7588	6,263	-17%	1014	1700	68%
Centrafrique	1943	1,857	-4%	268	731	173%
Congo	325	175	-46%	264	n.a.	n.a.
Côte d'Ivoire	2773	1,890	-32%	1348	2531	88%
Ghana	1239	109,334	n.a.	122	769	530%
RDC	3422	3,435	0%	124	n.a.	n.a.

Sources : Children and AIDS : second stocktaking report, action and progress (2006) et Enquête PSM (2007)

Table 9. Politiques pharmaceutiques

	Existe-t-il une politique relative à l'information, l'éducation, la communication et la prévention à l'intention des populations les plus exposées au risque	Existe-t-il une politique relative à l'extension de l'accès des populations les plus exposées au risque, aux produits de prévention essentiels
Benin	Oui	Oui
Burkina faso	Oui	Oui
Cameroon	Oui	Oui
Cap Verde	n.a.	n.a.
CAR	n.a.	n.a.
Chad	n.a.	n.a.
Congo Brazzaville	Oui	Oui
Côte d'Ivoire	Oui	Oui
Equatorial Guinea	n.a.	n.a.
Gabon	Oui	Oui
Gambia	n.a.	n.a.
Ghana	n.a.	n.a.
Guinea Bissau	Oui	Oui
Guinea	Oui	Oui
Liberia	n.a.	n.a.
Mali	n.a.	n.a.
Mauritania	n.a.	n.a.
Niger	n.a.	n.a.
Nigeria	Oui	Oui
Congo DR	Non	Oui
Sao Tome	n.a.	n.a.
Senegal	Oui	Oui
Sierra Leone	n.a.	n.a.
Togo	Oui	Oui

Table 10. Moyens mobilisés pour la lutte contre le VIH/sida

	Bénin	Burkina Faso	Cameroun	RCA	Congo	Côte d'Ivoire	Ghana	RDC
PVVIH (x 1 000)	87	150	510	146	133	750	320	1,000
Nombre de malades sous TAR (x 1000)*	9.8	17.3	45.6	8.3	7.4	21.9	11.1	17.2
Nombre de malades sous TAR en % du nombre de PVVIH	11%	12%	9%	6%	6%	3%	3%	2%
Nombre total de centres de Dépistage	93	121	1,107	22	54	147	421	167
Dont en périphérie (%)	37%	33%	16%	86%	80%	22%	97%	nd
Nombre total de centres de prise en charge	47	76	111	40	28	103	91	167
Dont en périphérie (%)	72%	70%	10%	50%	79%	39%	87%	nd
Nombre total de centres de PTME	183	55	700	62	28	147	407	296
Dont en périphérie (%)	19%	91%	16%	65%	79%	22%	97%	79%
Nombre de compteurs de CD4	26	39	51	5	14	45	80	nd
Nombre de machines de PCR	0	5	6	1	2	4	2	3
Nombre de malades sous TAR par compteur CD4	376	444	894	1,660	530	487	138	nd
ARV prescrits dans le secteur privé lucratif	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Si oui, quelles sont les sources d'approvisionnement	PU	PU	PU	PU	PU		PU	PL
ARV prescrits dans le secteur privé non lucratif	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Si oui, quelles sont les sources d'approvisionnement	PNL	PU-PNL	PU	P	PU	PU	P	P-PNL

Sources : Enquête PSM (données corrigées) sauf PVVIH (ONUSIDA 2006)

* = le chiffre de 21 907 pour 2007 correspond aux nouvelles inclusions et non au nombre de personnes sous traitement ARV qui est de 42 350.

Table 11. Prix d'achats DDP des médicaments ARV dosages adultes (valeurs exprimées en USD)

	Bénin	BF	Cameroun	RCA	Congo	RCI	Ghana	RDC	CHAI	Δ
	UNICEF	FM	FM/Gt/BM	FM/Gt/BM	FM/Gt/BM	FM/Gt/BM	BM (*)	BM (*)	BM (*)	BM (*)
EFZ 600 mg 30 cp	30,38	17,14	20,67	15,91	21,59	30,26	35,93	15,81	13,67	2,3 16%
EFZ 200 mg 90 cp				28,22	34,82			22,67	19,80	1,5 15%
NVP 200 mg 60 cp	6,93	5,20		4,01	3,92	10,33	3,77	3,85	5,69	3,75 2,7 1%
ABC 300 mg 60 cp	77,71	31,15	39,41		77,45	50,26	30,53	41,08	90,50	27,58 3,0 11%
DdI 250 mg 30 cp			23,46		19,48			20,22	20,65	1,2 -6%
DdI 200 mg 60 cp		21,35		31,51				28,28	26,52	31,66 1,5
DdI 400 mg 30 gel					25,15	33,21		26,09	20,65	1,3 22%
3TC 150 mg 60 cp		3,72	3,95			9,44	4,34	3,28	5,16	3,00 2,9 9%
d4T 30 mg 60 cp					2,50	3,22	1,69	2,03	4,92	3,00 2,9 -44%
AZT 300 mg 60 cp		9,62	10,00	9,68	8,82	22,14	19,30		11,22	8,00 2,5 10%
AZT/3TC 300+150 60cp	9,97	12,25	10,60	12,44	14,15	10,48	10,71	14,97	10,75	1,4 -7%
d4T/3TC 30+150 60cp	4,34	5,87	5,19	4,74	6,17			9,14		1,9
d4T/3TC/NPV 30+150+200 60cp	7,25	9,15	7,53	7,61				12,59	10,80	1,7 -33%
Cotrimoxazole 480 mg 1000 cp	9,49	9,66	9,19		13,63	16,64				1,8

Source : enquête PSM

Table 12. Prix d'achats DDP des médicaments ARV dosages pédiatriques (valeurs exprimées en USD)

	Bénin	BF	Cameroun	RCA	Congo	RCI	Ghana	RDC	CHAI	Δ
	UNICEF	FM	FM/Gt/BM	CHAI	FM/Gt/BM	FM/Gt/BM	BM	BM	BM	BM
EFZ 50 mg 30 cp	3,47	3,36		9,52			2,60		2,49	3,66 -29%
NVP 10mg/ml 240 ml	3,81			4,31	5,02		2,13	7,80	1,95	3,66 -42%
ABC 20mg/ml 240 ml	31,32	19,94		19,98		26,90	18,30		17,50	1,71 969%
DdI 10mg/ml 200 ml					4,06		13,09		4,00	3,23 26%
3TC 50mg/5m 240 ml			2,15	4,56			2,18	1,34	1,80	3,40 -61%
3TC 10mg/ml 100 ml	0,7	1,71			3,87			2,33		5,53 -87%
d4T 1mg/ml 200 ml		1,92	4,69		2,23	1,55			1,35	3,02 -49%
d4T 30 mg 60 cp		7,22		2,53						2,85 -11%
AZT 1mg/ml 100 ml	1,5	1,71		1,06	1,34		2,38	1,71		2,24 -53%
AZT 100 mg 100 gel					9,65		7,20		5,43	1,34 437%

Source : Enquêtes PSM

Table 13. Prix des médicaments de la Fondation Clinton

Name and strength	Packaging	Per year	Per pack	Per pill/ml	Supplier					
					Cipla	Ranbaxy	Via CHAI	Aspen	Matrix	Strides
Pediatric product										
ABC (20mg/ml)	bottle 240ml	210	17.50	0.073	4			1,2		
ddI (2g or 10mg/ml)	bottle 200ml	72	4.00	0.020				1,2		
ddI (25mg)	bottle 60 tablets	12	0.50	0.008	4					
ddI (50mg)	bottle 60 tablets	12	1.00	0.017	4					
ddI (100mg)	bottle 60 tablets	187	7.80	0.130	4			1,2		
ddI (150mg)	bottle 60 tablets	211	11.70	0.195	4			1,2		
ddI (200mg)	bottle 60 tablets	187	15.60	0.260	4			1,2		
EFV (50mg)	bottle 30 tablets	30	2.49	0.083				1,2		
3TC+d4T+NVP (20/5/35mg)	bottle 60 tablets	63	2.70	0.045			3			
3TC+d4T+NVP (40/10/70mg)	bottle 60 tablets	63	5.25	0.088			3			
3TC+d4T+NVP (30/6/50mg)	bottle 60 tablets	54	2.24	0.037	3					
3TC+d4T+NVP (60/12/100mg)	bottle 60 tablets	54	4.49	0.075	3					
3TC (50mg/5ml)	bottle 240ml	22	1.80	0.008	1,2			1,2		
NVP (50mg/5ml)	bottle 240ml	44	1.95	0.008	3			1,2		
d4T (1mg/ml)	bottle 200ml	49	1.35	0.007	4			1,2		
d4T (15mg)	bottle 60 capsules	9	1.50	0.025	4			1,2		
d4T (20mg)	bottle 60 capsules	11	1.80	0.030	4			1,2		
AZT (50mg/5ml)	bottle 240ml	64	2.15	0.009	1			1,2		
AZT (100mg)	bottle 100 capsules	39	5.43	0.054	1			1,2		
Cotrimoxazole (240mg/5ml)	bottle 60ml	8	0.21	0.004						
Cotrimoxazole (480mg)	bottle 100 tablets	5	0.70	0.007						
Adult product										
ABC (300mg)	bottle 60 tablets	331	27.58	0.46						1,2
ddI (250mg) [enteric-coated]	bottle 30 capsules	156	12.97	0.43			3			
ddI (400mg) [enteric-coated]	bottle 30 capsules	248	20.65	0.69			3			
EFV (200mg)	bottle 90 capsules	240	19.80	0.22	4		1			3
EFV (600mg)	bottle 30 tablets	164	13.67	0.46	1,2					3
3TC+d4T+NVP (150/30/200mg)	bottle 60 tablets	132	10.80	0.18	1,2		1			3
3TC+d4T+NVP (150/40/200mg)	bottle 60 tablets	140	11.40	0.19	1,2		1			3
3TC+AZT+NVP (150/300/200mg)	bottle 60 tablets	174	14.50	0.24	1,2					4
3TC+AZT (150/300mg)	bottle 60 tablets	129	10.75	0.18	1,2					3
3TC (150mg)	bottle 60 tablets	36	3.00	0.05	1					1,2
3TC (300mg)	bottle 30 tablets	36	3.00	0.10	1					
LPV/r (200/50mg) [heat-stable]	bottle 120 tablets	695	57.92	0.48						3
NVP (200mg)	bottle 60 tablets	45	3.75	0.06	1,2					3
d4T (30mg)	bottle 60 capsules	36	3.00	0.05	3		1		1	1,2
d4T (40mg)	bottle 60 capsules	45	3.60	0.06	3		1		1	1,2
TDF (300mg)	bottle 30 tablets	149	12.42	0.41	3					3
TDF+3TC (300/300mg)	bottle 30 tablets	179	14.92	0.50	4					3
TDF+FTC (300/200mg)	bottle 30 tablets	225	18.75	0.63	4					4
TDF+3TC+EFV (300/300/600mg)	bottle 30 tablets	339	28.25	0.94						4
TDF+FTC+EFV (300/200/600mg)	bottle 30 tablets	385	32.08	1.07						4
AZT (300mg)	bottle 60 tablets	96	8.00	0.13	4					3

Source : <http://www.clintonfoundation.org/pdf/chai-arv-price-list-050807.pdf>

Notes : (1) Listed by the WHO Prequalification Programme; (2) Approved by the U.S FDA; (3) Submitted to the WHO and/or FDA for review; (4) Pending submission to the WHO and/or FDA and manufactured at a facility compliant with Good Manufacturing Practice (GMP).

Figure 2. Schéma d'approvisionnement des produits médicaments, équipements, et consommables utilisés dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire

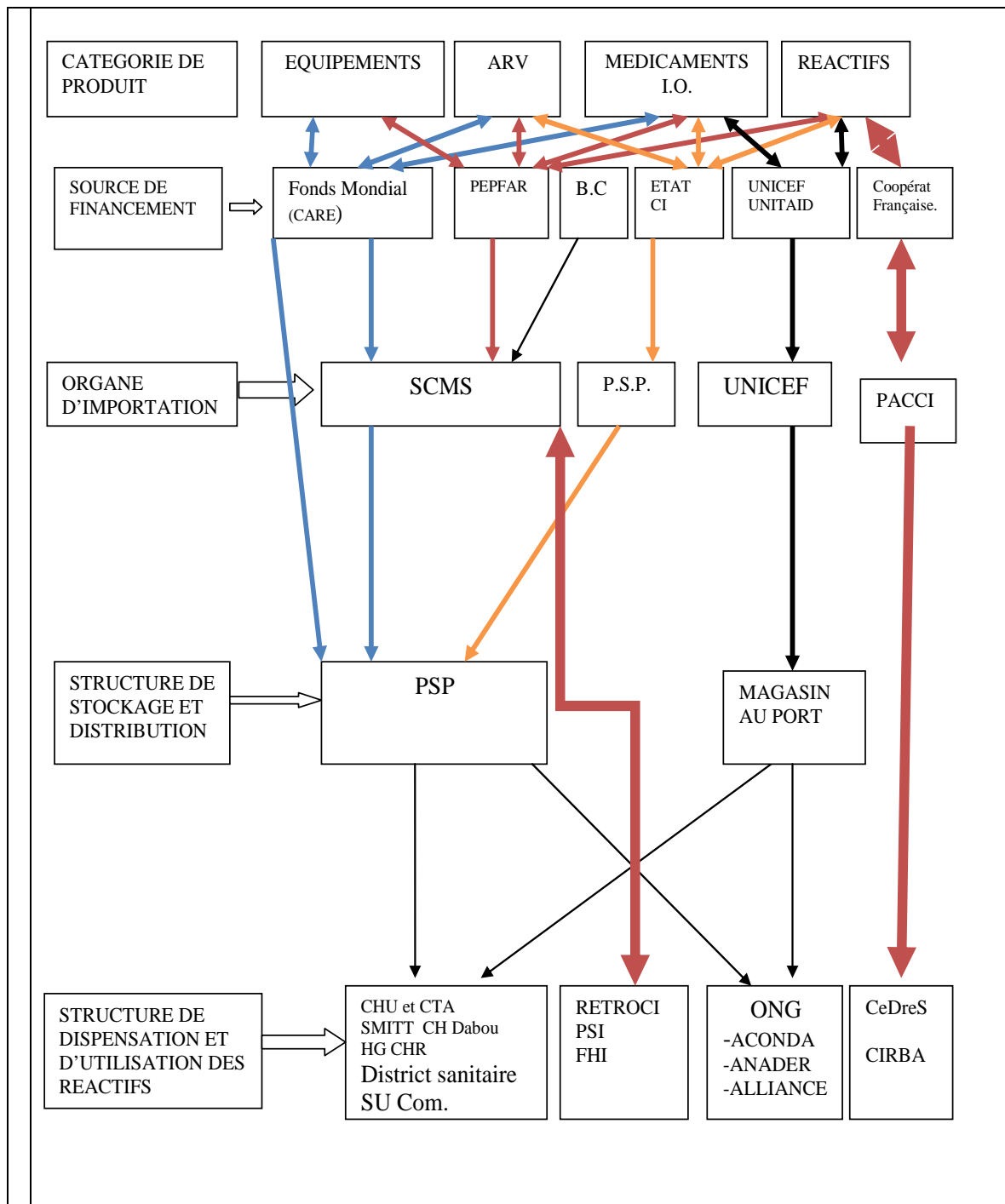


Table 14. Principaux résultats des visites de centres de prise en charge

	Bénin		BF			Cameroun			RCA			Congo			RCI			Ghana			RDC			
Hôpital H Centre C Autre A	n.a.	C	C	H	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	B	B	B	n.a.	n.a.	n.a.	H	H	C	C	H	H	C	H	H
Urbain U, Rural R	U	U	U	U	U	U	R	UR	R	U	U	U	R	R	R	U	U	U	U	R	R	U	U	U
Responsable de la gestion des stocks	I	P	MP	P	P	TS	I	I	M	TS	I	I	I	I	I	P	P	Aux Ph	TS	P	TS	I	P	P
Le CTA gère les besoins	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Le CTA passe les commandes	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Formation du responsable	Non	>6	>6	>6	>6	>6	>6	>6	>6	>6	<6	<6	>6	>6	>6	>6	>6	>6	>6	>6	<6	>6	>6	>6
Conditions de stockage A B C	C	B	B	A	A	B	A	A	A	C	B	B	A	B	B	A	C	B	C	A	A	A	C	C
Respect chaîne du froid	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Surface suffisante	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	
Présence de la LNME	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	
Fiche de stock ou logiciel	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Inventaire H B M T	M	M	H	M	M	T	M	M	M	H	M	M	n.a.	T	M	H	T	H	M	H	H	M	M	M
Approvisionnement H B M T IR		M	M	T	T	T	T	T	T	M	6 mois	M	T	T	T	M	M	M	M	M	M	M	IR	Stock
Délai de livraison J	1	5	4	7	7	15	1	1	1	7	120	7	2	n.a.	7	15	7	7	7	7	n.a.	7	7	n.a.
Causes de ruptures de stock																								
Livraison < Commande	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	n.a.	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	n.a.	Non	Non	n.a.	Oui	Oui
Commande < Besoins	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	n.a.	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	n.a.	Oui	Oui	n.a.	Non	Oui
Retards de livraison	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	n.a.	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	n.a.	Oui	Oui	n.a.	Oui	Non
Insuffisance de ressources financières	Non	Non	Non	n.a.	Non	Non	Non	Non	n.a.	Non	Non	Non	Non	n.a.	Oui	Oui	Non	Oui	n.a.	Non	Non	n.a.	Non	Oui
Produits périmés	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	n.a.	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	n.a.	Non	Non	n.a.	Oui	Non
Non respect des protocoles	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	n.a.	Non	Non	n.a.	Oui	Non
Taux de disponibilité (traitements 1ère ligne)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	50%
Fréquence des rapports d'activité H B M T IR	M	M	M	T	T	T	M	B	n.a.	IR	IR	IR	T	T	T	n.a.	M	M	M	M	M	M	M	M
Structure régulièrement supervisée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	IR	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Sources : Enquête PSM

Notes : (i) Responsables de la gestion : I = infirmier, M = médecin, P = pharmacien, TS = technicien de santé, (ii) Formation des responsables : >6 = supérieure à 6 mois, <6 inférieure à 6 mois, (iii) délais d'inventaires, d'approvisionnement et fréquence des rapports d'activité : H = hebdomadaire, B = bimensuel, M = mensuel, T = trimestriel, IR = irrégulier.

Table 15. Données démographiques, socioéconomiques et épidémiologiques pour les 24 pays de la région Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF

Country	Estimated population	Pop. growth rate	Life expectancy at birth		HDI Rank	GNP per capita (ppp)	adult aged 15-49 HIV prevalence	People living with HIV	Adults	Women	Deaths due to AIDS	Children aged <15 on ARV	Orphan	Pregnant	Men & women	
			aged >15 living with HIV	aged >15 living with HIV					aged 0-17 due to AIDS	women receiving PMTCT			receiving ARV			
			F	H												
Benin	8 439 000	3,2%	53	54	162	1 120	1,8%	87 000	77 000	45 000	9 600	9 800	62 000	38,0%	33,0%	25 410
Burkina faso	13 228 000	3,2%	48	47	175	1 220	2,0%	150 000	140 000	80 000	12 000	17 000	120 000	1,1%	24,0%	33 600
Cameroon	16 322 000	1,9%	51	50	148	2 090	5,4%	510 000	470 000	290 000	46 000	43 000	240 000	4,2%	22,0%	103 400
Cap Verde	507 000	2,4%	71	67	105	5 650	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
CAR	4 038 000	1,3%	41	40	171	1 110	10,7%	250 000	230 000	130 000	24 000	24 000	140 000	16,4%	3,0%	6 900
Chad	9 749 000	3,4%	48	45	173	1 420	3,5%	180 000	160 000	90 000	11 000	16 000	57 000	0,2%	17,0%	27 200
Congo Brazzaville	3 999 000	3,0%	55	53	142	750	5,3%	120 000	100 000	61 000	11 000	15 000	110 000	1,0%	17,0%	17 000
Côte d'Ivoire	18 154 000	1,6%	47	41	163	1 390	7,1%	750 000	680 000	400 000	65 000	74 000	450 000	4,3%	17,0%	115 600
Equatorial Guinea	504 000	2,3%	44	42	121	7 400	3,2%	8 900	8 000	4 700	<1000	1 000	4 600	n.a.	0,0%	0
Gabon	1 384 000	1,7%	59	55	123	5 600	7,9%	60 000	56 000	33 000	4 700	3 900	20 000	0,7%	23,0%	12 880
Gambia	1 517 000	2,8%	59	55	155	1 900	2,4%	20 000	19 000	11 000	1 300	1 200	3 800	16,6%	10,0%	1 900
Ghana	22 113 000	2,1%	58	56	138	2 280	2,3%	320 000	300 000	180 000	29 000	25 000	170 000	1,3%	7,0%	21 000
Guinea Bissau	1 586 000	3,0%	48	45	172	690	3,8%	32 000	29 000	17 000	2 700	3 200	11 000	19,5%	1,0%	290
Guinea Conakry	9 402 000	2,2%	55	52	156	2 130	1,5%	85 000	78 000	53 000	7 100	7 000	28 000	0,4%	9,0%	7 020
Liberia	3 283 000	1,4%	44	39	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	7 200	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Mali	13 518 000	3,0%	47	44	174	980	1,7%	130 000	110 000	66 000	11 000	16 000	9 400	0,8%	32,0%	35 200
Mauritania	3 069 000	3,0%	60	55	152	2 050	0,7%	12 000	11 000	6 300	<1000	1 100	6 900	n.a.	4,6%	550
Niger	13 957 000	3,4%	41	42	177	830	1,1%	79 000	71 000	42 000	7 600	8 900	46 000	n.a.	5,0%	3 550
Nigeria	131 530 000	2,2%	46	45	158	930	3,9%	2 900 000	2 600 000	1 600 000	220 000	240 000	930 000	0,2%	7,0%	182 000
RDC	57 549 000	2,8%	47	42	167	680	3,2%	1 000 000	890 000	520 000	90 000	120 000	680 000	n.a.	4,0%	35 600
Sao Tome	157 000	2,3%	60	57	126	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Senegal	11 658 000	2,4%	57	54	157	1 720	0,9%	61 000	56 000	33 000	5 200	5 000	25 000	1,4%	47,0%	26 320
Sierra Leone	5 525 000	4,1%	40	37	176	790	1,6%	48 000	43 000	26 000	4 600	5 200	31 000	n.a.	3,0%	1 290
Togo	6 145 000	2,7%	56	52	143	1 690	3,2%	110 000	100 000	61 000	9 100	9 700	88 000	1,8%	27,0%	27 000
Total	357 333 000							6 912 900	6 228 000	3 749 000	578 100	646 000	3 232 700			683 710
Weighted mean		2,5%	48	46		1 182	3,4%							3,1%	11,7%	

Source : 2006 Report on the global AIDS epidemic - a UNAIDS 10th anniversary special edition

Table 16. Décaissements du Fonds Mondial

	Local Fund agent	Approved Grant amount	Total lifetime budgets	Principal recipient	Principal recipient type	Program start date	Grant amount			Amount disbursed			Balance
							Phase I	Phase II	Total	Phase I	Phase II	Total	
Benin	PwC	17,3	17,3	UNDP	UNDP	Jul. 2003	11,4	6,0	17,4	11,3	5,4	16,7	0,7
Benin	PwC	23,1	60,6	Gov.	Gov.	Janv. 2007	22,8	0,0	22,8	8,8	0,0	8,8	14,0
Burkina faso	STI	16,4	16,4	UNDP	UNDP	Dec. 2003	7,1	3,5	10,6	7,1	1,9	9,0	1,6
Burkina faso	STI	29,6	65,6	Gov.	Gov.	Oct. 2006	29,6	5,8	35,4	1,9	6,5-	1,9	33,5
Cameroon	PwC	59,8	68,1	Gov.	Gov.	Jan. 2005	19,0	41,3	60,3	17,4	7,1	24,5	35,8
Cameroon	PwC	16,2	16,2	CARE	CS/PS	Jan. 2005	6,3	9,4	15,7	6,3	2,7	9,0	6,7
Cap Verde									0,0			0,0	0,0
CAR	PwC	40,1	40,1	UNDP	UNDP	Oct. 2003	12,9	16,7	29,6	11,5	6,0	17,5	12,1
Chad	STI	17,8	17,8	FOSAP	Gouv.	Aug. 2004	7,4		7,4	7,1		7,1	0,3
Congo Brazzaville	PwC	12,0	45,5	Gov.	Gov.	Dec. 2006	12,0		12,0	5,2		5,2	6,8
Côte d'Ivoire	PwC	46,1	46,1	UNDP	UNDP	Dec. 2003	18,1	4,8	22,9	18,1	4,8	22,9	0,0
Côte d'Ivoire	PwC	5,0	5,0	CARE	CS/PS	Apr. 2004	5,0	23,2	28,2	3,7	4,7	8,4	19,8
Equatorial Guinea									0,0			0,0	0,0
Gabon	PwC	5,2	5,2	UNDP	UNDP	Oct. 2004	3,1	2,0	5,1	3,1	1,9	5,0	0,1
Gambia	PwC	14,6	14,6	Gov.	Gov.	Oct. 2004	6,2	8,3	14,5	6,2	2,4	8,6	5,9
Ghana	PwC	45,8	111,3	Gov.	Gov.	Jan. 2003	36,6	9,2	45,8	32,7	9,2	41,9	3,9
Guinea Bissau	PwC	3,4	3,4	UNDP	UNDP	Nov. 2004	1,2	2,2	3,4	1,2	0,3	1,5	1,9
Guinea	PwC	14,2	30,0	Gov.	Gov.	Apr. 2004	4,8	4,8	9,6	3,9		3,9	5,7
Liberia	PwC	19,7	41,3	UNDP	UNDP	Dec. 2004	19,7		19,7	10,4		10,4	9,3
Mali	KPMG	52,3	52,3	Gov.	Gov.	Jul. 2005	23,5		23,5	22,2		22,2	1,3
Mauritania	PwC	6,6	15,7	Gov.	Gov.	Sept. 2006	6,6		6,6	1,6		1,6	5,0
Niger	STI	10,7	10,7	Gov.	Gov.	Sept. 2004	8,5	2,2	10,7	8,5	0,6	9,1	1,6
Nigeria	KPMG	74,4	208,6	Gouv. & CS/PS	CS/PS	Jan. 2004	74,4		74,4	44,4		44,4	30,0
Congo DR	PwC	113,6	113,6	UNDP	UNDP	Jan. 2005	43,7	5,0	48,7	43,3		43,3	5,4
Sao Tome	STI	0,5	1,7	UNDP	UNDP	Oct. 2006	0,5		0,5	0,3		0,3	0,2
Senegal	STI	23,2	43,8	Nat. AIDS Council	CS/PS	Apr. 2003	17,4	5,7	23,1	8,1	4,6	12,7	10,4
Sierra Leone	PwC	17,8	17,8	SL.red Cross	CS/PS	Jun. 2005	8,6		8,6	8,1		8,1	0,5
Sierra Leone	PwC	9,6	26,5	SL.red Cross	Gouv.	Jun. 2005	9,6		9,6			0,0	9,6
Togo	PwC	15,4	15,4	UNDP	UNDP	Oct. 2003	14,2		14,2	13,5		13,5	0,7
Togo	PwC	30,6	30,6	UNDP	CS/PS	Apr. 2005	11,5	19,0	30,5	11,5	6,8	18,3	12,2

Notes : (1) Starting date & amount in million USD ; (2) amount in million USD; PwC : PricewaterhouseCooper; STI : Swiss Tropical Institute ; SC/PS : Civil Society - Private sector ; Gouv. : Government.

Source : http://www.theglobalfund.org/en/funds_raised/reports/

ANNEXE 6 FICHE DE SYNTHÈSE DES CONSULTANTS

Bénin (Marie-Louise Ngoko ; février 2008)

La gestion des approvisionnements et stocks pour les produits du VIH/SIDA nécessite une maîtrise pratiquement sans faille des différentes composantes du cycle logistique de gestion.

Toute défaillance dans le système est immédiatement mise à nu. Impossible de se « débrouiller » comme on l'a fait pour les autres produits de santé et on s'en est très souvent sorti.

Le passage à l'échelle de la prise en charge et des mesures concrètes assurant l'accessibilités géographique et financière de la prise en charge globale complique très souvent les systèmes d'approvisionnement qu'on croyait avoir maîtrisé dans les contextes de petite échelle ou de sites pilotes si des stratégies justes ne sont pas mises en œuvre.

La TAR permet aux malades de récupérer leur immunité, de jouir d'une meilleure santé, de se réinsérer dans la vie sociale, de se prendre en charge.

Les espoirs sont donc permis avec la TAR. Mais, le défi à relever est d'assurer la disponibilité permanente et l'accessibilité des produits aux malades éligibles.

Les moyens des états sont limités, les populations sont pauvres. La seule issue pour les pays du sud, est de recourir à l'aide des bailleurs de fonds. Les financements quand ils arrivent sont très compétitifs et il faut pouvoir maintenir le cap de la bonne gestion pour assurer le renouvellement des financements

Chaque maillon de la chaîne d'approvisionnement doit donc être pris en très grande considération. Il reste entendu que ce cycle de gestion logistique doit être soutenu solidement par une bonne gestion des ressources humaines, une bonne maîtrise des financements/budgets, un bon système d'information.

Les plus grandes difficultés sont relevées plus souvent dans la sélection et l'achat. Et au niveau de ce dernier, l'estimation/quantification de besoins est l'étape décisive qui malheureusement est souvent biaisée du fait de la non maîtrise des méthodes à utiliser. Et c'est ce qui va occasionner des surstocks (énormes pertes car les ARV coûtent chers) ou des ruptures de stocks.

Il faut noter des efforts des pays dans l'encadrement des activités par une réglementation suivie (directives claires sur les protocoles à utiliser élaborées en général par des comités pluridisciplinaires, la désignation des centres de traitement, les modalités de prescription et de dispensation, etc.)

La formation des personnels dans la gestion est incontournable. Dans la plupart des cas les formations sont effectuées, mais leur suivi et leur évaluation ne suivent pas toujours. D'où la surprise et/ou le désarroi des autorités sur le constat en bout de chaîne la non maîtrise des besoins, alors que les statistiques du nombre de personnels formés est très souvent élogieux.

Le passage à l'échelle de la prise en charge est une phase critique qui réjouit au début parce qu'il y a l'espoir de traiter un plus grand nombre; et les stratégies mises en œuvre vont inciter à une plus grande fréquentation des services. La résultante après un temps va être l'incapacité des services à contenir l'explosion en général à tous les niveaux ; il faudra:

- Plus d'espace pour le stockage des produits car la demande l'impose
- Plus de personnel compétant pour gérer à tous les niveaux (magasin, laboratoire, prescription, délivrance, aide à l'observance, etc.)
- Avoir la capacité d'assurer l'accès à la TAR à tous. Le drame est la rupture de stock d'un seul produit qui dans la TAR entraîne automatiquement l'impossibilité de prendre son traitement.

D'autre part, la compétitivité des financements amène souvent les autorités à courir après les indicateurs pour rassurer les bailleurs de leur capacité à mériter de l'aide. Mais, le suivi et l'évaluation du système ne sont en réalité pas toujours bien assurés.

Dans toutes ces difficultés, les droits de propriété intellectuels ne sont pas du reste. Les 13 pays de l'OAPI ont l'impression de ne pas être concernés par les problèmes relatifs de propriété intellectuelle peut-être parce qu'ils ont jusqu'en 2016 pour se mettre en règle ?

Les contradictions vont ainsi émailler le système.

Du reste, si on veut atteindre l'objectif d'accès universel d'ici 2010, le défi de l'assurance d'un approvisionnement durable et de l'accessibilité des malades aux produits de bonne qualité doit être relevé. Il reste entendu que ceci suppose que tous les autres aspects de la prise en charge sont assurés.

Cameroun (Marie-Louise Ngoko ; janvier 2008)

La gestion des approvisionnements et stocks pour les produits du VIH/SIDA nécessite une maîtrise pratiquement sans faille des différentes composantes du cycle logistique de gestion.

Toute défaillance dans le système est immédiatement mise à nu. Impossible de se « débrouiller » comme on l'a fait pour les autres produits de santé et on s'en est très souvent sorti.

Le passage à l'échelle de la prise en charge et des mesures concrètes assurant l'accessibilités géographique et financière de la prise en charge globale complique très souvent les systèmes d'approvisionnement qu'on croyait avoir maîtriser dans les contextes de petite échelle ou de sites pilotes si des stratégies justes ne sont pas mises en œuvre.

La TAR a permis aux malades de récupérer leur immunité, de jouir d'une meilleure santé, de se réinsérer dans la vie sociale, de se prendre en charge.

Les espoirs sont donc permis avec la TAR. Mais, le défi à relever est d'assurer la disponibilité permanente et l'accessibilité des produits aux malades éligibles.

Les moyens des états sont limités, les populations sont pauvres. La seule issue pour les pays du sud, est de recourir à l'aide des bailleurs de fonds. Les financements quand ils arrivent sont très compétitifs et il faut pouvoir

Chaque maillon de la chaîne d'approvisionnement doit donc être pris en très grande considération. Il reste entendu que ce cycle de gestion logistique doit être soutenu solidement par une bonne gestion des ressources humaines, une bonne maîtrise des financements/budgets, un bon système d'information.

Les plus grandes difficultés sont relevées plus souvent dans la sélection et l'achat. Et au niveau de ce dernier, l'estimation/quantification de besoins est l'étape décisive qui malheureusement est souvent biaisée du fait de la non maîtrise des méthodes à utiliser. Et c'est ce qui va occasionner des surstocks (énormes pertes car les ARV coûtent chers) ou des ruptures de stocks.

Il faut noter des efforts des pays dans l'encadrement des activités par une réglementation suivie (directives claires sur les protocoles à utiliser élaborées en général par des comités pluridisciplinaires, la désignation des centres de traitement, les modalités de prescription et de dispensation, etc.)

La formation des personnels dans la gestion est incontournable. Dans la plupart des cas les formations sont effectuées, mais leur suivi et leur évaluation ne suivent pas toujours. D'où la surprise et/ou le désarroi des autorités sur le constat en bout de chaîne la non maîtrise des besoins, alors que les statistiques du nombre de personnels formés est très souvent élogieux.

Le passage à l'échelle de la prise en charge est une phase critique qui réjouit au début parce qu'il y a l'espoir de traiter un plus grand nombre; et les stratégies mises en œuvre vont inciter à une plus grande fréquentation des services. La résultante après un temps va être le dépassement des services à contenir l'explosion en général à tous les niveaux ; il faudra:

- Plus d'espace pour le stockage des produits car la demande l'impose
- Plus de personnel compétant pour gérer à tous les niveaux (magasin, laboratoire, prescription, délivrance, aide à l'observance, etc.)
- Avoir la capacité d'assurer l'accès à la TAR à tous. Le drame est la rupture de stock d'un seul produit qui dans la TAR entraîne automatiquement l'impossibilité de prendre son traitement.

D'autre part, la compétitivité des financements amène souvent les autorités à courir après les indicateurs pour rassurer les bailleurs de leur capacité à mériter de l'aide. Mais, le suivi et l'évaluation du système ne sont en réalité pas toujours bien assurés.

Dans toutes ces difficultés, les droits de propriété intellectuels ne sont pas du reste.

Les contradictions vont ainsi émailler le système.

Du reste, si on veut atteindre l'objectif d'accès universel d'ici 2010, le défi de l'assurance d'un approvisionnement durable et de l'accessibilité des malades aux produits de bonne qualité doit être relevé. Il reste entendu que ceci suppose que tous les autres aspects de la prise en charge sont assurés!

République Centrafricaine (Maryse Dugue ; février 2008)

L'instabilité politique et la faiblesse des systèmes nationaux (notamment MSPP) ont justifié la mise en place de structures parallèles d'approvisionnement et de gestion au démarrage du Fonds Mondial en RCA, en 2003. Il s'agissait alors du seul financement disponible permettant l'accès au traitement dans le pays.

Il faut noter que la faiblesse des systèmes nationaux a été aggravée par le recrutement systématique, par les organisations internationales et ONG, des meilleurs éléments nationaux, vidant de cette manière un peu plus le système de ses compétences.

Le système parallèle de gestion du PR (PNUD) a manqué de professionnalisme, ce qui a abouti à :

- D'une part une situation catastrophique des approvisionnements : mauvaise quantification, problème de choix des molécules par rapport aux protocoles, retards de livraison, documentation non préparée à temps, médicaments périmés, ruptures de stocks généralisées et prolongées, pas de planification, livraisons de trop grosses quantités, non fractionnées ;
- D'autre part un système vu comme « extérieur » par les acteurs nationaux, non impliqués dans la gestion et la mise en œuvre du programme, et ne communiquant pas avec le PR sur les données de terrain.

Des sommes considérables ont ainsi été gaspillées, en médicaments qui sont entrés dans le pays avec une durée de conservation résiduelle beaucoup trop courte et se sont donc périmés (situation de « surstock » apparent : il faut consommer, car les médicaments se périment), et avec des médicaments hors protocole. Le pays connaissant par ailleurs également des périodes prolongées et fréquentes de rupture de stock, notamment pour des médicaments essentiels de 1^{ère} ligne (AZT, d4T, 3TC).

Des progrès remarquables ont été accomplis en 2007. Des personnels qualifiés ont été recrutés par le PNUD/GFATM. L'UCM a été contractée en septembre 2007 comme sous-bénéficiaire, et chargée de la quantification, gestion des stocks et distribution. L'UCM recrute et forme actuellement des gestionnaires au niveau des sites. La réhabilitation des 2 entrepôts nationaux est en cours, ainsi que le recrutement de magasiniers. Des véhicules ont également été financés pour permettre l'approvisionnement des préfectures. Le financement des outils de gestion est assuré par le GFATM, ESTHER et la BM.

Le CNLS est désigné comme PR pour le round 7, avec l'UCM comme sous-bénéficiaire.

D'autres agences ont leur propre système : la Banque Mondiale, dont les commandes sont gérées par le ST/CNLS, via l'UNICEF-SD (dont le pays se plaint pour les retards importants à la livraison des réactifs), la Croix-Rouge Française, qui approvisionne le CTA Hôpital Communautaire, l'UNICEF qui fournit le programme PTME, Caritas et le Secours Catholique, qui approvisionne les centres

confessionnels,... Tous ces approvisionnements sont gérés de manière séparée et non coordonnée, avec une dispersion des lieux de stockage.

Le secteur privé ne constitue qu'une partie infime des approvisionnements.

Il n'y a aucune coordination des approvisionnements au niveau national, en ARV comme en tests et MIO. De manière générale, la circulation de l'information n'est pas organisée. Le CNLS manque d'une vue d'ensemble.

Les interlocuteurs rencontrés avaient pour la plupart du mal à comprendre comment doit fonctionner une politique du médicament, avec en particulier la nécessité de distinguer clairement au plan fonctionnel et des responsabilités: (1) l'enregistrement et le contrôle de qualité des médicaments, (2) l'élaboration de la politique du médicament, de la liste des médicaments essentiels, et (3) l'achat et la gestion des stocks et de la distribution.

La gestion des médicaments sur les sites est déficiente: la formation à la dispensation et à la gestion des stocks laisse à désirer (l'outil de gestion le plus répandu semble être le bon de commande, les fiches d'inventaire sont sous-utilisées). Les périmés ou médicaments hors protocoles restent sur place, ignorant la politique de rappel.

On note une prolifération des protocoles, aggravée par l'absence de supervision et les ruptures de stock de certains médicaments essentiels en première ligne.

Le réseau national de laboratoires est en structuration, il devra définir clairement les niveaux de prestation, et en conséquence d'équipement et de besoins en consommables.

Ghana (Maryse Dugue ; janvier 2008)

Le Ghana a démarré les ARV en 2003. Le début de la mise en place a été marqué par une multiplicité d'intervenants et un approvisionnement erratique, avec des ruptures de stock fréquentes et prolongées (2-3 mois).

Le pays a connu une situation de crise en 2005, attribuée à :

- La lourdeur et l'inadéquation des procédures en place (besoin d'obtenir des autorisations multiples pour procéder aux achats)
- Des difficultés institutionnelles, liées à la mise en place de la nouvelle politique nationale d'achats publics (Procurement Law)
- Les délais dans l'obtention des licences obligatoires
- Une mauvaise communication entre les différents niveaux

Il semblerait également que le gouvernement ait décidé à cette époque « d'assécher les stocks » de différents produits qui s'étaient accumulés à différents niveaux (publics et privé), afin de faciliter la mise en œuvre d'une politique d'achat et de distribution unifiée. L'interférence de producteurs de médicaments nationaux semble avoir également joué un rôle.

Afin de remédier à ces difficultés, une stratégie nationale de sécurité des approvisionnements (Ghana National HIV/AIDS Commodity Security Strategy) a été préparée en 2005 et adoptée en 2006. Le gouvernement (Ministère de la Santé) est seul habilité à acheter les ARV. Il fournit les centres, publics et privés, qui doivent être tous accrédités pour délivrer les traitements. Les ARV sont achetés directement auprès des producteurs, sur la base d'appels d'offre internationaux ouverts. Le pays bénéficie de prix compétitifs, notamment grâce à des coûts de transport internationaux intéressants (le CMS est situé à Tema, principal port de porte-conteneurs du pays).

En matière de prise en charge, la majorité des patients est suivie dans le secteur public, ainsi que dans les centres confessionnels, qui participent au secteur public. La principale barrière dans le secteur privé est le coût élevé des traitements et des consultations (le nombre approximatif de patients suivis dans le privé est 500).

Les ruptures de stock d'ARV ont été rares, de courte durée et localisées depuis la mise en place du nouveau système. Les PVVIH rencontrées n'en ont pas fait état comme un problème.

La coordination semble efficace au niveau national, avec un CCM fonctionnel et un NACP efficace. Ce ne fut pas toujours le cas. Le CMS participe à toutes les réunions et ne s'est pas plaint de « surprises ».

Les avantages du système d'approvisionnement et de gestion centralisé sont :

- Un total respect des protocoles (absence d'alternative), et donc uniformité des traitements entre les différents centres de traitement et limitation des risques de développement de résistance.
- Un renforcement des capacités de gestion nationales (pas de court-circuit de la part des donateurs).
- Un déploiement lent mais bien géré.
- Peu de gaspillage.
- Une meilleure visibilité des besoins, grâce à un système de quantification unique.

Les inconvénients sont :

- Un manque de flexibilité.
- Un déploiement lent des ARV, qui explique que le pays n'ait pas atteint ses objectifs avant 2007.
- Limite l'accès au secteur privé, or le secteur public présente les défauts « habituels » : longues attentes, attitude du personnel, manque de confidentialité.

Les principaux défis pour le pays sont :

- La pérennité du financement : il n'est pas prouvé qu'un tel système survivrait à une réduction importante du niveau de financement.
- L'amélioration de l'accès au traitement : celui-ci est assuré au plan géographique par une augmentation très importante du nombre de centres de traitement, mais la barrière financière reste une préoccupation, et l'extension de la couverture géographique vers certaines zones (nord) demandera d'avantage de ressources pour assurer une supervision effective.

En matière de gestion des approvisionnements :

- L'amélioration de la distribution, notamment entre CMS et régions.
- Le renforcement de la fonctionnalité du LMIS au niveau périphérique afin d'assurer la fiabilité de la quantification : ceci demandera d'avantage de formation, mais également des supervisions régulières.

Note sur le contexte national

En matière de gestion financière, le SWAp mis en place à la fin des années 90 a nécessité le développement d'un système de gestion commune (common management arrangement), où les donateurs mettent en commun les ressources destinées à financer la politique nationale de santé développée par le gouvernement, délèguent au gouvernement une part majeure du pilotage et se mettent d'accord sur un système commun de monitoring. Ce système place de nombreuses demandes sur l'administration nationale, et ne peut être envisagé en l'absence d'une solide gouvernance ainsi que d'un soutien politique très fort au plus haut niveau. Les conditions qui ont permis la mise en place du SWAp, ainsi que le renforcement des systèmes nationaux qui en a résulté, a sans doute préparé le Ghana à la gestion d'un système complexe comme l'approvisionnement en ARV.

Conclusion

Le système d'approvisionnement et de gestion des ARV au Ghana fonctionne relativement bien maintenant. Il repose sur une unification des systèmes de quantification, d'achat et de distribution.

Les principaux défis pour le pays sont :

- En matière de traitement : l'augmentation du taux de couverture.
- En matière sociale et de prévention : le changement des comportements et la réduction de la stigmatisation sociale.
- Dans le domaine des approvisionnements, il est recommandé que le soutien se concentre sur le renforcement du système de quantification et suivi évaluation au niveau périphérique, particulièrement dans les zones moins bien suivies comme la région nord, ainsi qu'au niveau régional.

République Démocratique du Congo (Jean-Louis Roche ; janvier 2008)

1 000 000 de PVVIH dont 256 000 éligibles pour recevoir un traitement. Actuellement 17 161 personnes enregistrées recevant un traitement. Les bailleurs de fonds se sont mobilisés à partir de 2004/2005.

43 opérateurs principaux pour la fourniture d'ARV+⁷² plus stock d'appoint de l'OMS mobilisé sur demande du Ministère de la santé.

Ces quatre opérateurs ont acheté et distribué pour 46 930 960 \$ d'ARV :

- Fonds Mondial via PNUD : 93,04% des montants totaux dépensés
- OMS : 2,77 %
- Banque Mondiale (MAP) : 2,49 %
- Fondation Clinton : 1,70 %

Le GF opère avec le PNUD Kinshasa : Les deux premières années (2005-2006), les opérations d'achat et de distribution ont été sous traités à un fournisseur international (Mission Pharma). Produits achetés sur le marché international et distribués par un transitaire national (Wegania).

Dysfonctionnements : Mauvaise estimation des besoins, nécessité de redistribuer les produits à l'intérieur du pays. Mauvaise prise en charge des patients, finalement environ 13 000 personnes ayant reçu gratuitement un tt de 1^{ere} ligne (rien en 2^{eme} ligne).

Pour la phase 2 (3 prochaines années -34 293 850 \$-) Le PNUD Kinshasa gèrera directement les achats auprès des centrales internationales ayant une LTA avec le PNUD. L'année de transition 2007/2008, le PNUD n'assurera que le suivi des traitements aux personnes déjà intégrées dans le circuit sans intégrer de nouveaux patients.

La distribution sera également gérée par le PNUD Kinshasa via des transitaires/transporteurs locaux. Il est prévu une intégration des centrales de distribution provinciales pour la redistribution aux bénéficiaires finaux.

La Banque Mondiale projet MAP opère au travers du financement du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA. Le PNMLS possède son propre bureau à Kinshasa avec son équipe responsable des achats et un médecin coordonnateur.

Le volume de médicaments distribué reste faible 3 ans après le début du plan (11 % du montant total prévu) essentiellement pour des raisons de lenteur de décaissements. Les procédures financières de la Banque Mondiale sont incompatibles avec les besoins pharmaceutiques, les urgences des patients et les durées de vie des produits.

Les difficultés de recueil des besoins en ARV+ et la coordination avec les autres bailleurs sont venus retarder davantage ces procédures.

La Fondation Clinton fonctionne sans bureau d'achat national. Les produits ARV+ sont achetés par la CHAI⁷³. Les négociations se font de gré à gré auprès des laboratoires mondiaux. Les produits fournis peuvent être des produits de marque. Nous n'avons pas d'information sur les prix d'achat.

La Fondation fournit les produits pour environ 1900 enfants actuellement et ira jusqu'à 2600 enfants pris en charge l'année prochaine dans 40 structures choisies avec le PNLS. Il est également prévu que la Fondation fournisse des médicaments de 2^{eme} ligne pour adultes sans que les quantités soient précisément évaluées.

⁷² Anti Retro Viraux + produits connexes (matériel de diagnostique et suivi, réactifs de laboratoires)

⁷³ La CHAI a été sélectionnée comme principal partenaire d'exécution du programme de lutte contre le VIH/SIDA pédiatrique d'UNITAID.

Le Bureau de Kinshasa est chargé d'évaluer les quantités de produits à commander en fonction du nombre de patients annoncés par le PNLs, de transmettre ces données au bureau central qui traite cette commande et livre les produits à Kinshasa. Une fois sur place les produits sont distribués par un transporteur/transitaire contracté par le bureau de Kinshasa. Ce transporteur a été contracté récemment, lorsque le PNLs s'est montré incapable de gérer les stocks qu'il avait reçus (une partie des stocks est toujours entreposée dans la salle de réunion du PNLs).

L'OMS Dispose à Kinshasa d'un stock d'ARV+ achetés directement à UNICEF Copenhague. Ce stock est un « stock tampon » destiné à assurer la soudure entre les différentes livraisons des bailleurs de fonds. Ils sont distribués sur demande du PNLs et avec les moyens logistiques du PNLs.

Dysfonctionnements majeurs au plan national:

- Manque de fiabilité des chiffres présentés par le PNLs
- Mauvaise évaluation des capacités de prise en charge des PVVIH dans les formations sanitaires périphériques (sous bénéficiaires).
- Absence de médicaments de deuxième ligne dans les centres publics (Vente organisée dans le privé)
- Absence de réglementation du secteur pharmaceutique (Far West commercial)
- Aucun appui technique des bailleurs aux structures nationales publiques ou privées participant au service public (PNLS, distributeur publics, DPM...).

Côte d'Ivoire, Congo et Burkina Faso (Anglade Malan Kla ; janvier-février 2008)

Le secteur privé joue très peu de rôle dans l'approvisionnement et la distribution pour plusieurs raisons :

- En Côte d'Ivoire la politique de prise en charge des malades du VIH SIDA n'est pas favorable à l'utilisation du secteur privé pour assurer des activités de suivi et de dispensation des médicaments
- Au Congo, la gratuité déclarée pour les ARV et l'approvisionnement exclusive par la COMEG n'a pas favorisé la participation du secteur privé qui s'est retrouvé avec des stocks de produits périmés avec l'avènement de la COMEG.
- Au Burkina Faso, la COMEG assure de manière exclusive et avec performance l'approvisionnement en ARV pour les secteurs publics et privés. Cependant les coûts réduits dans le secteur public rendent peu attractif le secteur privé.

Le rôle et place des pouvoirs politiques sont variés :

- En Côte d'Ivoire le coût du traitement est de 3000FCFA par trimestre pour les adultes et gratuit pour les enfants de 0 à 15 ans par contre les examens de biologie demeurent payants (suivi biologique, PCR et charge virale). L'étude de faisabilité de la gratuité est en cours.
- Au Burkina, le coût du traitement est de 1500FCFA par mois avec les examens de Biologie payantes
- Au Congo Brazzaville la gratuité du traitement a été déclarée mais les consultations et les examens de Biologie sont payants. Une étude de faisabilité de la gratuité des examens de Biologie est en cours

La quantification des besoins n'est pas documentée dans tous les pays en raison de l'absence d'outils de collecte de données fiables, de consensus sur les besoins réels et d'une prise en compte estimative des nouvelles inclusions et des décédés ou perdus de vue

La Centralisation des budgets des partenaires dans les 3 pays correspond à des schémas non comparables, ainsi :

- En Côte d'Ivoire c'est un organisme la SCMS (qui a un coût) qui centralise les achats de médicaments ARV et les réactifs, selon les exigences des Partenaires, achète par regroupement des besoins de Centrales d'achat de plusieurs pays et achètent à travers ses dépôts régionaux basés au Ghana, au Kenya et en Afrique du Sud La PSP envisage de lui confier les achats d'ARV. La pérennisation d'un tel schéma n'est pas assurée

- Au Burkina Faso, le Secrétariat permanent dispose d'un panier commun alimenté par certains Partenaires à l'exception du Fonds Mondial qui est tout de même logé dans les locaux de ce SP CNLS De plus la CAMEG assure l'approvisionnement exclusif en ARV et de manière avec une performance reconnue. Ce système peut être pérennisé aisément.

- Au Congo, le panier commun existe parce que tous les financements sont logés au Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les achats effectués par la COMEG. Les Partenaires pour sécuriser le financement utilisent des agences fiduciaires qui ont un Coût de gestion. Par ailleurs l'Etat constitue une importante source de financement. La pérennisation est plus favorable malgré la lourdeur administrative au décaissement des fonds

Le fait que le bailleur achète selon ses préférences le conduit à acheter et sélectionner les fournisseurs ce qui entraînera l'homogénéité du traitement.

Dans les pays où la gratuité n'est pas encore instituée, l'on observe une pression des Partenaires pour l'adoption des telles mesures avec la menace d'arrêter leur contribution.

L'absence de contrôle de qualité opérationnel dans un contexte où des réticences persistent vis-à-vis des médicaments génériques accentué par une assurance de qualité inexistante des Centrales d'achat à la périphérie notamment aux malades constitue une faiblesse majeure des systèmes d'approvisionnement dans les pays.

Evaluation des systèmes de Gestion des Achats et des Stocks des médicaments antirétroviraux dans la région Afrique Centrale et de l'Ouest de l'UNICEF

(Phase 2 enquêtes de terrain)

Méthodologie

1. Préambule

Le bureau de l'UNICEF pour les 24 pays d'Afrique Centrale et de l'Ouest, en partenariat avec les départements TCM⁷⁴ et AMDS⁷⁵ de l'OMS et avec le GIP ESTHER, procèdent à l'évaluation des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments ARV, médicaments des IO, tests et réactifs de laboratoire : Burkina Faso, Cameroun, Cap Vert, RCA, Tchad, RCI, Congo Brazzaville, RDC, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Guinée Equatoriale, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sao Tome, Sénégal, Sierra Leone et Togo. Par ailleurs, le département TCM de l'OMS, a entrepris dans les pays de la région Afro OMS, une évaluation globale de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels dans les pays d'Afrique subsaharienne.

L'évaluation conduite par l'UNICEF est séquencée en 3 phases : (i) analyse documentaire, (ii) enquêtes de terrain sur un échantillon de pays et analyse des résultats et, (iii) présentation des résultats et formulation de propositions au cours d'un atelier régional de restitution à Dakar.

2. Objectifs de la phase 2 de l'évaluation

L'objectif des ces enquêtes de terrain est de collecter, dans les pays de l'échantillon, les informations complémentaires, nécessaires à l'analyse des systèmes GAS des médicaments ARV et produits associés, utilisés dans la lutte contre le VIH/Sida, d'analyser les données collectées et de formuler des recommandations susceptibles d'améliorer l'efficacité des efforts engagés dans ce domaine.

La première phase de l'évaluation a consisté à regrouper et analyser la documentation disponible sur le sujet et d'élaborer un outil de collecte d'informations complémentaires, nécessaires à la réalisation de l'objectif de l'évaluation.

La deuxième phase consiste à compléter les informations réunies lors de la première phase, dans 8 pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Congo, Ghana et République Démocratique du Congo.

Le choix de ces pays a été fait à l'issue d'une concertation entre l'UNICEF, le GIP ESTHER et les départements TCM et AMDS de l'OMS. Il s'appuie sur deux critères principaux : ne pas dupliquer sur le terrain les activités de même nature déjà réalisées dans le cadre de l'enquête OMS Afro, et privilégier les pays où les taux de prévalence sont les plus significatifs.

3. Organisation des missions

3.1 Documents constituant les termes de références des enquêtes de terrain de phase 2 :

- Les présents termes de référence.
- Le document de collecte des données par pays (remis à part).

⁷⁴ Technical Department of Technical Cooperation for Essential Drugs and Traditional Medicine.

⁷⁵ AIDS Medicines and Diagnostic Service.

- Les fiches de lecture (remis à part).
- Le tableau en annexe 1 : Demographic, & economic indicators & HIV & AIDS estimates.
- Le tableau en annexe 2 : Partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida.
- Le tableau en annexe 3 : Global fund grants progress details.
- Le tableau en annexe 4 : World Bank Projects and Programs Active MAPs.
- Le tableau en annexe 5 : Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative - Antiretroviral Price List.
- Le tableau en annexe 6 : Elaboration et mise en œuvre des politiques.

3.2 Organisation logistique

La durée des missions dans chaque pays est de 10 jours de travail, soit environ deux semaines calendaires.

La réservation des vols internationaux, l'achat des billets d'avion et les réservations d'hôtel seront effectués par le DAT-AOC (Ouagadougou).

Les rendez-vous pour les entretiens et les visites de terrain seront effectués par les bureaux UNICEF pays.

Dans chaque pays, chaque fois que possible, un « consultant associé national » a été identifié. Il aura pour mission de faciliter le travail des consultants sur le terrain (rendez-vous, déplacements etc.). Ces « consultants associés nationaux » qui sont des professionnels de la santé, pourront aider les consultants dans leur travail d'évaluation, leurs analyses et leurs réflexions.

Les « coordonnateurs des projets ESTHER dans les pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Cameroun, Centrafrique et Ghana), qui ont été informés du déroulement de l'évaluation, pourront si nécessaire, fournir un appui aux consultants.

3.3 Collecte des informations

Elle sera réalisée, dans chaque pays, de trois façons différentes :

Analyse documentaire

Elle sera basée sur les documents transmis aux consultants, et complétée par ceux qu'ils collecteront sur le terrain.

Réunions de travail et entretiens

Des réunions de travail et des entretiens avec des personnes jouant un rôle clé dans le dispositif national de lutte contre le VIH/Sida, appartenant soit à des organismes et institutions nationales (Ministère de la Santé, Ministère de la lutte contre le VIH/Sida, Centrale publique d'achat des médicaments essentiels, Conseil National de Lutte contre le Sida, Programme National de lutte contre le Sida, Direction de la Pharmacie et du Médicament, Ministère du Commerce, Laboratoire National de Contrôle de Qualité, quelques centres de prise en charge des personnes VVIH), soit à des organismes et institutions multilatérales ou bilatérales impliquées aux plans techniques ou financier, dans la lutte contre le VIH/Sida (Banque Mondiale, Fonds Mondial, OMS, UNICEF, ONUSIDA, FNUAP, PNUD, USAID, JSInc/DELIVER, GIP ESTHER, Fondation Clinton, Union Européenne, MSF, Organisation Ouest Africaine de la Santé, Services de coopération bilatérale et projets de santé, etc.).

Visite de centres de traitement ARV

La visite de 3 sites de traitement ARV. Elles ont pour but de s'assurer s'il existe ou non un décalage entre les informations collectées au niveau central, lors des séances de travail et la réalité de terrain souvent plus prosaïque.

4. Indications concernant la collecte des données

Les informations collectées seront regroupées dans un questionnaire de collecte des données par pays.

4.1 Généralités

Avant toute chose, lire attentivement les présents termes de référence.

Indiquer dans l'en tête du document : le nom du pays enquêté et la période de déroulement de l'enquête.

Lorsqu'une information demandée n'a pas pu être obtenue, indiquer N.A. dans la case correspondante et donner succinctement la raison.

Terminologie. Dans le questionnaire : (i) le terme « approvisionnement » englobe plusieurs notions : quantification des besoins, planification des livraisons, la sélection des fournisseurs, la passation des commandes fournisseurs, le suivi des commandes avec les fournisseurs, (ii) le terme « gestion des stocks » englobe : la réception des produits dans les magasins, le contrôle de conformité et de qualité, la mise en stock, la gestion des commandes clients et des stocks, la préparation et la livraisons des commandes.

Lorsqu'une liste multi choix est proposée, si l'une des propositions ne correspond pas à la réalité du pays, la rayer. Des lignes vierges sont prévues pour éventuellement compléter les cas de figure possibles.

Un espace est en général prévu à la fin de chaque section, pour d'éventuels commentaires se rapportant à la section.

4.2 Données démographiques, économiques et épidémiologiques (section 1)

La section sera documentée à partir du tableau : « Demographic, social and economic indicators & HIV and AIDS estimates » (annexe 1).

4.3 Organisation du secteur pharmaceutique (section 2)

Pour les sous-sections 2.1 (réglementation et législation) et 2.2 (contrôle de qualité) les informations sont disponibles à la Direction de la Pharmacie et du Médicament (ou son équivalent).

Pour la sous section 2.3 (Propriété industrielle) si la Direction de la Pharmacie et du Médicament (ou son équivalent) n'a pas les informations, il est possible de les trouver au Ministère du Commerce ou dans les bureaux de la Banque Mondiale (ces informations sont souvent difficiles à collecter).

4.4 Organisation de la lutte contre le VIH/Sida (section 3)

Les informations demandées dans cette section, sont disponibles auprès du Conseil National de Lutte contre le Sida et/ou du Programme National de lutte contre le Sida et évidemment au Ministère de la lutte contre le VIH/Sida lorsqu'il existe.

La sous section 3.1 sera documentée à partir du tableau : « Elaboration et mise en œuvre des politiques » (annexe 6). Si les informations ne sont pas disponibles pour le pays (mention : n.a. dans le tableau 6) les rechercher auprès des institutions en charge de la Lutte contre le Sida.

Pour la sous section 3.2, faire la distinction entre le nombre total de centres au niveau national et ceux implantés dans les districts qui permet de mesurer le degré de décentralisation de la lutte contre le VIH/Sida.

Dans la sous section 3.5, bien distinguer le « secteur privé à but lucratif » du « secteur privé à but non lucratif » qui est constitué des ONG, des églises, des missions etc.

4.5 Programme de développement de la prise en charge des malades (section 4)

Dans le tableau, indiquer pour chaque année spécifiée, toutes sources de financement confondues, les informations suivantes (au plan national) : nombre de dépistage, nombre de malades sous traitement, et de femmes bénéficiant de la PTME, en distinguant le constaté (années 2006 et 2007) et les prévisions (années 2008 et suivantes).

	Années				
	Constaté		Prévisions		
	2006	2007	2008	2009	2010
Dépistages volontaires	1 000	2 000	3 000	4 000	5 000
Adultes sous traitements	2 000	3 000	4 000	5 000	7 000

Dans l'exemple ci-dessus, la valeur 7 000 en 2010 pour la ligne « adultes sous traitement », indique le nombre total de malades qui bénéficieront d'une thérapie ARV dans le pays pour cette année, et non le nombre de nouveaux malades pris en charge durant l'année 2010.

Se limiter aux 3 principales sources de financement, ou principaux programmes en indiquant les sources d'information utilisées pour établir le tableau.

Ces informations devraient être disponibles auprès du Conseil National de Lutte contre le Sida et/ou du Programme National de lutte contre le Sida et dans les Programmes Nationaux de lutte contre le VIH/Sida.

Pour les sous sections 4.3 et 4.4 si l'information n'est pas disponible rayer les mentions 17^{re} ligne et 2^{ème} ligne et indiquer le nombre total de PVVIH sous traitement.

4.6 Droits de douane et taxes (section 5)

Les informations demandées concernent les droits et taxes douanières, la TVA, les taxes intra communautaires (pour les pays membres de la CDEAO et de la CEMAC) et les taxes de statistiques douanières (ou droit de timbre) applicables aux ARV, réactifs de laboratoire, tests de dépistage, et équipements de laboratoire.

Pour les ARV, distinguer, le cas échéant, les médicaments sous nom génériques et les spécialités sous nom de marque.

Remplir un tableau par filière de distribution. Selon les cas, entourer oui ou non et renseigner le pourcentage. Si l'information n'est pas disponible, **mentionner N.A.** à la place du pourcentage.

Indiquer les différentes sources d'information utilisées pour établir le tableau.

Ces données sont généralement disponibles auprès de la Direction de la Pharmacie et du Médicament. Elles le sont également aux services douaniers et au Ministère du Commerce et sur les sites Internet des ministères des finances de chaque pays, dans la nomenclature douanière.

4.7 Cycle d'approvisionnement (sections 6, 7 et 8)

Indiquer, pour les 3 principales sources de financement, quels organismes ou structures réalisent les différentes opérations du processus gestion des approvisionnement et des stocks : prévision des besoins, achat (qui signe les bons de commande), suivi des commandes (en relation avec les fournisseurs), réception des produits, contrôle de conformité (bon de commande / bon de livraison), contrôle de qualité, stockage (qui stocke les produits livrés) et distribution livraison (qui distribue les produits commandés).

Indiquer la source de financement considérée, à la suite du titre de chaque tableau.

Renseigner le tableau en cochant les cases proposées. Des lignes supplémentaires sont disponibles pour les cas non prévus.

Apporter les précisions suivantes : (i) lorsqu'il s'agit d'un ministère, indiquer le service concerné en abrégé (et sa traduction en toutes lettres dans la case commentaires), (ii) lorsqu'il s'agit d'une structure hospitalière, préciser son statut (CHU, CHR, CHG etc.) et le service concerné en abrégé (et sa traduction en toutes lettres dans la case commentaires) et, (iii) s'il s'agit d'un grossiste privé à but non lucratif, indiquer son nom.

Si la Centrale publique d'achat n'effectue pas certaines opérations (notamment les activités achat, réception des produits et distribution), en indiquer les raisons dans la case commentaires.

4.8 Modalités d'achat (sections 9, 10 et 11)

Indiquer pour les 3 plus importantes sources de financement, quelles sont les procédures d'achat utilisées pour les approvisionnements réguliers (les achats d'urgence ou de dépannage ne sont donc pas concernés).

Quatre procédures sont prévues : appels d'offres ouverts (sans limite de participation), appels d'offres restreints (la participation est limitée à des fournisseurs répondant à certains critères), simples mises en concurrence (les achats sont effectués auprès de l'entreprise le moins disant ou la mieux disant, après une mise en concurrence entre au moins trois fournisseurs) et la procédure de gré à gré (les prix sont négociés entre l'acheteur et le vendeur).

Indiquer si les achats sont effectués auprès de fournisseurs/produits pré qualifiés.

4.9 Achats groupés (section 12)

Indiquer dans cette section si des achats groupés (ARV, tests, réactifs) sont déjà réalisés soit entre différentes sources de financement, soit avec un pays voisin. Dans la sous section 1, indiquer éventuellement les situations rencontrées, par exemple, deux sources de financement échangent des informations sur leurs prix respectifs, ou leur fournisseurs etc.

Si des achats groupés sont prévu à court ou moyen termes, l'indiquer dans la sous section 3

4.10 Flux financiers prévisionnels (section 13)

Indiquer dans cette section, par source de financement (se limiter aux 3 sources les plus importantes) les informations suivantes : pour l'année 2007, les montants effectivement engagés, pour les autres années, les montants prévus.

Pour chaque source de financement, indiquer dans la colonne devise, la monnaie utilisée : USD, € ou monnaie locale. Ne faire aucune conversion d'une monnaie à l'autre, et mettre les montants en millions.

4.11 Ventilation des financements (section 14)

Indiquer, toutes sources de financement confondues (se limiter aux 3 sources les plus importantes), les informations suivantes : pour l'année 2007, les montants effectivement engagés, pour les autres années, les montants prévus, éclatés par grandes catégories de dépense : ARV, Produits médicaux hors produits pharmaceutiques, Tests (rapides et ELISA), Réactifs et Equipement de laboratoire (CD4 et PCR).

4.12 Activités financées par sources de financement (section 15, 16, et 17)

Indiquer pour les 3 principales sources de financement, si les financements (ou programmes) en cours, prennent en charge des activités du cycle approvisionnement et gestion des stocks, en plus des biens matériels généralement financés (ARV, produits médicaux, tests et réactifs et équipement de laboratoire).

Pour chaque activité du cycle approvisionnement et gestion des stocks, indiquer si son financement est assuré. Prenons deux exemples :

- dans la sous section 3 (contrôle de qualité) on demande si les coûts du contrôle qualité des ARV achetés sur le financement A sont pris en charge par ce même financement A, et dans la négative par qui est-il pris en charge (budget national ou autre source de financement ?) ;
- dans la sous section 8 (quantification des besoins), expliquer en plus le mode de quantification utilisé ;
- dans la sous section 10 (gestion des stocks) on demande si la gestion des stocks (stockage, comptabilisation, mouvements etc.) des ARV achetés sur le financement A sont pris en charge par ce même financement A, ou s'ils sont supportés par la centrales d'achat où ils sont stockés.

Cette section est très importante pour analyser la cohérence et l'éventuelle complémentarité des financements. Il convient donc de la traiter avec le plus grand soin.

4.13 Relevé des prix d'achat (sections 18, 19 et 20)

Collecter les prix d'achat des médicaments et produits traceurs, obtenus : (i) sur financement du Fonds mondial, (ii) par la centrale publique d'achat (si elle achète ces produits) et, (iii) par une autre importante source de financement.

Dans le cas où la centrale publique d'achat n'achète pas d'ARV, prenez une autre importante source de financement.

Indiquer en haut pour chaque tableau la source de financement considérée à la suite du titre.

Entourer l'année où l'achat a été effectué : 2005, 2006 ou 2007 et préciser la monnaie d'achat : USD, €, monnaie locale. (Ne jamais faire de conversion de monnaie locale en USD ou €).

Si un médicament de la liste proposée n'est pas acheté, **ne pas en choisir un autre** et passer à la ligne suivante.

Compléter chaque ligne **en séparant dosages adultes et dosages pédiatriques**, en indiquant :

- La forme et le dosage retenu (toujours prendre la forme et le dosage les plus consommés) ;
- La quantité par boîte, correspondant à la forme et au dosage retenus ;
- Le prix payé par l'organisme qui effectue l'achat (Principal Bénéficiaire, Centrale d'achat, Programme national etc.) ;
- L'INCOTERM d'achat (se référer aux définitions présentées plus bas (chapitre 7)).

Dans la colonne Quantité par boîte, entourer la quantité proposée si elle est exacte et, si elle est inexacte ou manquante, d'indiquer une autre quantité.

Dans la colonne Prix, indiquer le prix d'achat pour la quantité indiquée dans la colonne Quantité par boîte.

Dans la colonne INCOTERM, préciser l'INCOTERM d'achat utilisé.

Les médicaments étant présentés sous DCI abrégée, utiliser si besoin le tableau d'équivalences ci-dessous :

Tableau d'équivalences

	DCI		Nom de spécialité
	Longue	Abbrégée	
INNTI			
Efavirenz		EFZ	Sustiva
Nevirapine		NVP	Viramune
INsTI			
Abacavir		ABC	Ziagen
Didanosine		ddl	Videx
Lamivudine		3TC	Epivir
Stavudine		d4T	Zerit
Zidovudine		AZT	Retrovir
IntTI			
Ténofovir		TDF	Viréad
IP			
Lopinavir+ritonavir		LPV+r	Kaletra
Indinavir+ritonavir		IDV+r	Crixivan
Saquinavir+ritonavir		SQV+r	Invirase
Ritonavir		RTV	Norvir
Fosamprenavir+ritonavir		FPV+r	Telzir
CDF			
Zidovudine+Lamivudine		AZT/3TC	Combivir
Stavudine+Lamivudine		d4T/3TC	Lamivir
Abacavir+Zidovudine+Lamivudine		ABC/AZT/3TC	Trizivir
Zidovudine+Lamivudine+Nevirapine		AZT/3TC/NVP	Duovir N
Stavudine Lamivudine+Nevirapine		d4T/3TC/NPV	Triomune
Didanosine+Lamivudine+Efavirenz		ddl/3TC/EFV	Odivir

4.14 Participation financière des malades (section 21)

Préciser la monnaie de référence : USD, €, monnaie locale. Ne jamais faire de conversion de monnaie locale en USD ou €.

La participation financière des malades au coût de traitement est, en principe, une décision politique s'appliquant uniformément sur tout le territoire national. Mais il se peut qu'elle ne soit pas respectée (c'est pour cette raison qu'il est prévu, lors de la visite des 3 centres de traitement, de demander aux répondants si les malades paient ou non leur traitement).

Dans tous les cas il convient de s'informer auprès du PNLs ou du ministère concerné, s'il existe un texte réglementant la participation financière des malades. S'assurer, si ce texte prévoit la gratuité, que cette gratuité s'applique non seulement au traitement ARV, mais également pour les examens (dépistage, comptage des CD4 etc.). Dans ce cas, indiquer le montant de la participation des malades dans les cases correspondantes.

S'il existe un texte officiel (loi, décret ou arrêté) régissant la contribution financière demandée au malades, le mentionner en bas du tableau dans la case commentaires, en précisant sa date d'application.

4.15 Compte rendu de visite de centre de traitement ARV (sections 22, 23 et 24)

Les 3 sites visités devront être situés hors de la capitale, dans un rayon d'une trentaine de km. Ils seront choisis selon des critères de fonctionnalité : un site fonctionnant bien, un site fonctionnant normalement et un site fonctionnant mal.

Ces visites ont pour but de s'assurer s'il existe ou non un décalage entre les informations collectées au niveau central, lors des séances de travail et la réalité de terrain.

Dans la sous section 1 (capacité fonctionnelle de la structure) indiquer le niveau de fonctionnalité de la structure : A=bon, B=moyen et C=mauvais (concernant le choix de ces structures, se reporter au chapitre 3 plus haut.

Ans la sous section 11 (disponibilité), calculer la disponibilité **le jour de la visite**, des produits suivants :

- 2 ARV de première ligne (dosage adulte) : AZT/3TC et D4T/3TC
- 1 ARV de deuxième ligne (dosage adulte) : IDV+r
- 1 ARV de première ligne (dosage pédiatrique) : NVP
- 1 médicament IO : Cotrimoxazole 400/80
- 1 test de diagnostic rapide

Algorithme de calcul du taux de disponibilité :
$$\frac{(jrA) + (jrB) + \dots + (jrF)}{(nb.P \times nbjr)} \times 100$$

Dans lequel : *jrA* est le nombre de jours de rupture de stock constaté pour le produit A

jrB est le nombre de jours de rupture de stock constaté pour le produit B etc.

nbP est le nombre total de produits (soit 6)

nbjr est le nombre total de jours de rupture constaté pour les 6 produits

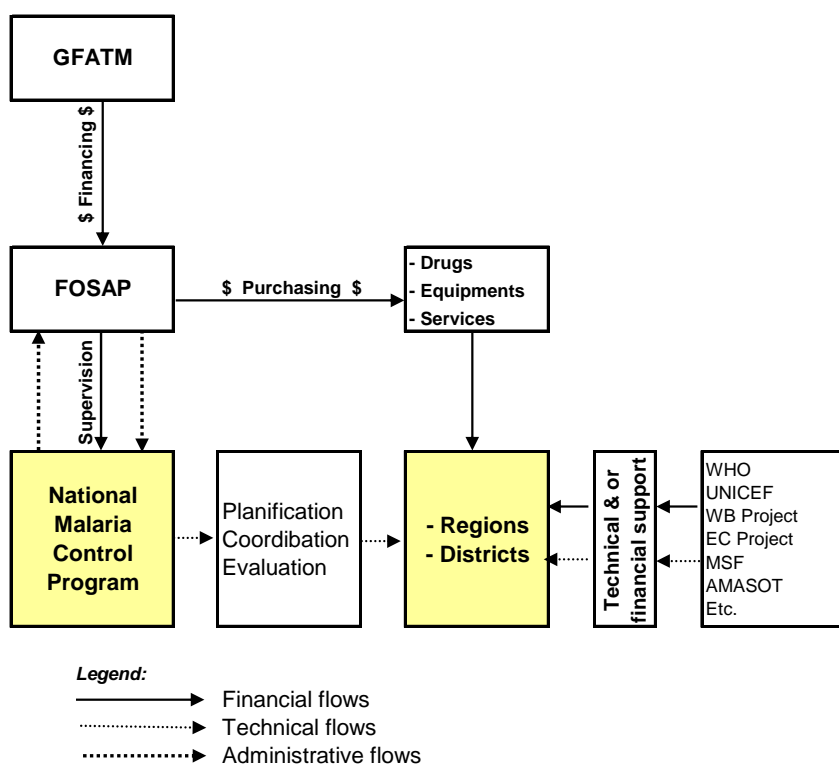
Dans la sous section 14 (financement de la structure), indiquer qu'elle source finance les médicaments ARV, IO et réactifs en se limitant aux trois principales sources.

Dans la sous section 16, reporter les difficultés rencontrées par le répondant en se limitant aux aspects approvisionnement et gestion des stocks. Il conviendra de ne pas se limiter à lister les difficultés rencontrées, mais d'aider le répondant à formuler les causes de ses difficultés et les éventuelles solutions identifiées pour y remédier.

4.16 Description du schéma d'approvisionnement et de distribution des ARV, médicaments IO, réactifs et tests, toutes sources de financement confondues (section 25)

Schématiser l'organisation de la lutte contre le VIH/Sida, par un diagramme expliquant les liens entre les différents organismes et institutions et faisant apparaître les différentes filières d'approvisionnement et de distribution (cf. le schéma de l'organisation des interventions du Fonds Mondial au Tchad pour le paludisme).

Le schéma peut être réalisé manuellement.



4.17 Principales carences et dysfonctionnement relevés dans la chaîne d’approvisionnement et de distribution (section 26)

Cette section est la plus importante du questionnaire et aussi la plus complexe. Elle ne comporte que des questions ouvertes et fait appel à l’observation et l’analyse. Elle doit permettre, en complément des informations collectées dans les sections précédentes, non seulement de les identifier, mais également de comprendre où se situent les difficultés techniques, humaines, financières et organisationnelles qui nuisent à l’efficacité du cycle d’approvisionnement et de gestion des stocks. Ces éléments serviront, dans la troisième phase de l’évaluation, à alimenter l’analyse globale de la situation, pays par pays, et pouvoir, sur cette base, formuler des propositions d’amélioration adaptées aux contextes.

La section comprend donc : (i) 9 sous sections correspondant chacune à l’un des éléments du cycle d’approvisionnement et de gestion des stocks et : (ii) une question transversale, qui concerne la façon dont les différents organismes, institutions et individus, chacune et chacun dans sa filière, partagent l’information, se concertent, collaborent, réalisent des actions communes.

Les informations nécessaires à la rédaction de cette section étant détenues par de nombreux organismes, institutions, structures ou individus différents, son contenu sera alimenté au fur et à mesure du déroulement de l’enquête, mis à jour régulièrement, et finalisé en fin de mission.

Questions d’ordre général

Il conviendra d’avoir, en permanence, présent à l’esprit, les éléments d’analyse suivants :

- Des informations fiables et actualisées sont-elles disponibles dans les centres de traitement, concernant : la consommation des produits, la détermination des besoins, la disponibilité des stocks et les approvisionnements. Les informations disponibles sont-elles suffisantes ?
- La répartition et la coordination des responsabilités dans les différentes étapes de la chaîne d’approvisionnement est-elle logique et cohérente ?

- Les informations concernant la fréquence et la durée des ruptures de stock, les pertes, les péremptions, les sur stocks, sont-elles disponibles et accessibles ?

Ensuite, voici pour chacune des sous sections, quelques éléments d'analyse ciblés.

Sélection des produits (sous section 1)

Les médicaments utilisés dans les centres de traitement (notamment ceux entrant dans les traitements de 1^{ère} ligne), sont-ils conformes à ceux préconisés dans les protocoles thérapeutiques nationaux ?

Prévision, estimation des besoins (sous section 2)

Qui dans le cycle de gestion des stocks et approvisionnement, est chargé de l'évaluation des besoins (prescripteurs, gestionnaires etc.) ? Les pharmaciens sont-ils associés à cette activité ? Cette activité est-elle bien maîtrisée ? Quelles sont les méthodes utilisées pour quantifier les besoins (données épidémiologiques, suivi de la consommation et des stocks etc.) ? Selon quelle périodicité cette activité est-elle réalisée (régulièrement ou non) ?

Existe-t-il un mécanisme d'interaction entre les différentes sources de financement lors de l'estimation des besoins (réunion des partenaires, échange d'information) ?

Financement (sous section 3)

Les conditions fixées par le (ou les) bailleurs (s) ont-elles des conséquences négatives sur les approvisionnements (choix des produits, choix des fournisseurs, délais administratifs, délais de mise en place des financements, etc.) ?

Le financement du partenaire est-il géré séparément du budget national ou inclus dans le budget national ?

Assurance qualité (sous section 4)

Un système cohérent d'assurance qualité (manuel de procédures couvrant l'ensemble des opérations du cycle d'approvisionnement et de gestion des stocks) a-t-il été défini et mis en place à chaque niveau (central et périphérique) ?

Des procédures de contrôle des médicaments (échantillonnage, analyses, gestion des résultats, suivi des fournisseurs etc.) sont-elles opérationnelles ?

Les prestations des fournisseurs (prix, qualité, délai) sont-elles évaluées et si oui, tient-on compte des résultats de ces évaluations pour les prochaines vagues d'achat ?

Contrats avec les fournisseurs (sous section 5)

Quels types de contrats sont-ils utilisés ? Le cadencement des commandes est-il effectué en concertation avec les fournisseurs ?

Approvisionnement (sous section 6)

La fonction approvisionnement est-elle centralisée au sein d'une même institution ou organisme, ou est-elle éclatée entre plusieurs acteurs ?

La fonction approvisionnement est-elle spécifique aux ARV ou est-elle identique à celle suivie pour les produits pharmaceutiques ? Les délais sont-ils les mêmes ?

Quelque soit la façon dont elle est réalisée, est-elle coordonnée avec la gestion des stocks ?

Un calendrier des achats en cours est-il disponible ? Des achats en urgence (pour pallier aux ruptures de stock ou péremption) sont-ils possibles ?

Les retards de livraisons des fournisseurs sont-ils fréquents ?

Les bailleurs imposent-ils des contraintes particulières qui ont pour conséquence la coexistence de plusieurs systèmes ? Cela a-t-il des conséquences ?

Les bailleurs exercent-ils un contrôle sur la fonction approvisionnement ? Si oui, lequel ?

Réception stockage et distribution (sous sections 7 et 8)

Les procédures de réception des produits sont-elles satisfaisantes (contrôle de conformité des marchandises, comparaison bon de commande bon de livraison) ? Les magasins où sont stockés les produits sont-ils préalablement informés dans un délai raisonnable, qu'une livraison est prévue ?

Les capacités et conditions de stockage au niveau central et dans les centres de traitement) sont elles satisfaisantes ? Les ARV, tests et réactifs sont-ils stockés avec les autres médicaments essentiels ou séparément ?

La gestion des stocks au niveau central est-elle assurée par un outil informatisé ? Les produits sont-ils gérés par lot ou par date de péremption ou selon un autre mode (FIFO, FEFO) ?

Les ressources humaines pour cette activité (au niveau central et dans les centres de traitement) sont-elles suffisantes en nombre et qualité ?

Les ruptures de stocks sont-elles analysées et documentées (au niveau central et dans les centres de traitement) ?

Les retards de livraisons vers les centres de traitement sont-ils fréquents ?

Des inventaires sont-ils réalisés et si oui, les pertes de produits (vols, péremptions hâtives) sont-elles comptabilisées et prise en compte dans le compte d'exploitation ?

Bon usage du médicament (sous section 9)

Cette sous section concerne les aspects de prescription (prescrit-on des médicaments qui ne sont pas inscrits dans la liste nationale, si elle existe, les protocoles nationaux sont-ils respectés), de dispensation (d'éventuelles mauvaises conditions de dispensation ont-elles des conséquences sur l'observance), l'observance des traitements (existe-t-il un système de suivi de l'observance des traitements par les malades ? la non observance des traitements est-elle fréquente, si oui, pourquoi etc.)

Suivi et évaluation (sous section 10)

Cette activité est-elle assurée au niveau central et dans les centres de traitement ? Si oui, que en a la charge, des rapports d'évaluation sont-ils faits et si oui, à qui sont-ils transmis ?

Existe-t-il des indicateurs de mesure du fonctionnement des approvisionnements ?

4.18 Coordonnées des personnes responsables désignées comme point focal ou personne ressource (section 27)

Il s'agit ici de recenser les personnes exerçant dans des organismes ou institutions ou chez des partenaires impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida en indiquant leur nom, fonctions et coordonnées.

4.19 Fiche de synthèse (section 28)

Indiquer dans cette section, de façon synthétique, votre analyse personnelle de la problématique Gestion des Approvisionnements et des Stocks pour le VIH/Sida.

5. Profil des experts consultants

Les consultants (médecins de santé publique, pharmaciens ou administrateurs de la santé) devront disposer d'une connaissance approfondie du secteur de la santé et du sous-secteur pharmaceutique.

En outre ils disposeront d'une bonne connaissance de l'organisation de la prévention et de la lutte contre le VIH/Sida notamment en ce qui concerne les aspects épidémiologiques et logistiques.

6. Rapport

Le rapport de mission est constitué du « document récapitulatif des données par pays », dûment rempli et présenté par le consultant, sur support informatique au format Word.

7. INCOTERMS

FOB (Free On Board). La marchandise est à bord du navire, prête à l'exportation. L'acheteur paye le fret maritime.

CIF (Cost Insurance and Freight) Les formalités d'exportation incombent au vendeur. La marchandise voyage aux risques et périls de l'acheteur.

DDU (Delivered Duty Unpaid) Le vendeur livre la marchandise à l'acheteur, non dédouanée à l'importation, et non déchargée à l'arrivée au lieu de destination convenu. L'acheteur s'occupe à ses risques et frais, de l'accomplissement des formalités douanières d'importation et du paiement des droits et taxes d'importation

DDP (Delivered Duty Paid) Le vendeur fait tout, y compris les formalités douanières d'importation et le paiement des droits et taxes exigibles. Le transfert des frais et risques se fait à la livraison dans les magasins de l'acheteur.

8. Principales Unions économiques et douanières et zones économiques

Il existe plusieurs unions économiques et douanières à l'intérieur desquelles les droits et taxes sont, en principe, homogènes. Ce sont :

L'UEMOA (Union Economique et Monétaire Ouest Africaine) qui regroupe : le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée Bissau, le Mali, le Niger, le Sénégal et le Togo.

La CEMAC (Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale) qui regroupe : le Cameroun, le Congo, le Gabon, la Guinée Equatoriale, la République Centre Africaine et le Tchad.

La CEDEAO (Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest) qui regroupe les états membres de l'UEMOA plus le Cap Vert, la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Libéria, le Nigeria et la Sierra Léone.

l'UEAC (Union Economique de l'Afrique Centrale) qui regroupe : le Cameroun, le Congo, le Gabon, la Guinée Equatoriale, la République Centre Africaine et le Tchad.

ANNEXE 8 QUESTIONNAIRE D'ENQUETE



Questionnaire PSM
Phase 2