



ENQUETE SUR LA CAPACITE DES RESSOURCES HUMAINES EN MATIERE DE GESTION DE LA CHAINE D'APPROVISIONNEMENT DE SANTE PUBLIQUE AU BURKINA FASO

Mars 2011



Sommaire

Abréviations et acronymes	3
Introduction	5
1. Contexte	5
2. Crédits	5
RESULTATS	6
1. PARTIE I. Profil global du pays et des programmes	6
a. Régions	6
b. Enjeux financiers	9
c. Données sur les approvisionnements des programmes de santé et des directions centrales en 2010	10
d. Ressources humaines	14
2. PARTIE I. L'enquête	15
a. Agenda des entretiens	15
b. Objectifs	16
c. Méthodologie	16
3. PARTIE II. Organisation et dotation en personnel de la chaîne d'approvisionnement	18
a. Fonctionnement du système d'approvisionnement	18
b. Les contrôles de la chaîne d'approvisionnement des produits sanitaires	22
c. La gestion technique des approvisionnements : un sous-équipement général au niveau des Districts et des CSPS	23
d. Suivi et gestion	25
4. PARTIE III. Systèmes forts	26
a. DGPMML	26
b. Les autres directions centrales et programmes de santé : DSF, PNT, PNL, DPV, DN, CMLS	26
c. La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux CAMEG	28
d. Le niveau DRS	30
e. Le CHU SS (Centre hospitalier universitaire Sanou Souro) :	31
f. Le niveau district et périphérie dans la chaîne d'approvisionnement :	31
5. PARTIE IV. Politiques et Plans	32
6. PARTIE V. Développement du personnel	33
a. Généralités	33
b. Les pharmaciens	33
c. Le niveau central	35
d. Le niveau d'expertise en chaîne d'approvisionnement des Personnels	37
e. Les formations de base	37
7. PARTIE VI. Efficacité du Personnel	38
a. Gratifications, primes, salaires	38
b. Le turnover des personnels travaillant à l'approvisionnement des produits de santé	38
8. PARTIE VII. Efforts de professionnalisation de la chaîne d'approvisionnement de santé publique	40
a. Dans le secteur privé	40
b. Les Formations continues	40
RECOMMANDATIONS	42
ANNEXE	44
1. Fiche d'information sur l'école nationale de santé publique (ENSP)	44

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACAME : Association des Centrales d’Achat de Médicaments Essentiels
ACF : Action contre la Faim
ACT : Artemisinin-based Combined Therapy
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ASC : Agent de Santé Communautaire
CAMEG : Centrale d’Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux
CHAI : **Clinton HIV/AIDS Initiative**
CHMP : Centrale Humanitaire Médico-Pharmaceutique
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHR : Centre Hospitalier Régional
CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMLS : Comité Ministériel de Lutte contre le Sida
CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
COGES : Comités de Gestion des dépôts de MEG
CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale
DMP : Direction des Marchés Publics
DGS : Direction Générale de la Santé
DGIEM : Direction Générale des Infrastructures de l’Equipement et de la Maintenance
DGPML : Direction Générale de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires
DLM : Direction de la Lutte contre la Maladie
DN : Direction de la Nutrition
DPV : Direction de la Prévention par la Vaccination
DRD : Dépôt Répartiteur de District
DRH : Direction des Ressources Humaines
DRS : Direction Régionale de la Santé
DSF : Direction de la Santé de la Famille
ECD : Équipe Cadre de District
EDI : Electronic Data Interchange:
ENAM : École Nationale d’Administration et de Magistrature
ENSP : École Nationale de Santé Publique
ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
FIFO : First In First Out
FM : Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population (=UNFPA)
GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunisation
HKI : Helen Keller International
LNSP : Laboratoire National de Santé Public
MEG : Médicament Essentiel Générique
MILDA : Moustiquaire imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’Action
MMR : Maternité à Moindre Risque
MSF : Médecins Sans Frontières
OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé
OI : Organisation Internationale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PADS : Programme d’Appui au Développement Sanitaire
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
PEP : Préparateur d’Etat en Pharmacie

PF : Programme de Planification Familiale

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNT : Programme National de lutte contre la Tuberculose

PROMACO : Projet de Marketing Social des Condoms

PTF : Partenaire Technique et Financier

PTME : Programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

RHSC : Reproductive Health Supply Coalition (Coalition pour les produits de santé reproductive)

SCM : Supply Chain Management

SG : Secrétariat Général

SIGL : Système d'Information et de Gestion Logistique

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

UFR SDS : Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USAID : United States Agency for International Development (Agence américaine d'aide au développement international)

INTRODUCTION

1. CONTEXTE

Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une série de huit enquêtes pays réalisées dans le contexte de l'initiative « *People That Deliver* » (peoplethatdeliver.org). Cette initiative globale qui réunit les plus grandes organisations mondiales vise à améliorer la performance des services de santé par la professionnalisation des gestionnaires de la logistique.

Comme reconnue en 2006 par l'OMS, la performance du personnel de santé est l'un des six éléments constitutifs essentiels pour renforcer les systèmes de santé et par là-même, pour renforcer les chaînes d'approvisionnement dont les agents de santé ont besoin pour assurer leur mission. Renforcer les chaînes d'approvisionnement implique d'engager les *bonnes personnes en bon nombre et avec les bonnes compétences au bon endroit et au bon moment*, pour mettre en œuvre les procédures qui règlent opérations de la chaîne d'approvisionnement. Pour fonctionner avec la plus grande efficacité, les chaînes d'approvisionnement de santé publique ont besoin de personnel formé, compétent et expérimenté dans les procédures opérationnelles standards requises pour chaque fonction logistique, mais aussi apte à prendre des décisions ou à participer aux processus de décision ou d'élaboration de politiques ayant un impact sur les fournitures sanitaires et sur les chaînes d'approvisionnement. Le manque de personnel formé avec les compétences adéquates est souvent à l'origine de dysfonctionnement ou de mauvaises performances du système de gestion de la chaîne d'approvisionnement, la preuve en est des systèmes d'information mal renseignés et des ruptures de stock. Par ailleurs, de nombreuses institutions sanitaires ne reconnaissent pas le lien de cause à effet entre la performance du système de santé et celle de la chaîne d'approvisionnement de santé publique qui, à son tour, dépend du niveau de compétences techniques et d'encadrement du personnel de la chaîne d'approvisionnement.

2. CREDITS

L'enquête financée par la Coalition pour les Produits de la Santé Reproductive a été réalisée par l'Institut Bioforce Développement, sur la base du guide d'évaluation conçu pour l'initiative « *People That Deliver* » : USAID|DELIVER PROJECT et la Coalition pour les Produits de Santé Reproductive (RHSC), 2011, *Capacité des ressources humaines en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement de santé publique, Guide d'évaluation* pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le Développement International Washington DC et RHSC, Arlington, Va. Le questionnaire a été adapté à l'organisation du système de santé national.

Equipe Bioforce : Jean-Philippe Lezeau - Coordinateur Pôle Logistique et Technique ; Anne-Catherine Réa – Coordinatrice Pôle Opérations ; Alain Grall - Consultant Supply Chain ; Dr Yakouba Domo – Pharmacien – Consultant National ; Dr André Savadogo – Pharmacien, Chef de Mission Bioforce Burkina Faso ; Véronique Brossette – Conseiller Logistique ; Benoît silve – Directeur Général.

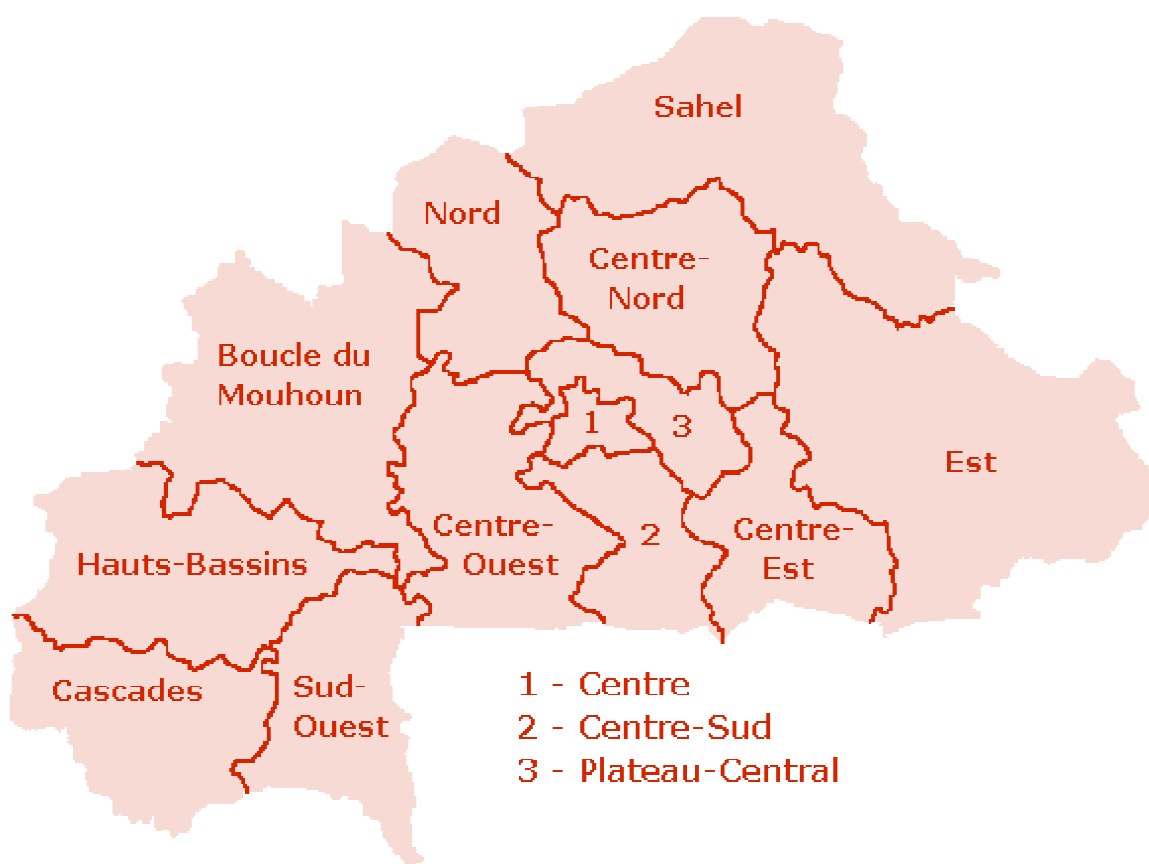
RESULTATS

1. PARTIE I. PROFIL GLOBAL DU PAYS ET DES PROGRAMMES

Le Burkina Faso est un pays enclavé de l’Afrique de l’ouest ayant une superficie de 274 200 km². Sa population est estimée à 15 730 977 habitants en 2010¹. C’est un pays qui connaît l’une des meilleures performances mondiales en matière d’amélioration de l’indice de développement humain durable (IDH) ces dernières années, mais qui demeure l’un des plus pauvres de la planète (42,6% de la population vivaient en dessous du seuil de pauvreté en 2009)².

a. Régions

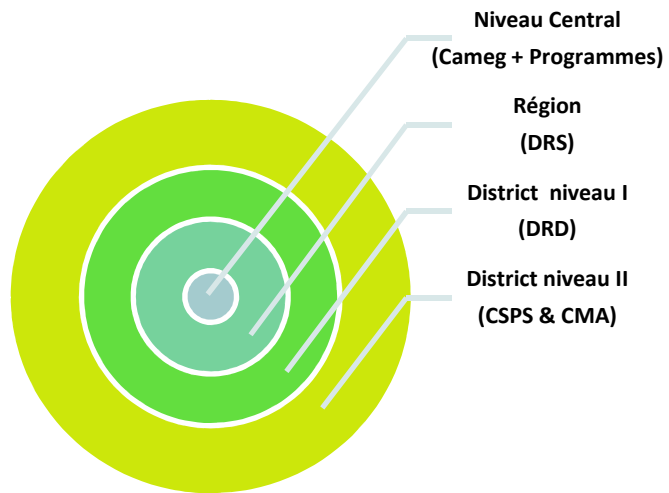
Il y a 13 régions au Burkina Faso. Elles couvrent des superficies variées et ne disposent pas des mêmes moyens, ce qui a un impact sur leur fonctionnement et sur les moyens dont elles disposent.



Il y a 13 régions sanitaires au Burkina Faso, qui couvrent les 13 régions administratives. Elles sont dirigées par des Directions Régionales de la Santé et subdivisées en districts sanitaires. Les districts sanitaires, au nombre de 63, constituent le niveau opérationnel du Ministère de la Santé et sont administrés par des Equipes Cadre de District (ECD) ayant à leur tête des Médecins-chefs de district.

¹ Ministère de la santé/DGISS. Annuaire statistique 2010 de la santé

² Ministère de la santé. Revue du secteur de la santé pour l’année 2009. Mars 2010 : 36p. *Référence : Développement et Coopération – EuropeAid – Commission Européenne Burkina Faso.*



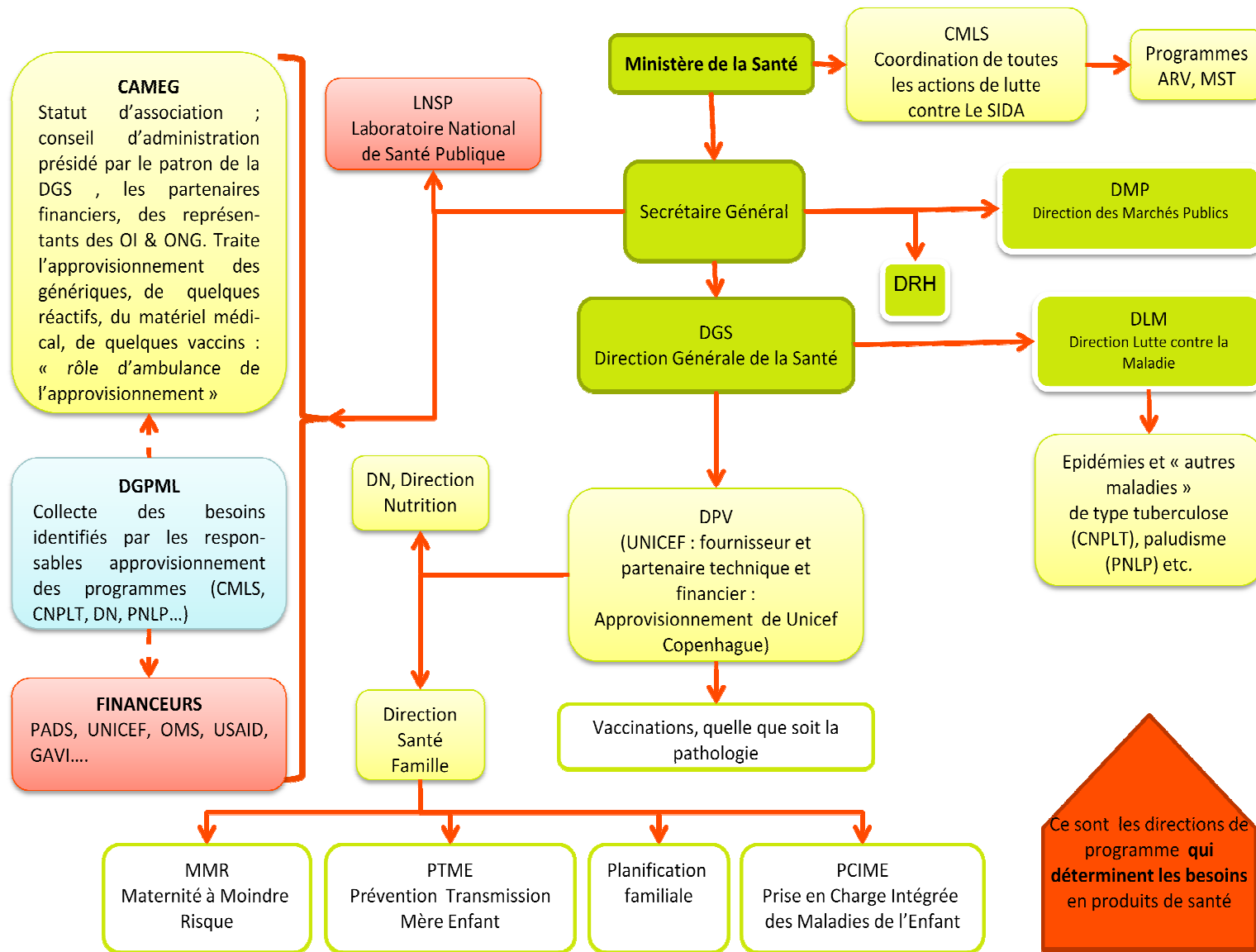


Figure 1 : schéma d'organisation du Ministère de la santé au Burkina Faso

b. Enjeux financiers
Financements consacrés aux produits et aux activités de la chaîne d’approvisionnement de santé publique au Burkina Faso en 2010³

Nature	Source de financement	Montant (\$US)	%
Produits	CAMEG (Sur fonds propre de la population)	31 292 404	37,45
	Fonds Mondial dont :	13 324 172	
	<i>Fonds Mondial (Gestion SP/CNLS-IST)</i>	8 559 673	15,95
	<i>Fonds Mondial (Gestion PADS)</i>	4 764 499	
	Budget de l’Etat	9 565 185	11,45
	UNICEF	6 839 979	8,19
	GAVI	6 566 691	7,86
	PADS (Fonds commun)	6 139 442	7,35
	Banque Mondiale (Gestion PADS)	3 867 774	4,63
	USAID	2 375 000	2,84
	UNFPA	1 544 510	1,85
	PROMACO	636 840	0,76
	UNITAID	359 872	0,43
	Fondation Bill et Melinda Gates (Gestion PADS)	340 733	0,41
	OMS	290 000	0,35
	MSF	253 169	0,30
Plan/Burkina	157 000	0,19	
Total	83 395 771	100%	
Activités liées à la chaîne d’approvisionnement	Budget de l’Etat	10 048 672	98,3%
	Partenaires financiers	173 600	1,7%
	Total	10 222 272	100%

³ Ministère de la santé/DGPML, OMS. Cartographie des systèmes d’approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Burkina Faso. Déc. 2010 : p. 81.

Le taux de conversion retenu est : 1\$ = 500 F CFA.

NB : Ces montants ne prennent pas en compte le budget de la campagne de distribution universelle des moustiquaires qui a été un événement exceptionnel en 2010.

c. Données sur les approvisionnements des programmes de santé et des directions centrales en 2010

Direction de la Prévention par la Vaccination (DPV)

Intitulé	Montant (US\$)	Partenaires clés	Observations
Montant des approvisionnements effectués par le pays (via le panier commun ou le revenu national)	3 000 000	Budget national/ UNICEF	Approvisionnement à travers l'UNICEF sur budget national
Montant des approvisionnements fournis par des partenaires de mise en œuvre	8 366 691	UNICEF, GAVI	
Montant des activités liées à l'approvisionnement financées par le pays	20 000	Budget national	Salaires, supervision ; en plus 460 000\$ du budget de l'Etat sont répartis aux districts pour l'achat de gaz butane pour la chaîne de froid.
Montant de l'assistance technique liée à l'approvisionnement des produits sanitaires financée par les partenaires	N/A	N/A	L'assistance technique permanente ou ponctuelle existe ; cependant leur valorisation n'est pas communiquée à la DPV.

La DPV n'a pas été interviewée lors de cette évaluation (refus pour raison de procédures). Nous avons cependant rassemblé les données sur les approvisionnements de cette direction qui gère le PEV.

Comité Ministériel de Lutte contre le Sida et les IST du ministère de la santé (CMLS/Santé)

Intitulé	Montant (US\$)	Partenaires clés	Observations
Montant des approvisionnements effectués par le pays (via le panier commun ou le revenu national)	0		
Montant des approvisionnements fournis par des partenaires de mise en œuvre	8 634 500	Fonds Mondial, Programme d'Appui au Développement Sanitaire, CAMEG	
Montant des activités liées à l'approvisionnement financées par le pays	5 020	Budget national	Salaire à temps partiel ; missions de supervision
Montant de l'assistance technique liée à l'approvisionnement des produits sanitaires financée par les partenaires	16 000	FM	Missions de supervision

Direction de la Nutrition (DN)

Intitulé	Montant (US\$)	Partenaires clés	Observations
Montant des approvisionnements effectués par le pays (via le panier commun ou le revenu national)	0		Participation budget Etat prévue en 2011
Montant des approvisionnements fournis par des partenaires de mise en œuvre	5 653 467	UNICEF	Prend en charge l'achat, le transport et la distribution jusqu'aux districts
Montant des activités liées à l'approvisionnement financées par le pays	3 600	Budget national	Estimation salaires des acteurs de la Direction de la Nutrition en temps partiel (50%)
Montant de l'assistance technique liée à l'approvisionnement des produits sanitaires financée par les partenaires	10 000	UNICEF	Transport des produits

Des financements potentiels sont disponibles pour appuyer les activités de la chaîne d'approvisionnement, mais ne sont pas encore utilisés.

Direction de la Santé de la Famille (DSF)

Intitulé	Montant (US\$)	Partenaires clés	Observations
Montant des approvisionnements effectués par le pays (via le panier commun ou le revenu national)	1 000 000	CAMEG	
Montant des approvisionnements fournis par des partenaires de mise en œuvre	2 135 815	UNICEF, UNFPA, USAID, CHAI, GFATM, JHPIEGO	
Montant des activités liées à l'approvisionnement financées par le pays	2 400	Budget national	Salaire temps partiel
Montant de l'assistance technique liée à l'approvisionnement des produits sanitaires financée par les partenaires	97 600	UNFPA, UNICEF	Formation, matériel informatique, assistance technique

Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

Intitulé	Montant (US\$)	Partenaires clés	Observations
Montant des approvisionnements effectués par le pays (via le panier commun ou le revenu national)	0		L'Etat n'a pas de ligne budgétaire pour l'acquisition des produits au niveau du programme. Mais il existe des lignes de crédits délégués au niveau périphérique pour l'achat des médicaments
Montant des approvisionnements fournis par des partenaires de mise en œuvre	5 927 672	Fond mondial, Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS), Unicef, USAID	Cette valeur n'intègre pas l'acquisition de la campagne des moustiquaires à longues durées d'action (MILDA) qui est de 22.642.669.530 FCFA soit 452.85.339 US\$.
Montant des activités liées à l'approvisionnement financées par le pays	2 400		Salaire du personnel en temps partiel du personnel
Montant de l'assistance technique liée à l'approvisionnement des produits sanitaires financée par les partenaires	600 000	OMS, UNICEF, PNUD, Banque mondiale, USAID	En 2010 le programme a bénéficié de 2 assistances techniques d'environ 2 semaines. USAID finance également un projet de soutien au programme.

Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)

Intitulé	Montant (US\$)	Partenaires clés
Montant des approvisionnements effectués par le pays (via le panier commun ou le revenu national)	136 986	Budget national
Montant des approvisionnements fournis par des partenaires de mise en œuvre	191 781	Fonds Mondial, OMS
Montant des activités liées à l'approvisionnement financées par le pays	0	
Montant de l'assistance technique liée à l'approvisionnement des produits sanitaires financée par les partenaires	83 714	Fonds Mondial

L'exemple d'un hôpital de référence : le Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHU SS)

Intitulé	Montant (US\$)	Partenaires clés	Observations
Montant des approvisionnements effectués par le pays (via le panier commun ou le revenu national)	1 300 000	Budget Etat, familles des patients	Recettes de vente et subventions de l'Etat
Montant des approvisionnements fournis par des partenaires de mise en œuvre		Partenaires des différents programmes nationaux	
Montant des activités liées à l'approvisionnement financées par le pays			Ce budget existe mais non individualisé
Montant de l'assistance technique liée à l'approvisionnement des produits sanitaires financée par les partenaires	0	0	Au moment de l'enquête, l'équipe n'a pas eu connaissance d'une assistance technique dédiée à l'approvisionnement.

d. Ressources humaines

Les tableaux suivants établissent le bilan des infrastructures sanitaires publiques et les ressources humaines affectées (2010) :

Tableau I : Infrastructures sanitaires publiques au Burkina Faso en 2010¹⁴

Effectif des CHU	3
Effectif CHR	9
Effectif CMA	42
Effectif Centres Médicaux	27
Effectif de CSPS	1 496
Effectif Dispensaires isolés	60
Effectif Maternités isolées	14

Tableau II : Ressources humaines dans les formations sanitaires⁵

Effectif d'Agents itinérants de santé (AIS)	1 976
Effectif Infirmiers Brevetés (IB)	2 558
Effectif Infirmiers diplômés d'Etat (IDE)	3 054
Effectif Médecins	662
Effectif Chirurgiens Dentistes	32
Effectif sage femme / maïeuticien d'état	1 057
Effectif Pharmaciens	184

Chaque formation sanitaire publique dispose en principe d'un dépôt de médicaments pour la vente au public.

⁴Ministère de la santé/DGISS. Annuaire statistique 2010 de la santé

⁵Ministère de la santé/DGISS. Annuaire statistique 2010 de la santé

2. PARTIE I. L'ENQUETE

a. Agenda des entretiens

Date	Heure	Structure	Personne(s) interrogée(s)	Fonction
17/03/2011	15h30	CMLS	Dr Inoussa ZABSONRE	Responsable prise en charge VIH/sida
18/03/2011	09h00	PNT	Dr Djibril TAMBOURA	Responsable approvisionnements
18/03/2011	11h00	OMS	Dr Christophe ROCHIGNEUX	Conseiller technique OMS inter-pays
18/03/2011	15h30	PNLP	Dr Moussa OUEDRAOGO	Responsable approvisionnement
19/03/2011	09h00	District de Ziniaré	Dr Arzouma OUEDRAOGO (+Responsable DRD, gérant dépôt CMA, gérant dépôt CSPS urbain)	Médecin-chef de district
21/03/2011	10h00	DGPML	Pr Jean-Baptiste NIKIEMA	Directeur des approvisionnements pharmaceutiques
21/03/2011	15h00	ACAME	M. Gérard MILLOT	Conseiller technique
22/03/2011	11h30	UNICEF	Dr Maurice HOURS	Chef section santé nutrition
22/03/2011	17h30	CAMEG	M. Lazare BANSSE	Directeur général
23/03/2011	08h00	DSF	Dr Yakouba DOMO	Assistant technique chargé des approvisionnements
24/03/2011	16h00	DN	Dr Amadou KOUMARE	Responsable approvisionnements
25/03/2011	08h00	DRH	M. Batia BAZIE M. Claude CONGO	Chef service gestion des carrières Chef service recrutement et formation
28/03/2011	11h	District de Sindou	Dr Gervais SANOU	Médecin-chef de district
28/03/2011	15h00	DRS Cascades/ Banfora	Dr Olivier NACRO	Chef de service pharmacie
29/03/2011	08h00	DRS Hauts-Bassins/ Bobo-Dioulasso	Dr Hyacinthe OUEDRAOGO M. Sylvain TOE	Chef de service pharmacie Responsable planification
29/03/2011	10h00	CHU Sanou Souro de Bobo-Dioulasso	Dr Karim SANGARE	Chef du département pharmacie
30/03/2011	09h00	ENSP/ Bobo-Dioulasso	Dr Germain TRAORE ; M. Faustin KAMBIRE	Directeur régional Responsable pédagogique

b. Objectifs

Objectif général de l'enquête

Documenter la capacité des ressources humaines du Burkina Faso en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement ainsi que les efforts réalisés pour la professionnalisation des chaînes d'approvisionnement de santé publique.

Objectifs spécifiques

- + Décrire le contexte du système d'approvisionnement de santé publique ;
- + Décrire l'organisation du système d'approvisionnement de santé publique ;
- + Déterminer, à l'intérieur de la chaîne d'approvisionnement, les systèmes forts en matière de renforcement des capacités de leurs ressources humaines ;
- + Décrire les politiques, plans et outils de renforcement des capacités des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement ;
- + Décrire les initiatives de développement du personnel en charge de la gestion de la chaîne d'approvisionnement ;
- + Donner les stratégies mises en œuvre pour accroître l'efficacité des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement ;
- + Décrire les efforts de professionnalisation des gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement.

c. Méthodologie

Lieux et chronogramme de l'enquête

L'enquête sur le terrain a eu lieu du mardi 9 mars au vendredi 1er avril.

La première semaine du mardi 9 mars au 13/14 mars a été consacrée par l'expert national à la collecte des informations générales, l'identification et la programmation des rendez-vous sur Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

La deuxième et la troisième semaine se sont déroulées en binôme : Expert national + Expert international, soit :

- + Arrivée de l'expert international le 16 mars, point information et planning le 17 mars, démarrage des entretiens du 18 mars au 25 mars à Ouagadougou (centre et périphérie),
- + Départ le 26 mars sur Bobo-Dioulasso,
- + Du 28 au 31 mars, entretiens sur Bobo-Dioulasso et Banfora.

Une troisième phase post-terrain, du 1er avril au 31 août, a servi à recueillir des compléments d'informations complémentaires et à rédiger le rapport.

Méthodologie employée

Il s'est agi d'une enquête transversale reposant sur un outil d'évaluation développé en 2011 pour l'initiative « People That Deliver », traduit et adapté par l'Institut Bioforce développement à l'organisation du système de santé national.

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens (en personne uniquement, aucun entretien à distance) auprès de 20 personnes agissant au sein de 17 structures-clés sélectionnées par les enquêteurs. Un questionnaire exhaustif a servi à guider les entretiens. Etant donné la complexité de ce questionnaire et afin de limiter la durée des entretiens (entre 2h et 4h30), les sections prioritaires ont été sélectionnées en fonction des interlocuteurs (*voir Tableau III – Les structures/programmes ciblés par l'enquête*)

Cibles de l'enquête

L'enquête a concerné tous les niveaux du système d'approvisionnement, comme l'indique le tableau suivant.

Tableau III : Les structures/programmes ciblés par l'enquête

Niveau	Structure	Rôle dans la chaîne d'approvisionnement
Central	DGPML	Autorité de réglementation et assurance qualité
	CAMEG	Centrale d'achat
	PNT	Planification, quantification, stockage, distribution intrants tuberculose
	PNLP	planification, quantification, stockage, distribution intrants paludisme
	DLM*	Planification, quantification, stockage, distribution intrants épidémies et autres maladies
	DSF	Planification, quantification, stockage, distribution intrants PF, PTME, PCIME
	DPV*	Planification, quantification, stockage, distribution vaccins
	DN	Planification, quantification, stockage, distribution produits nutrition
	CMLS/Santé	Planification, quantification, stockage, distribution intrants VIH et IST
	UNICEF	Acquisition, stockage / appui technique
	UNFPA*	Acquisition /appui technique
	FM*	Achat
	PADS*	Achat
Intermédiaire (régional)	CHU Souro Sanou de Bobo	Planification, quantification, acquisition, stockage, distribution et utilisation tout produit pharmaceutique
	DRS Ht-Bassins	Stockage, supervision
Périphérique (district)	DRS Cascades	Stockage, supervision
	District Sindou	Stockage, supervision, utilisation
Points de dispensation	District Ziniaré	Stockage, supervision, utilisation
	CMA de Ziniaré	Acquisition, stockage, utilisation
	CSPS urbain de Ziniaré	Acquisition, stockage, utilisation
Autres	CMA de Sindou	Acquisition, stockage, utilisation
	ENSP	Formation paramédicaux
	DRH	Formation continue, recrutement du personnel
	UFR SDS	Formation des pharmaciens et médecins

* Structures dont le personnel n'a pas pu être directement interrogé au cours de l'enquête, pour des raisons procédurales.

Nota : Le circuit privé de distribution des produits de santé n'est pas pris en compte dans l'étude ; en effet, il n'est pas impliqué dans la distribution des produits issus des programmes de santé publique.

3. PARTIE II. ORGANISATION ET DOTATION EN PERSONNEL DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

a. Fonctionnement du système d'approvisionnement

La complexité de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé

Une étude réalisée en 2010 par la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML), en collaboration avec l'OMS, sur l'approvisionnement des produits pharmaceutiques, illustre l'organisation complexe du système d'approvisionnement au Burkina Faso : voir page suivante, le schéma *Ministère de la santé / DGPML, OMS. Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Burkina Faso. Déc. 2010 : p.81.*

Ce système comprend plusieurs sous-systèmes cloisonnés, différenciés selon le Partenaire Technique et Financier (PTF) et selon le type de produit. Ainsi, dans la chaîne d'approvisionnement de santé publique, on peut distinguer au moins treize filières d'approvisionnement. Il n'existe pas une vision globale de l'approvisionnement des produits de santé.

Comme corollaire, chaque filière dispose de son propre Système d'Information et de Gestion Logistique (SIGL). Plusieurs PTF, selon leurs programmes, demandent au personnel impliqué dans la chaîne d'approvisionnement de fournir des rapports sur les différentes filières et les produits concernés. Ceux-ci peuvent être amenés à faire 10 rapports de données différents par district. Il n'existe pas d'harmonisation des systèmes d'informations entre les différents PTF.

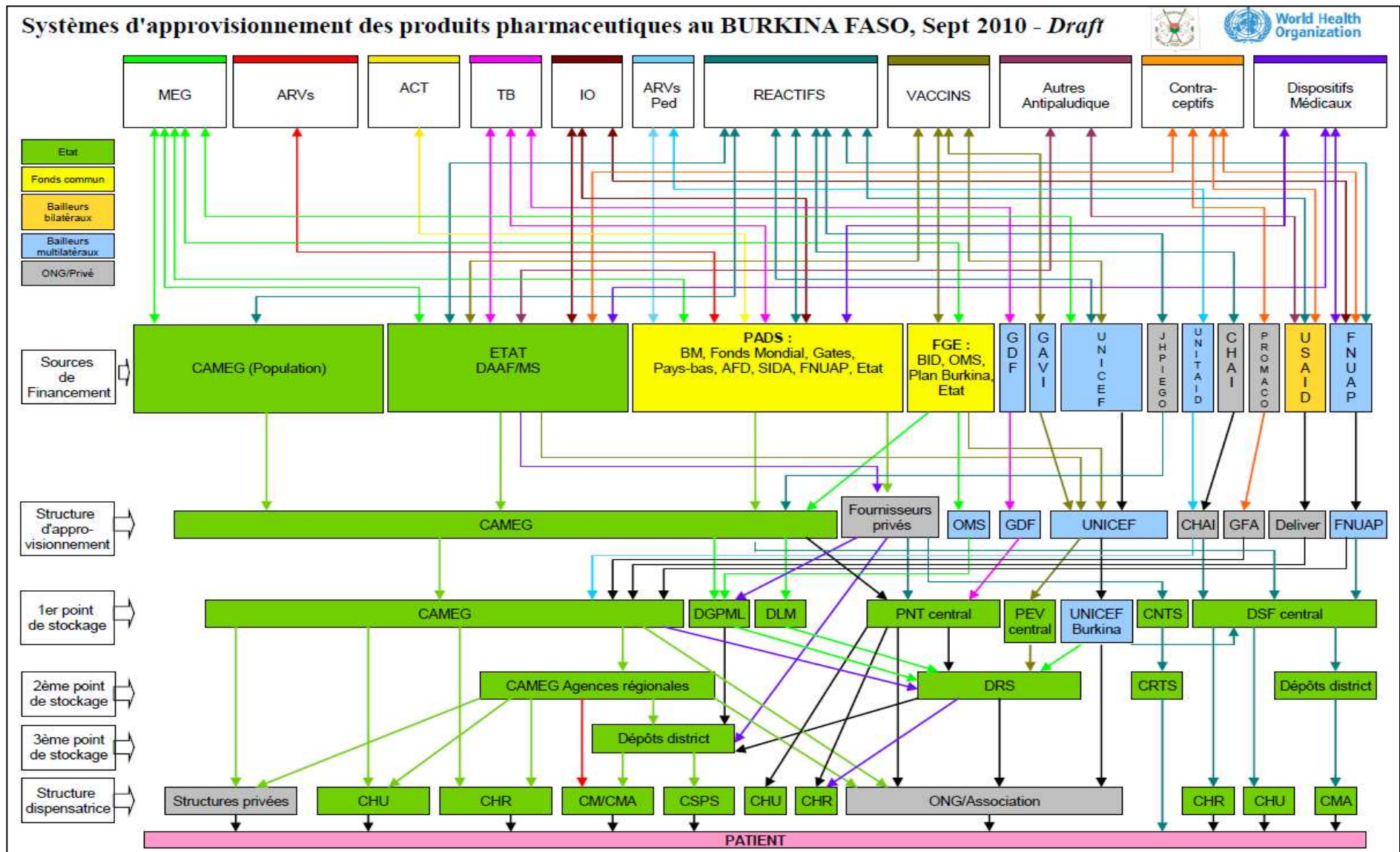
Cette complexité, contraire à la Déclaration de Paris⁶, nuit à la cohérence, à la coordination et au suivi. Parmi les conséquences négatives, on peut citer :

- + Une mauvaise quantification des besoins par filière : il n'existe pas d'harmonisation des systèmes d'informations entre les différents bailleurs de fonds. Chaque financeur disposant de son propre système d'information, les personnels impliqués dans la chaîne d'approvisionnement renseignent autant de « systèmes informatiques » qu'il y a de filières et de produits concernés ;
- + Des erreurs sur les informations communiquées aux bailleurs de fonds par les utilisateurs et dispensateurs en bout de chaîne d'approvisionnement, que ce soit au niveau des dispensaires ou des hôpitaux de districts ;
- + Une difficulté de gestion des priorités, à relier aux épisodes de rupture de stock ou de surstock en bout de chaîne d'approvisionnement : en effet les conditions d'approvisionnement, les délais et les fréquences de *reporting* sont différents d'un bailleur à l'autre ;
- + Une complexité excessive au niveau des agents périphériques : difficulté de trouver des cohérences de consommation de produits de santé entre les différents partenaires, les bases de calcul étant différentes, et les périmètres géographiques concernés n'étant pas les mêmes.

Il en résulte surtout pour les autorités locales le sentiment d'être parfois écartées des problématiques de l'approvisionnement des produits médicaux.

Pour un responsable de l'Unicef « *l'idéal serait que les financeurs confient leurs fonds au gouvernement pour l'approvisionnement et il faudrait diversifier les sources de financement et passer par la DGPML. Cela diminuerait le problème de l'utilisation des outils qui sont différents, dans une organisation verticale, pour des programmes verticaux.* »

⁶ <http://www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf>



Deux circuits de médicaments

Il y a deux types de circuits de médicaments, gratuits et payants.

Ceci contraint à entretenir deux systèmes parallèles de suivi aux niveaux intermédiaire et périphérique (Région – District).

La traçabilité et d'une manière générale le suivi des produits du circuit de vente sont prioritaires et mieux assurés pour le circuit de vente que pour le circuit gratuit. Ces produits du circuit gratuit sont en général alloués (système push) et non commandés (système pull) comme le sont ceux du circuit de vente.

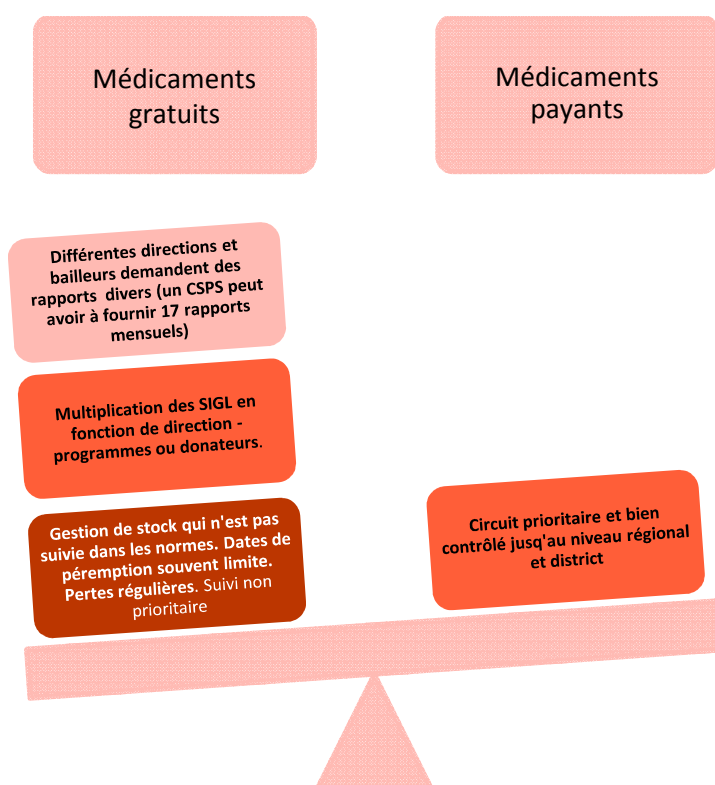


Figure 2 : caractéristiques des 2 circuits (gratuits vs payant) des produits de santé

La sélection des produits de la chaîne d'approvisionnement de santé publique

Les Directions centrales du Ministère de la Santé sélectionnent les produits. Pour ce faire, elles suivent les directives de l'OMS et la nomenclature nationale des produits pharmaceutiques.

Les produits concernés par la chaîne d'approvisionnement de santé publique comprennent principalement : les MEG ; les contraceptifs ; les produits de lutte contre le paludisme (médicaments, réactifs) ; les Moustiquaires imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MILDA) ; les médicaments contre les IST ; les vaccins ; les produits de nutrition ; les produits de la lutte contre le VIH (ARV, médicaments et réactifs pour les infections opportunistes, réactifs de dépistage et de suivi biologique du VIH) ; produits de lutte contre la tuberculose (médicaments et réactifs) ; les produits de la PCIME ; autres produits de la maternité à moindre risque.

L'évaluation des besoins

Les responsables des approvisionnements déterminent et expriment les besoins en produits de santé. Ce sont en général des pharmaciens travaillant au sein des programmes et directions centrales. Ils se réunissent en Comités Techniques pour décider des types de produits à fournir. Un certain nombre de Directions de programmes se basent sur les consommations des années précédentes. La CAMEG est consultée pour savoir ce qu'elle a distribué par produit.

Selon l'OMS, l'absence de plan d'approvisionnement général des produits de santé a pour conséquence une mauvaise estimation des besoins.

Cette mauvaise estimation a des conséquences négatives :

- + Surstocks et donc risques de destruction ou de ruptures de chaîne de froid ;
- + Ruptures de stock, dans la mesure où des commandes ne rentrent pas dans les plans de financement des bailleurs de fonds qui ne prennent pas en compte « les imprévus » ;
- + Urgences d'approvisionnement.

La quantification des intrants reste un enjeu au Burkina Faso.

L'acquisition des produits

Financements

Les ménages sont les premiers contributeurs au budget d'acquisition des produits de santé. Ensuite, viennent le Fonds Mondial, le budget de l'Etat puis les autres PTF, dont les plus importants sont : l'UNICEF, le fonds GAVI, le PADS, la Banque mondiale, USAID, FNUAP. L'estimation des volumes financiers consacrés à cette chaîne d'approvisionnement de santé publique est donnée en partie I.

C'est le financeur qui décide de la source de l'approvisionnement. Par ailleurs il arrive fréquemment que ce soit les fabricants qui décident de passer par tel ou tel distributeur.

Livraisons

Les produits acquis par les programmes sont livrés soit à la CAMEG soit aux Directions Centrales.

La CAMEG dispose de magasins adaptés pour le stockage et d'une logistique appropriée pour la distribution.

Les Directions centrales ne disposent ni de magasins convenables, ni de logistique de transport pour la distribution : peu ou pas de lieu de stockage des produits, que l'on retrouve parfois dans les couloirs des bureaux de ces Directions, avant distribution aux structures de santé. Le ministère de la santé reçoit parfois des dons qui ne respectent pas toujours les règles édictées par l'OMS en la matière (correspondance aux besoins exprimés par le bénéficiaire, prise en charge de tous les frais d'approche et de gestion par le donateur, etc.). Ces produits sont en général entreposés au niveau des directions centrales.

Réceptions

Les réflexes « qualités » à la livraison ne sont pas assurés au niveau des structures gouvernementales⁷, en revanche les réceptions à la CAMEG sont systématiquement contrôlées :

« Dans 70% des cas nous sommes préavisés de l'arrivée des ARV sur le pays », selon le CMLS. Suite à la réception dans les magasins de la CAMEG, le Fonds Mondial contrôle le nombre de colis, leur état, la date de péremption, le n° de lot, le nom du fabricant.

Des délais d'acheminement trop longs : entre 6 mois et 1 an, entre le moment où la commande est partie et le moment où le fret est présenté aux douanes à Ouagadougou.

Quand les produits ne transitent pas par la CAMEG, les directions d'approvisionnement manquent de transports qui sont mal répartis par les structures distributrices concernées.

La CAMEG livre une fois par mois les DRD ; c'est l'un des gérants du CSPS qui vient chercher⁸ les produits dont ils ont besoin. Les CSPS fonctionnent aussi par bons de commande qui sont archivés. Il

⁷ Pas de contrôle de température à la livraison.

⁸ Le plus souvent en mobylette ou en vélo

n’y a pas toujours de signature à l’enlèvement au DRD. Ce n’est pas toujours l’un des gérants qui signe ; il peut s’agir d’une personne de la mairie. Il arrive par ailleurs que le CSPS ait des vaccins en surstock car le district envoie des vaccins au CSPS sans commande de ces derniers.

A l’ouverture d’un CSPS, l’Etat donne un kit de démarrage. Plus les CSPS sont rapprochés, plus ils ont du mal à obtenir un équilibre financier du fait qu’ils se partagent la même population et donc un faible niveau de recettes.

Les inventaires du CSPS sont faits chaque fin de mois. Ils sont déposés à la mairie et au DRD.

b. Les contrôles de la chaîne d’approvisionnement des produits sanitaires

Le rôle de la DGPML

La DGPML joue un rôle de régulateur et maintient une vision « financements / produits » via plusieurs types de contrôles :

- + Contrôle pharmaceutique : Homologation des produits (pré-qualification OMS) via une commission qui décide de l’octroi ou pas de l’AMM ;
- + Contrôle douanier : délivrance des autorisations d’importation ;
- + Contrôle qualité post marketing : prélèvements aléatoires au niveau des points de distribution ;
- + Pharmacovigilance : modification des structures et gestion des notifications ;
- + Gestion de l’approvisionnement des stupéfiants (les autres psychotropes sont gérés par la CAMEG) ;
- + Gestion des statistiques des approvisionnements en produits de santé.

Le respect des protocoles de prise en charge de la tuberculose

Le « Green light Committee » de l’OMS fait 2 évaluations annuelles pour vérifier le respect des bonnes pratiques en matière de prise en charge des tuberculoses multi-résistantes. Le résultat de ces évaluations conditionne la poursuite du financement des traitements pour ce type de patients.

Les dates de péremption

Il faut en principe qu’il reste les 2/3 de la durée de vie du médicament pour l’accepter en livraison. Il y a en fait peu de destructions. Les DRD reçoivent régulièrement des produits qui arrivent avec des dates de péremption très rapprochées (3 mois de la date). Cela pose un gros problème en fonction de la région dans laquelle ils sont.

Lors d’une visite, nous avons vu un stock de 3 m³ de différents produits périmés, d’une valeur de 8 000 000 Francs CFA. Les dates de péremption de ces produits commençaient en 2000.

Un suivi des stocks avec alerte en fonction des dates de péremption n’est pas systématiquement mis en place suivant les responsables.

Des contrôles à réception

Les contrôles qualité sont une responsabilité du Laboratoire National de Santé Publique⁹ (LNSP) : ils sont faits en général à la demande de la DGPML, et rentrent dans les coûts de distribution des produits de santé.

La lenteur du contrôle du laboratoire a été citée par un grand nombre de personnes. A leur réception sur le territoire (presque tous les produits de santé sont importés), les marchandises sont mises en quarantaine le temps d’obtenir les résultats du laboratoire. Ce dernier est tellement lent à produire

⁹ Ce laboratoire n’est pas certifié par l’OMS.

les résultats que bien souvent les produits « mis en quarantaine » sont distribués bien avant, notamment parce qu'aussi certains résultats n'arrivent jamais.

Certains prélèvements sont envoyés dans des laboratoires accrédités à l'étranger (par exemple la CHMP à Clermont-Ferrand en France) ; leurs résultats arrivent en général plus rapidement que ceux envoyés au LNSP.

Par ailleurs, pour certains produits qui ne passent pas par la CAMEG, il n'y a pas toujours de contrôle qualité, et il n'y a pas non plus, en ce qui concerne la nourriture, des tests organoleptiques systématiques.

c. La gestion technique des approvisionnements : un sous-équipement général au niveau des Districts et des CSPS

C'est le premier problème soulevé par la pharmacie centrale (DGPML) : les grossistes répartiteurs sont bien équipés alors que les CSPS ne sont pas équipés. En conséquence, la qualité des médicaments n'est pas toujours assurée.

Problème de norme des bâtiments

La DGPML ne dispose elle-même que de 800 m² de superficie de stockage pour tout le pays, avec un transpalette et sans chariot élévateur. Elle doit tout de même se charger de la réception et de la distribution des donations, la gestion de stocks d'urgence, et une partie de la gestion des stocks régionaux. Certaines magasins ne sont pas ventilées, d'autres sont installés dans des anciens laboratoires.

Des stocks très à l'étroit dans les structures centrales et dans les dépôts des Districts

A l'image de Ziniaré (à 40 km au nord Est de Ouagadougou), ces dépôts sont beaucoup trop exigus et mal ventilés. Le stock du district de Ziniaré était entreposé dans 3 locaux de 20 m² chacun, dont l'un semblait ingérable en raison de l'encombrement du fret sur palette (méthode du FIFO impossible à mettre en place, dans de telles conditions). Par ailleurs, la pharmacie du CMA était très encombrée.

Pourtant, leur bonne gestion est essentielle ; le DRD de Ziniaré dessert en effet au minimum la pharmacie d'un CMA et près d'une cinquantaine de pharmacies de CSPS. Cette sous-capacité de stockage rend difficile la mise en place de stock de sécurité. Et donc, les ruptures de stock ne sont pas rares. Un système d'adressage est pratiquement impossible à réaliser, tant il manque de l'espace, ne serait-ce que pour installer des étagères, a fortiori des racks. Il n'y a pas de moyens de manutention (ni diable, ni transpalette a fortiori pas de chariot élévateur).



Stockage dans les entrepôts des CSPS – CMA

(Photos : district de Sindou)

Assurance qualité ; chaîne du froid

La gestion du froid n'est pas toujours bien assurée. Toutefois, les enquêteurs ont pu constater que le stock du DRD de Ziniaré disposait d'un réfrigérateur ; en cas de coupures d'électricité¹⁰, des pains de glace étaient prévus dans la partie congélateur (même s'ils n'étaient pas totalement congelés), prêts à être positionnés dans 4 glacières. Un thermomètre dans le réfrigérateur indiquait la température de 8°C, ce qui reste tout à fait acceptable.

Les réflexes « qualités » à la livraison ne sont pas assurés au niveau des structures gouvernementales (par exemple le contrôle de la température) ; en revanche les réceptions à la CAMEG sont systématiquement contrôlées.

La distribution

Quand les produits ne passent pas par la CAMEG, la distribution est difficile. Dans ce cas, ce sont les structures bénéficiaires qui doivent venir chercher leurs dotations dans la capitale.

Gestion des stocks

Les CMA et CSPS ont un budget insuffisant pour couvrir tous les déplacements de l'année. Ils doivent en général payer l'essence pour le véhicule qui va les réapprovisionner en médicaments. Si au mois de juillet, il n'y a plus de budget, ou que le véhicule est en panne, il y aura automatiquement une rupture de la chaîne. Ce point a un impact sur les DRD et les régions, qui se retrouvent avec un stock plus important, qu'elles n'arrivent pas à écouler.

Certaines structures centrales telles que le CMLS, le PNT ont mentionné le manque de formulaires adaptés pour gérer les stocks : fiches de stocks, relevés d'inventaires...

¹⁰ Plus fréquentes depuis les événements de Côte d'Ivoire, fournisseur du Burkina Faso

Analyse

Au bilan, la qualité des médicaments n'est pas toujours assurée. Beaucoup d'équipements ne sont pas fonctionnels, notamment dans les districts (structures trop exigües, inadaptées) et les structures de santé elles-mêmes ne sont pas suffisamment entretenues, « faute d'argent ».

La plupart de ces insuffisances serait liée au fait que les PTF (Fonds Mondial, Banque Mondiale, Unitaïd ...) se reposent sur le gouvernement pour les fondamentaux des systèmes de santé, notamment sur les infrastructures, dans la mesure où les bailleurs fournissent les produits.

Or dans le contexte de pauvreté du Burkina Faso, beaucoup de patients ne peuvent pas payer les prestations des structures de santé. Par conséquent, celles-ci comptent essentiellement sur les subventions de l'Etat pour fonctionner. Elles vont ainsi prendre en charge seulement les poste de dépenses jugés prioritaires (tels que les salaires du personnel), au détriment des infrastructures.

Il en résulte un manque de cohérence, car il ne sert à rien de fournir des produits de qualité si cette même qualité est altérée par un manque important d'infrastructures en moyens de distribution, en bout de chaîne d'approvisionnement. Tous les efforts faits en qualité en amont de la supply chain seront sans effets si la distribution ne suit pas.

Le contraste est important, entre les moyens dont dispose la CAMEG et ceux dont disposent les structures gouvernementales et un certain nombre d'organisations souhaiterait que la CAMEG gère aussi les stockages gouvernementaux. Ces derniers sont éparpillés par Directions, ou très encombrés.

Les défaillances de la gestion technique, qui concernent bien d'autres pays que le Burkina Faso, ont conduit l'OMS/AFRO à préconiser l'affectation de logisticiens polyvalents, à même de prendre en charge non seulement les facteurs spécifiques des approvisionnements mais aussi les aspects techniques de la chaîne logistique, afin que ces problèmes soient pris en compte notamment au niveau périphérique.

d. Suivi et gestion

Les remontées d'information au niveau des administrations centrales

Elles ne se font pas de manière satisfaisante, pour deux raisons :

- + Un système de gestion de bases de données semble avoir été mis en place au niveau central pour le VIH, mais, il semblerait que le progiciel ne fonctionne plus. Les informations sont collectées via un tableau Excel ;
- + Manque de motivation des agents sur le terrain pour faire remonter les informations vers les structures centrales. Il faut un appui technique plus important des agents sur le terrain et organiser le recueil de données dans les structures de prise en charge (CSPS, CMA).

Les fréquences de communication des besoins sont plus ou moins bien définies et ne se font pas au même moment. Selon la DN par exemple, la fréquence des inventaires des pharmacies et des DRD est différente d'un district à l'autre. Ces inventaires sont trimestriels ou semestriels. Chaque district a sa propre fréquence d'inventaire, et au minimum 2 fois par an¹¹.

¹¹ En effet, au district de Ziniaré que nous avons visité, la détermination des besoins se fait par un calcul de consommation moyenne sur 6 mois. Un inventaire physique se fait tous les mois, mais les structures centrales demandent un inventaire seulement une fois par trimestre.

4. PARTIE III. SYSTEMES FORTS

a. DGPML

Points forts :

- + Assure une coordination des approvisionnements de certains programmes de santé (VIH et paludisme) ;
- + Bonne disponibilité en personnel, notamment les pharmaciens ;
- + Élabore et rédige les textes réglementaires dans le domaine pharmaceutique et veille à leur application ;
- + Met à disposition un guide national des approvisionnements pharmaceutiques.

Points de vigilance :

- + Système d'information logistique insuffisant ;
- + Supervision des pharmaciens dont elle a la tutelle technique ;
- + Coordination (voire implication) des approvisionnements de plusieurs programmes (vaccins, antituberculeux, nutrition, lutte contre les épidémies, etc.).

b. Les autres directions centrales et programmes de santé : DSF, PNT, PNL, DPV, DN, CMLS

Les directions dépendent de la Direction Générale de la Santé, sauf une, le CMLS, qui dépend directement du Cabinet du Ministre, ce qui illustre la priorité fixée à la lutte contre le SIDA et les IST.

Au sein des principales directions d'approvisionnement rencontrées la dotation en personnels impliqués dans la chaîne d'approvisionnement est généralement très peu importante (maximum 4 à 5 personnes) ; cette dotation est d'autant plus minime (1 personne) lorsque l'approvisionnement est pris en charge par une structure partenaire.¹²

Il y a très peu ou pas du tout de moyens propres, et notamment de capacités de stockage : lorsqu'elles existent, les locaux sont très exigus, inadaptés, mal ventilés. Lorsqu'elles n'existent pas, les couloirs des bureaux peuvent servir de lieu de stockage.

Le Comité Ministériel de Lutte contre le Sida (CMLS)

Il a été créé en 2001. Il comprend une section prise en charge médicale, une section prévention et une section épidémiologie.

L'activité approvisionnement était jusqu'à présent fondue dans l'activité globale de la structure. La création d'une unité spécifique vise à renforcer la structure en personnel dédié à la chaîne d'approvisionnement.

Au niveau national, 31 543 patients sont sous ARV et 60 225 patients séropositifs sont suivis dans les formations sanitaires. Les chiffres sont en augmentation car on touche plus de personnes. Il y aurait 110 000 cas selon l'ONUSIDA. La différence vient du fait que des personnes qui se savent atteintes ne veulent pas de prise en charge, d'autres sont prises en charge par des structures privées, d'autres sont séro-ignorantes.

¹² Exemple : l'Unicef pour ce qui est de la DN

Ses principaux partenaires financiers sont :

- + Le FM : achat des ARV et autres produits de la lutte contre le VIH ; soutien aux activités de chaîne d'approvisionnement ;
- + Le PADS : achat des ARV et autres produits de la lutte contre le VIH ;
- + La fondation Clinton (CHAI) : achat des ARV pédiatriques.

Le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT)

Ses principaux partenaires financiers sont :

- + Le budget de l'Etat : 90 millions de FCFA (140 000 €) pour l'achat des antituberculeux ;
- + Le budget du Fonds mondial 126 millions de FCFA (192 000 €) pour l'achat des antituberculeux ;
- + GDF/OMS : pour l'achat des antituberculeux pour les patients multi-résistants.

Le PNT peut être considéré comme un champion en matière de renforcement des capacités des personnels en charge de la gestion des antituberculeux, à travers un plan de formation formel.

La Direction de la Nutrition (DN)

Les produits concernés sont : Lait F100, F115, pâte d'arachide enrichie, antibiotiques, antifongiques (infections buccales) et résomol. En 2010, certains produits ont été fournis comme des vitamines A et du lait infantile. La farine enrichie précuite (l'Unimix) et les biscuits hautement vitaminés (BP5) sont surtout utilisés pour urgences nutritionnelles.

L'UNICEF est son plus important partenaire financier avec un budget de 5 600 000 US\$ en 2011 pour l'achat des produits¹³.

La DN travaille aussi avec d'autres partenaires de type ONG : ACF, comme partenaire sur la gestion des intrants, et HKI¹⁴. Enfin, la DN travaille aussi avec la Banque Mondiale dont le volet approvisionnement représente 45% de son plan d'action annuel (activités approvisionnements et produits nutritionnels) et est géré par le PADS.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

Aujourd'hui, le PNLP traite l'approvisionnement en ACT, en moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée d'action, en tests rapides, en kits de prise en charge du paludisme grave. Ses principaux partenaires financiers sont USAID | Deliver et le FM.

Points forts:

- + Disponibilité de personnel pharmacien dédié à l'approvisionnement en produits de santé ;
- + Personnel assez motivé et stable ;
- + Personnel bénéficiant de formations continues sur la chaîne d'approvisionnement.

Points de vigilance :

- + Stockage morcelé dans plusieurs magasins souvent inappropriés ;
- + Système d'information logistique insuffisant ;
- + Personnel insuffisant pour gérer les stocks au quotidien dans les magasins.

La Direction de la Santé de la Famille (DSF)

¹³ Extrait du plan d'approvisionnement 2011 de l'UNICEF

¹⁴ ONG américaine financée par USAID

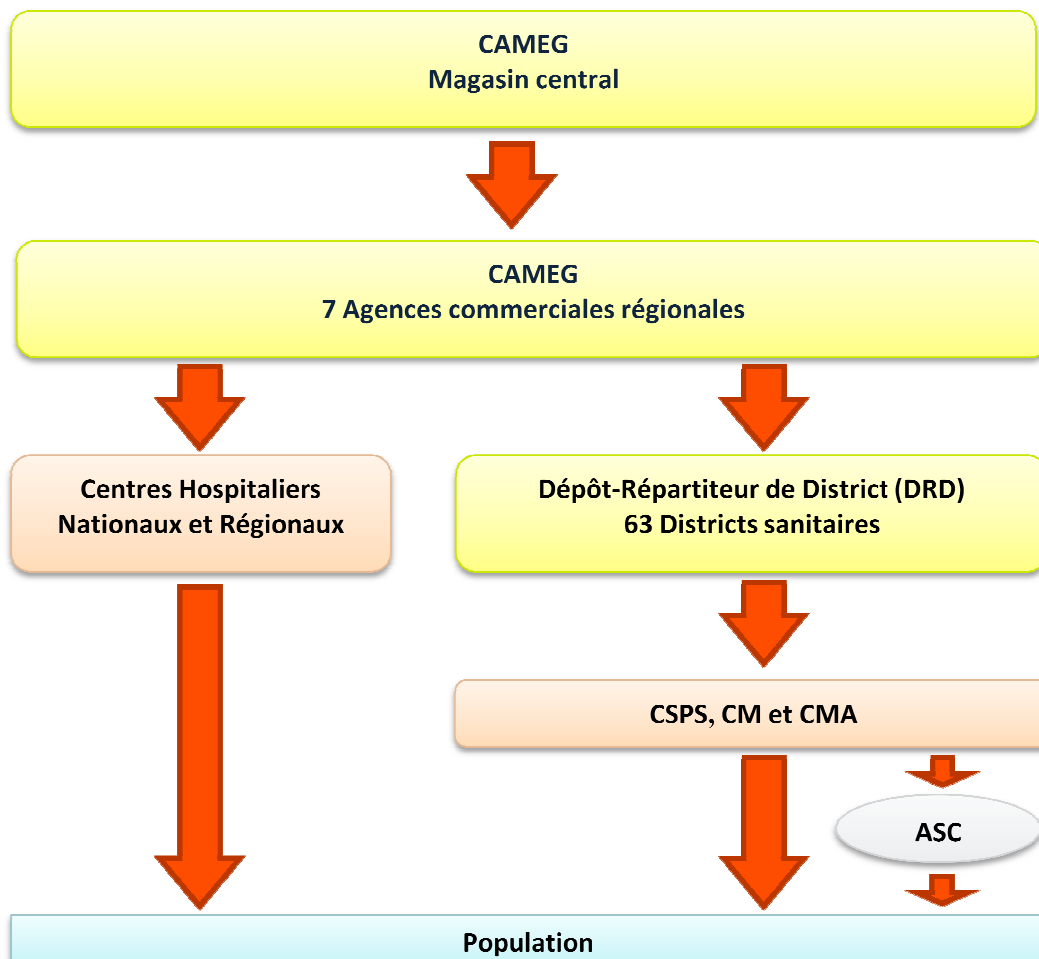
Elle coordonne les programmes de santé de la reproduction. Ses principaux partenaires financiers sont :

- + Le budget de l'Etat : achat de contraceptifs pour 600 000 US\$ et de produits PTME pour 400 000 US\$;
- + USAID : achat de contraceptifs ;
- + UNFPA : achat de contraceptifs ; soutien aux activités liées à la chaîne d'approvisionnement ;
- + Le FM : achat de produits pour la PTME (environ 500 000US\$) ; soutien aux activités liées à la chaîne d'approvisionnement ;
- + La CHAI : achat des ARV pédiatriques, des tests VIH, des réactifs et consommables de PCR pour le diagnostic précoce du VIH chez les enfants ;
- + L'UNICEF : achat de produits PTME pour environ 200 000US\$ en 2010 ;
- + La fondation Bill et Melinda Gates : achat des produits pour la PCIME.

Le programme PF peut être considéré comme un « champion » car il prévoit chaque année la formation continue des agents aux postes de chaîne d'approvisionnement, en logistique contraceptive. Les financements de ces formations sont en général obtenus auprès de le FNUAP.

c. La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux CAMEG

Place de la CAMEG dans les approvisionnements



Budget et marge

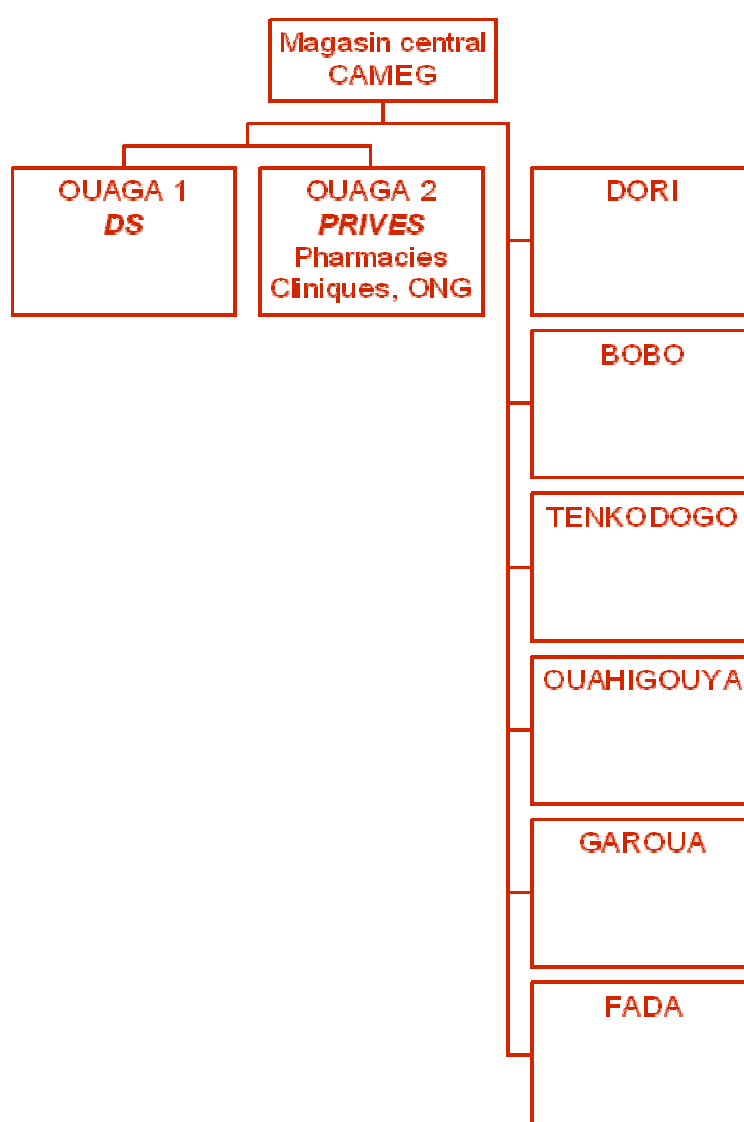
La CAMEG dispose d'un budget de 27 milliards de FCFA (41 millions d'€) et dégage un CA annuel de 1,5 milliard de FCFA (2,3 millions d'€) ce qui représente 5,57 % de marge.

Cette marge se fait sur les frais de stockage dans le magasin central, ainsi que dans les centres distributeurs. Cette marge consolidée est utilisée par la CAMEG pour améliorer ses performances de distribution des produits de santé dans le pays. Le contraste est important avec ce qui se passe au niveau des districts (DRD) : ces derniers dégageraient une marge, mais cette marge est un fonds commun mis à la disposition des structures de santé.¹⁵

Organisation de la CAMEG

La CAMEG existe depuis 1994. Premier importateur des produits de santé au Burkina Faso, elle représente 50% de part de marché des produits de santé et 99% des génériques.

Les huit agences de la CAMEG sont réparties dans le pays. Le magasin central est de 6.000 m².



¹⁵ Il ne semble pas que cette marge soit intégralement réinvestie dans les infrastructures des CMA et des CSPS.

Les 8 sites sont interconnectés afin d’avoir des EDI permanentes sur les états des stocks. Cela a nécessité un investissement de 200 millions de FCFA. C’est la centrale qui livre les districts dans les 24 heures.¹⁶

La CAMEG traite 700 conteneurs par an, principalement en provenance d’Europe, et utilise l’aérien pour les urgences. La CAMEG utilise 2 transitaires. En urgence, la CAMEG est appelée à intervenir en soutien des structures gouvernementales, les hôpitaux notamment. MSF s’approvisionne à la CAMEG. La CAMEG a une quinzaine d’accords différents avec des organisations internationales et ONG¹⁷.

La CAMEG dispose d’une flotte de 50 véhicules de 40T/20T/8T/Pick-up ; l’entretien se fait dans des garages agréés. Certains véhicules sont frigorifiques. Là encore, le contraste est important par rapport aux moyens dont disposent les DRD et les CSPS. D’ailleurs, la CAMEG est souvent sollicitée par les bailleurs de fonds et surtout par le Fonds Mondial dont bien souvent elle se trouve en position de sous-traitant, dans l’organisation d’appels d’offres, de stockage et de distribution pour leur compte.

Point forts :

- + Bonnes capacités en matière d’acquisition, stockage transport et distribution ;
- + Approvisionnement centralisé pour une bonne partie des acteurs du secteur de la santé. Limitation des circuits parallèles ;
- + Bon système d’information interne ;
- + Bon service assurance qualité ;
- + Personnels stables et compétents ;
- + Le statut d’association à but non lucratif¹⁸ ; le statut non lucratif permet l’existence d’un conseil d’administration et un conseil de surveillance, dans lequel on trouve : les Ministères de la Santé, des Finances, du Commerce, les hôpitaux, des représentants des ONG et des organismes internationaux. Le statut permet plus d’efficacité dans les recrutements et des prises de décision plus rapides ;
- + La centrale a sa propre commission de contrôle des marchés, alors qu’ailleurs il s’agit de commissions nationales de marchés publics ;
- + Confiance des fournisseurs : l’autonomie financière de la CAMEG lui permet une facilité de paiement de ses factures, ce qui lui permet de mériter la confiance des fournisseurs. Des missions inter-centrales viennent régulièrement visiter chaque région de la CAMEG.

Point de vigilance :

- + L’approvisionnement s’arrête au niveau de la distribution aux districts ;
- + Le système d’information reste inachevé car il n’intègre pas la consommation réelle qui n’est disponible que dans les districts (points de dispensation) ;
- + Pour les produits dont on ne confie pas l’acquisition mais seulement le stockage et la distribution, les mêmes procédures d’assurance qualité ne sont pas assurées (exemple : les produits achetés par la Fondation Clinton / produits UNICEF, etc., ne bénéficient pas du contrôle qualité avant la mise en circulation et leur consommation).

d. Le niveau DRS

Points positifs :

¹⁶ Par comparaison, au Bénin, la centrale d’achats dispose de la moitié du magasin central de la CAMEG.

¹⁷ Dont MSF et ACF

¹⁸ C’est aussi le cas du Bénin, de Madagascar et du Togo, ailleurs ce sont des Etablissements publics.

- + Pas de problème d'espace de stockage ;
- + Poste du pharmacien dédié à la gestion de la chaîne d'approvisionnement ;
- + Elle possède une vue d'ensemble, (coordonne) les approvisionnements en produits de santé de toute la région ;
- + Disponibilité d'un équipement de froid appréciable.

Points de vigilance :

- + Pas de tableau de bord de suivi des différents produits en stock ;
- + Magasin ne répondant pas toujours aux normes ;
- + Gestion de la logistique insuffisante (maintenance).

Le personnel d'une DRS comprend entre autre :

- + Un pharmacien ;
- + Des médecins ;
- + Un responsable de la maintenance ;
- + Un chef de service administratif et financier.

e. Le CHU SS (Centre hospitalier universitaire Sanou Souro) :

Points forts :

- + Autonomie budgétaire de l'établissement ;
- + Importance donnée à l'approvisionnement pharmaceutique dans l'organigramme ;
- + Existence d'un plan de formation prenant en compte les besoins du personnel en charge de l'approvisionnement ;
- + Bonne dotation en ressources humaines avec des compétences pharmaceutiques ;
- + Bonnes infrastructures et équipements de stockage et de conservation ;
- + Bonne disponibilité des produits.

Points de vigilance :

- + Budget de soutien à l'approvisionnement insuffisant (missions d'approvisionnement, formation continue) ;
- + Dons de produits peu utiles ;
- + Turnover (motivation insuffisante du personnel, pas de plan de carrière) ;
- + Besoins réels en produits peu maîtrisés (diversité des pratiques) ;
- + Système d'information logistique insuffisant (peu informatisé, données de consommation non disponibles en général) ;
- + Les compétences du personnel en matière de gestion sont insuffisantes.

f. Le niveau district et périphérie dans la chaîne d'approvisionnement :

Les enquêteurs ont visité 2 districts sanitaires avec leur structure de distribution (DRD - CSPS – CMA).

DRD

Points positifs :

- + Personnel pharmacien ou PEP pour la gestion des stocks ;
- + Matériel informatique disponible ;
- + Personnel suffisant en règle générale.

Points de vigilance:

- + Espace insuffisant pour le stockage ;

- + Problème de budget, avec rupture en cours d'année ce qui a un impact sur le résultat (déplacements, maintenance du matériel, formation du personnel) ;
- + Gestionnaires absents ou insuffisamment formé, personnel de niveau scolaire 4^{ème} – 3^{ème}. Formation sur le poste et rarement de manière formelle.

Dépôts de CSPS et CMA (points de distributions aux patients)

Équipe d'un CSPS :

- + Infirmier(e)s (dont un chef de poste) pour le dispensaire ;
- + Accoucheuses ou sages-femmes pour la maternité ;
- + Gérant(e)s de dépôt MEG.

Équipe d'un CMA:

- + Des médecins ;
- + Des sages femmes ;
- + Autres paramédicaux ;
- + 1 ou 2 gérant(e)s du dépôt MEG.

Points Positifs:

- + Personnel suffisant en règle générale ;
- + Pas de problème d'espace de stockage CSPS et CMA ;
- + Bonne infrastructure au niveau du district (bureau) ;
- + Matériels spécifiques chaîne du froid disponible (pour les vaccins) ;
- + Il y a en général du courant (électricité secteur ou panneaux solaires).

Points de vigilance :

- + Pas de formation du personnel tenant le stock dans les CMA (niveau 4ème – 3ème). Formation sur le poste et rarement de manière formelle.
- + Difficultés à remplir de nombreux rapports pour une seule voire deux personnes (jusqu'à 17 rapports techniques d'activités dans les Hauts Bassins)
- + Multitudes de rapports techniques mais pas de rapports de gestion
- + Infrastructures fatiguées et mal entretenues au niveau du CMA et CSPS
- + Matériels spécifiques chaîne du froid non disponible pour les autres produits que les vaccins.
- + Problème de budget, avec rupture en cours d'année
- + Les besoins sont mal définis du fait de la faiblesse du système d'information.

5. PARTIE IV. POLITIQUES ET PLANS

L'approvisionnement en produits de santé occupe une place importante dans la gestion de la santé de la population au Burkina Faso. Ainsi, au niveau politique, en plus de la politique sanitaire nationale, une politique pharmaceutique existe et est pilotée par la DGPMML.

Une réflexion est en cours pour introduire dans le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 un plan de revalorisation de la logistique.

6. PARTIE V. DEVELOPPEMENT DU PERSONNEL

a. Généralités

La gestion des ressources humaines du Ministère de la Santé est centralisée à la DRH. Cette direction s'occupe du recrutement, de la formation et de la gestion des carrières des agents de santé. Il n'y a pas de gestion spécifique d'une catégorie professionnelle.

A ce jour, il n'y a pas de plan stratégique de développement des ressources humaines quelle que soit la catégorie professionnelle. Toutefois, pour la première fois, la DRH est en train d'élaborer un plan global 2011-2015 de développement des ressources humaines du Ministère de la Santé.

Pour la gestion du personnel, la DRH utilise les outils suivants :

- + La fiche de notation des agents : elle comporte les directives pour l'évaluation des performances des agents, bases de leur notation. Chaque agent est noté par son supérieur hiérarchique direct une fois par an. Cette note conditionne la progression salariale de l'agent tous les 2 ans ;
- + Les descriptions de poste existent de manière générique pour chaque catégorie professionnelle, mais seules de rares structures telles que le CHU Sanou Douro de Bobo-Dioulasso ont élaboré des fiches de poste spécifiques à leur service ;
- + Le plan de développement du personnel : il n'est pas bien défini. Il existe seulement des normes en personnel pour les formations sanitaires. La DRH compile chaque année les besoins des structures du ministère. C'est à partir de ces besoins que le nouveau personnel est recruté ;
- + L'organisation de concours professionnels pour des formations diplômantes au profit des agents de santé ;
- + La décoration des agents méritant, qui a aussi un effet sur leur salaire.

La supervision des agents est organisée par les différents programmes de santé, en cascade. Les directions centrales supervisent les agents du niveau intermédiaire qui eux, supervisent les agents des districts. Au sein des districts, l'ECD supervise les agents des formations sanitaires (CMA et CSPS).

Les manuels de procédure de gestion sont rares, développés seulement par quelques établissements de santé tels que le CNTS.

Il n'existe pas encore de système de validation des compétences ni de système de prime directe des agents. Toutefois ce dernier est envisagé avec l'introduction en cours du « financement basé sur les résultats ».

b. Les pharmaciens

Les pharmaciens gèrent la chaîne d'approvisionnement en produits de santé. Ils sont assistés en cela par des préparateurs d'Etat en pharmacie. Les actes officiels qu'ils signent doivent être endossés par les premiers responsables des structures où ils travaillent. Enfin, pour l'exécution des actes ayant une conséquence financière, le recours au responsable financier de la structure est nécessaire.

Il n'y a pas de système de qualification ou de certification requis ni pour ce personnel, ni pour d'autres personnels éventuellement utilisés aux postes de gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le tableau suivant donne une description des postes en charge de l'approvisionnement.

Tableau V: Description des postes de la chaîne d’approvisionnement en produits de santé

STRUCTURES CENTRALES	
Poste de chaîne d’approvisionnement	Description
Direction des approvisionnements de la DGPML	2 pharmaciens, 3 préparateurs, 2 magasiniers, 1 manutentionnaire et 1 chauffeur.
CAMEG	Tout le personnel.
Responsable approvisionnement du CMLS	1 pharmacien, 1 gestionnaire de stock, chargés de l’approvisionnement national en ARV et autres produits de la lutte contre le VIH/sida. <i>« Il me faudrait idéalement 2 ou 3 médecins + autant de pharmaciens pour prendre en charge quelques 90 structures dans le pays ».</i>
Responsable approvisionnement du PNT	1 pharmacien, 1 préparateur en pharmacie, 1 Manutentionnaire, 1 Magasinier, chargés de l’approvisionnement national en antituberculeux et produits connexes (autres médicaments, réactifs, consommables).
Responsable approvisionnement de la DN	1 pharmacien seul, en charge de l’approvisionnement en produits de nutrition. Il est appuyé par le personnel de l’Unicef dans ses tâches. L’Unicef joue aussi le rôle de bailleur de fonds et de fournisseur. Que se passerait-il si l’Unicef se désengageait ?
Responsable approvisionnement du PNL	1 pharmacien seul, chargé de l’approvisionnement antipaludéen et autres produits de la lutte contre le paludisme. Pas de capacité de stockage en propre au niveau PNL. Appui technique de l’OMS, UNICEF, DGPML, Deliver...
Responsable approvisionnement de la DPV	1 pharmacien, 1 magasinier, 1 manutentionnaire, chargés d’approvisionner le circuit public du pays en vaccins. Les vaccins sont conservés dans le magasin de la DPV et distribués aux DRS. Bonne capacité de stockage à ce niveau.
Responsables approvisionnement de la DSF	2 pharmaciens, en charge de l’approvisionnement en produits de la santé de la reproduction : contraceptifs ; ARV, tests et consommables pour la PTME ; 1 ^{er} stock pour la PCIME communautaire. A noter que les autres produits de la santé et de la reproduction (produits de la consultation pré natale, des accouchements et des SONU) sont directement acquis par les structures opérationnelles et bénéficient de mécanismes de subvention par l’Etat et ses partenaires. Les produits sont stockés à la CAMEG et une petite quantité à la DSF, qui a une capacité de stockage très limitée.
Responsables approvisionnement de la DLM	1 pharmacien, 1 préparatrice d’Etat en pharmacie. Ils sont responsables de l’acquisition et du pré-positionnement des stocks de médicaments et consommables pour la lutte contre les épidémies. Les produits sont stockés à la DLM qui a une capacité de stockage limitée et inappropriée.
Chef de département pharmacie des CHU	3 CHU ; 2 à 3 pharmaciens/CHU + plusieurs préparateurs d’Etat en pharmacie + magasiniers + manutentionnaires. Ils s’occupent de tous les maillons de la chaîne d’approvisionnement, de la quantification/budgétisation à la dispensation aux malades. Bonnes capacités de stockage et de conservation.
Directeur de la coordination des activités techniques du CNTS	1 pharmacien, 1 technicien de maintenance, 2 magasiniers. En charge de la maintenance de l’équipement médico-technique et de l’approvisionnement en réactifs, consommables et matériel technique pour la transfusion sanguine.

STRUCTURES INTERMEDIAIRE ET PERIPHERIQUE	
Poste de chaîne d'approvisionnement	Description
Chef de service pharmacie des DRS	1 pharmacien + 1 ou 2 PEP. Ils s'approvisionnent au niveau des structures centrales, gèrent le magasin de produits de santé de la DRS et distribuent vers les districts de la région. Manque de compétence lié au manque de formation. Certains pharmaciens gèrent jusqu'à 3 à 4 pharmacies ; problèmes de management. Niveau de professionnalisation général : 5 à 6 sur 10.
Chef de service pharmacie des CHR	9 CHR ; 1 pharmacien/CHR + des préparateurs en pharmacie + magasiniers + manutentionnaires. Ils s'occupent de tous les maillons de la chaîne d'approvisionnement de la quantification/budgétisation à la dispensation aux malades. Bonnes capacités de stockage et de conservation.
Responsable DRD	1 pharmacien ou 1 PEP : il s'occupe de l'ensemble de l'approvisionnement et de la gestion de stock du district. Il supervise les agents des dépôts du CMA et des CSPS de l'aire du district. Un gérant de dépôt parfois.
Gérant de dépôt de CMA	Gérants de dépôts : fonction dédiée logistique-vente, sans forcément une formation médicale. 2 gérantes et une caissière pour la gestion de stock. Autres fonctions présentes : médecins, préparateurs d'état en pharmacie dont certains ont reçu une formation supply, attachés de santé, infirmiers, techniciens biomédicaux.
Gérant de dépôt de CSPS	1 à 2 gérants : les personnels ne sont pas spécialisés : souvent les agents ne sont pas formés ; les recrutements se font via la mairie du village.

A ce personnel, il faut ajouter les ressources humaines de la CAMEG et des PTF qui appuient l'approvisionnement. Le tableau suivant donne une estimation des effectifs des postes de chaîne d'approvisionnement par catégorie professionnelle.

Tableau VI : Effectif estimé des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement

Profession	Effectif
Pharmacien	180
Préparateur d'Etat en Pharmacie	155
Médecin-Chef de District	63
Responsable financier	63
Gérant dépôt MEG	2000
Magasiniers/manutentionnaires	100
Paramédicaux (infirmiers et sages-femmes qui gèrent des produits spécifiques dans les formations sanitaires)	5000
Comités de Gestion des dépôts de MEG	1500
TOTAL	9061

c. Le niveau central

Au niveau du Ministère de la Santé, les postes en charge de la gestion de la chaîne d'approvisionnement sont décrits dans la figure suivante.

Institut Bioforce Développement – Enquête Burkina Faso – mars 2011

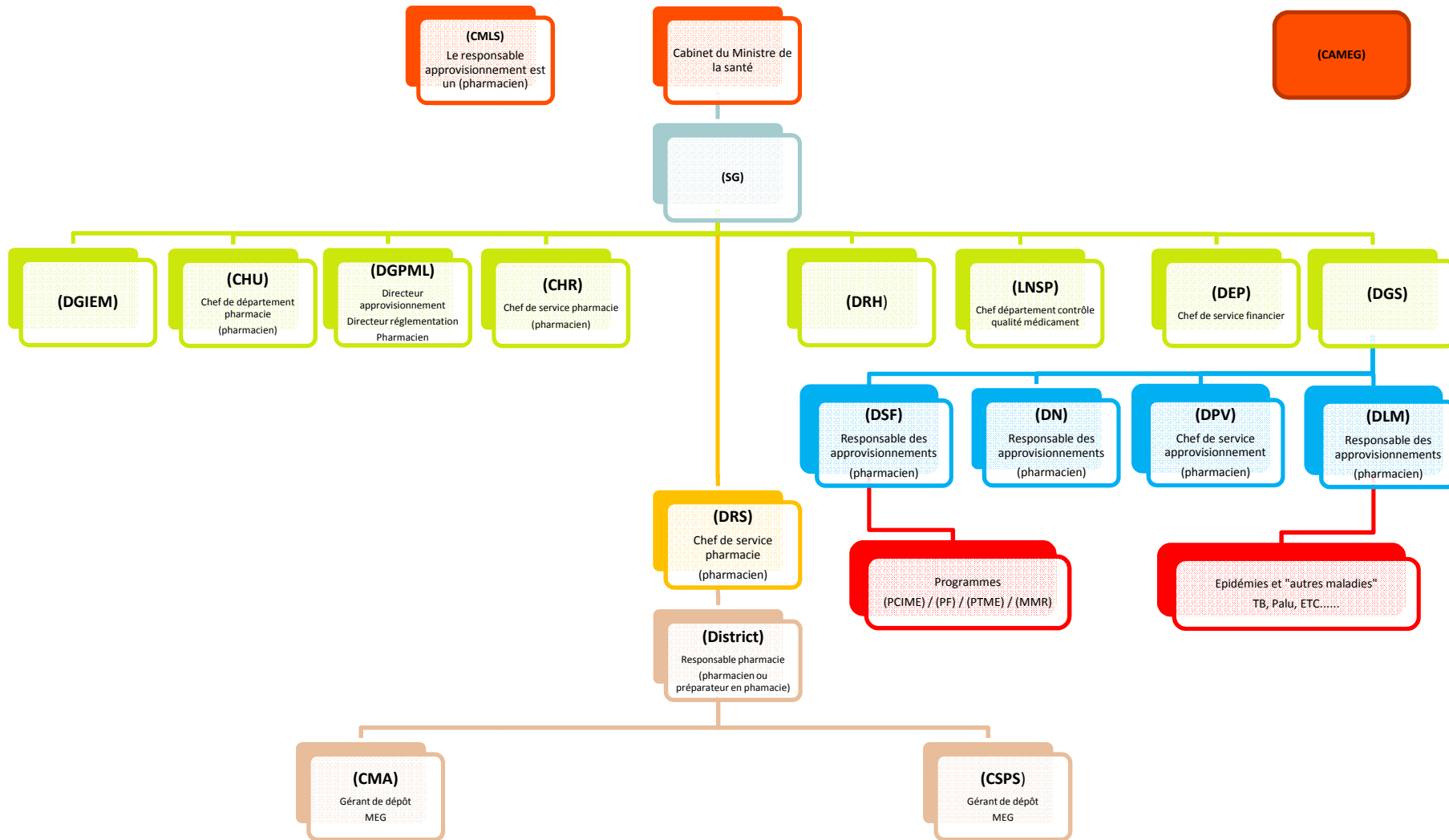


Figure n°3 : organigramme du personnel en charge de la gestion de la chaîne d'approvisionnement de santé publique

d. Le niveau d'expertise en chaîne d'approvisionnement des Personnels

Selon le Chargé de Mission auprès de l'ACAME, les compétences en approvisionnement des produits de santé au niveau central sont élevées. Les problèmes liés aux ressources humaines relèvent plus de difficultés liées à la gouvernance de cette activité, et de difficultés liées à un manque de formations dédiées.

Par ailleurs, d'une manière générale, toutes les directions de l'approvisionnement préfèrent que ce soit le personnel médical qui soit formé plutôt que des logisticiens purs. Il n'est pas possible que ce soit un autre profil qu'un pharmacien qui gère une pharmacie. L'apport d'un logisticien aux pharmaciens n'est pas reconnu.

e. Les formations de base

Elles sont assurées par l'UFR SDS pour les pharmaciens et par l'ENSP pour les PEP.

Tableau VII : formation de base des personnels spécialisés en chaîne d'approvisionnement

Poste de chaîne d'approvisionnement	Formation initiale	Formation complémentaire
Responsable approvisionnement niveau central	Gestion de stock ; pharmacie	Ex : formation de recyclage pharmacie tous les 2 ans. Ex : 10 jours avec Deliver : assurance qualité, suivi évaluation, élaboration des indicateurs de suivi de consommation.
Responsable approvisionnement de district	Préparateur en pharmacie	Cours approvisionnement inclus dans sa formation de base correspondant à 10% du temps de sa formation de base.
Gérant de DRD	enseignement général	Pas de formation complémentaire
Gérant de dépôt MEG de CMA ou de CSPS	Enseignement général	Niveau d'étude insuffisant : niveau BEPC pour gérant voire niveau 4 ^{ème} et à ce niveau il est difficile de trouver quelqu'un dans le village.

Les professionnels de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé sont les pharmaciens et les préparateurs d'État en pharmacie. Cette responsabilité leur est confiée sur les plans législatifs et réglementaires. Sont également concernés, les professionnels de l'administration et des finances qui gèrent la logistique et les produits autres que les produits de santé. Ils sont assistés à certains endroits par du personnel non professionnel pour occuper les postes de magasinier et de gérant.

Les pharmaciens sont formés actuellement à l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences De la Santé (UFR SDS) au sein de l'université de Ouagadougou. Ils reçoivent un cours théorique de 20h en gestion (finances et stock) et surtout un stage de 3 mois en entreprise (officine et grossiste pharmaceutiques).

Les Préparateurs d'État en pharmacie sont formés à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) à l'image des pharmaciens mais pour un niveau inférieur. Il faut noter cependant que l'ENSP donne des notions de gestion des ressources humaines et matérielles à tous les paramédicaux qu'elle forme, à travers un cours de management des services de santé.

Les professionnels de l'administration et des finances sont formés à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM).

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

Tout ce personnel chargé de la gestion des produits de santé reçoit ainsi une formation initiale insuffisante en gestion de la logistique de santé.

7. PARTIE VI. EFFICACITE DU PERSONNEL

a. Gratifications, primes, salaires

Les personnes qui sont embauchées par le ministère restent en moyenne 3 à 5 ans sur le poste. Ils le quittent en général pour monter à un échelon supérieur de l'organigramme ou bien ils partent de la fonction publique pour le privé (cela concerne surtout les pharmaciens).

Un système de médailles et de reconnaissance du mérite en plus de la note d'évaluation est possible. Il n'y a pas de prime pécuniaire directe. Toutefois la note d'évaluation attribuée à chaque agent chaque année a une répercussion directe sur son salaire (cf. supra). Les outils concernant le suivi du personnel existent, mais ils ne sont pas forcément exploités correctement.

A l'exception de la CAMEG, il n'y a aucune gratification ou prime au personnel gouvernemental, excepté de rares déplacements pour participation à des congrès ou colloques.

Par contre, selon le PNT, même s'il n'y a pas de grilles « RH », il y aurait ici ou là des supervisions avec contacts terrains, suivis et mises à niveau. Toujours selon le PNT, 80 à 90% des problèmes RH sont résolus localement. Selon le PNLP, les supervisions ne sont pas axées sur les performances du personnel. Il s'agit plus de relationnel entre les personnes que de performances car il n'y a pas d'évolution de carrière. (Même si l'OMS prône la mise en place de contrats de performance).

La CAMEG a mis en place un système de primes, entre autres, pour « fixer les gens ». En conséquence, le turnover des personnels n'est pas très important. « *Nous n'avons pas le phénomène d'aspiration vers le privé car nous payons correctement notre personnel.* »

b. Le turnover des personnels travaillant à l'approvisionnement des produits de santé

Le constat est général : le Turnover des personnels est très important : les agents préfèrent rester dans les grands centres de santé car ces derniers sont dans des environnements urbains. Au niveau local et régional, (zones rurales) au bout de 2 à 3 ans, les agents demandent à partir. Cependant, changer de région au Burkina Faso est difficile, et se produit uniquement si un poste se libère dans la région demandée.

Les infirmiers qui restent au contact avec les malades, ont tendance à rester plus longtemps. Au sein des CSPS, plus les diplômes sont élevés, moins les jeunes restent au village. Pas de gratification, pas de motivation, les salaires sont inférieurs à 100.000 FCFA par mois.

Plus les agents sont qualifiés plus ils se tournent vers les ONG et les organisations internationales. Les salaires vont du simple au double entre les agents de l'Etat et les ONG.

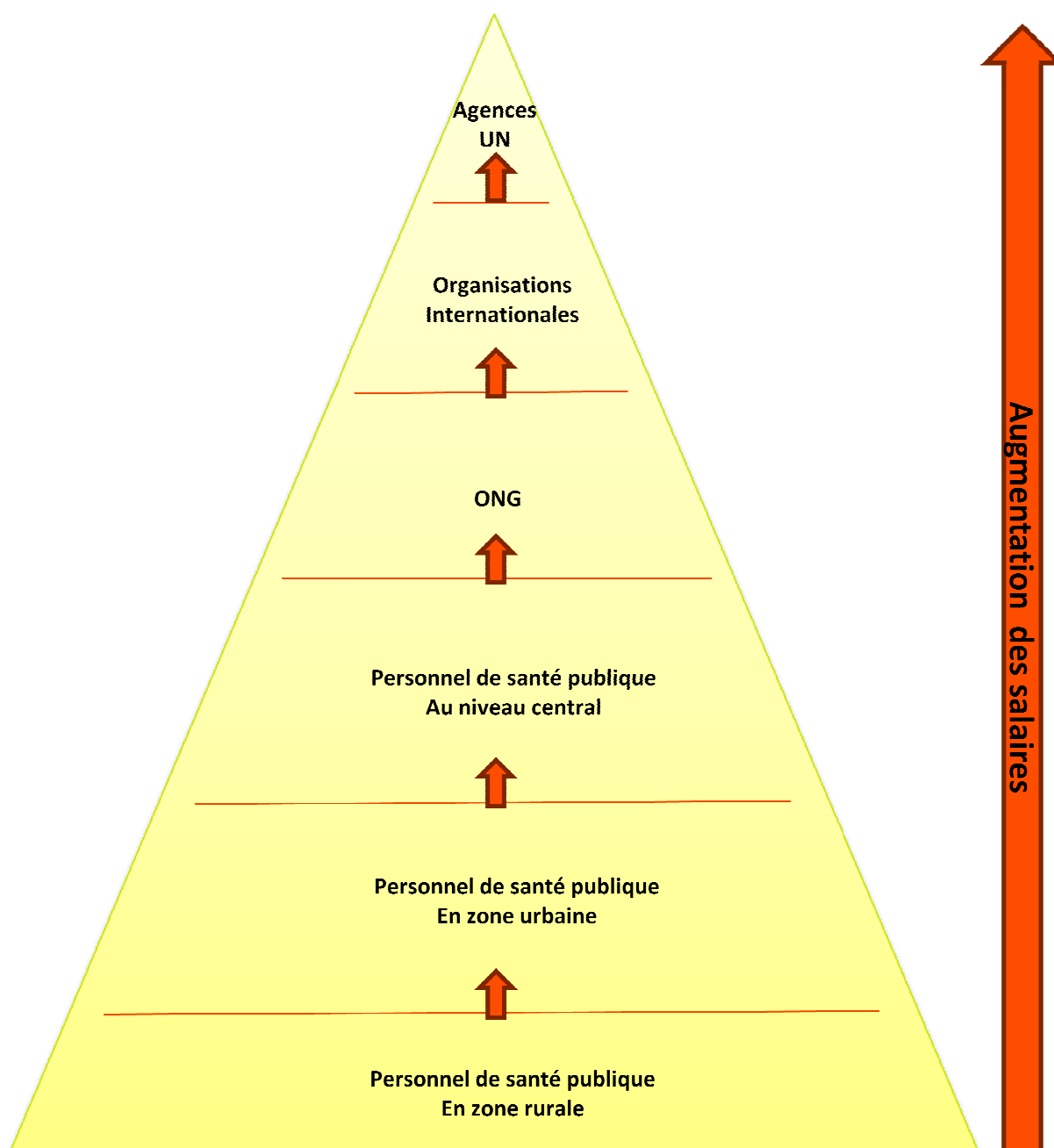


Figure 4 : pyramide du mouvement des personnels de la chaîne d'approvisionnement de santé publique

Ce schéma illustre le turnover des personnels de santé dans les zones rurales : la plupart de ces personnels souhaitent aller en zone urbaine car la vie quotidienne y est plus facile, même si les autorités ont mis en place un système d'indemnités pour inciter les gens à rester travailler en zone rurale. Un fois installées en villes, ces personnes ont plus d'opportunités pour travailler dans des structures centrales. Puis, attirées par les salaires des ONG, elles partent fréquemment travailler pour ces dernières ; dès qu'une opportunité se présente elles rejoignent les organisations internationales. Plus on monte vers le sommet de la pyramide, moins le turnover est important.

En conséquence, les structures gouvernementales forment des personnels qui n'ont souvent pas d'expérience et d'expertises, et qui migrent hors de la fonction publique, créant un besoin constant en formation car le turnover est important au bas de l'échelle.

8. PARTIE VII. EFFORTS DE PROFESSIONNALISATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE

a. Dans le secteur privé

Il existe quelques formations initiales aux métiers de la logistique. Elles ne sont pas spécifiques au secteur de la santé. Nous avons répertorié 4 diplômes délivrés par des institutions de formation privées :

- + Un BTS transport logistique délivré par HETEC et « ESOMA formation » ;
- + Une Licence pro en transport délivrée par l'Institut Colbert ;
- + Une Licence pro transit-transport-logistique délivrée par AUF ;
- + Un Certificat de transit et déclarant en douane délivré par l'école de formation de la chambre de commerce et par EFTTDD.

b. Les Formations continues

L'UFR SDS, en collaboration avec la DGPML, a voulu rattraper partiellement l'insuffisance de formation des pharmaciens en logistique en créant, à compter de l'année académique 2010-2011, un cours de formation continue dénommé « DIU gestion des approvisionnements pharmaceutiques dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme en Afrique sub-saharienne ». Ce cours annuel, d'une durée de 1 mois, est ouvert seulement aux pharmaciens. Le DIU porte sur tout le système d'approvisionnement des produits de santé. Intégration de la réglementation pharmaceutique dans la stratégie de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme qui sont les maladies prioritaires des bailleurs de fonds. Lutte contre la contrefaçon, pharmacovigilance, inspection, bonnes pratiques de distribution et la dispensation.

Le cycle de gestion des approvisionnements porte sur les sujets suivants : pré-qualification couple produit/fournisseur, quantification, acquisition, qualité, assurance qualité, vigilance, système d'information et de gestion logistique, gestion de stock.

Cette formation est dispensée par des anciens de la faculté d'Ouagadougou, des enseignants de la faculté de Clermont- Ferrand, des formateurs de la CHMP, des experts de Genève (Fonds Mondial, Banque Mondiale etc.). Elle a eu un grand succès : 40 participants de 12 pays représentés de l'Afrique de l'ouest et du centre.

Coût de la formation : 1.400.000 FCFA pour un burkinabé (donc sans transport avion), incluant hébergement, restaurant, per diem (10.000 FCFA/Jour), frais universitaires. Le DIU a bénéficié de l'appui de l'OMS, l'UNICEF, ESTHER, l'ONUSIDA.

Le projet USAID|DELIVER organise des formations continues régulièrement. Ainsi, en 2010, une formation courte (5 jours) sur la quantification des produits de la lutte contre le paludisme a été donnée au personnel de la chaîne d'approvisionnement. Elle ne donne pas droit à une certification.

Enfin, l'Institut Bioforce Développement spécialisé dans la logistique de santé a également institué en 2010 une formation courte (6 jours) en chaîne d'approvisionnement des produits de santé essentiels, en partenariat avec le projet USAID|DELIVER. Celle-ci donne droit à une attestation à la fin du cours.

En dehors de ces formations qui existent au niveau national, la formation continue est réalisée essentiellement sur le terrain par les administrations elles-mêmes aux différents échelons de l'organigramme. En général, elle n'est pas confiée aux écoles de formation. De ce fait, elle se caractérise par :

Une qualité de formation pas toujours au rendez-vous

Trop souvent, « les formations continues comblent des lacunes de base ». Pas de certification ni d'attestation de participation : il n'y a donc pas de gratification ni de prime. « *Il faut se mettre d'accord sur les problèmes et sur qui fait quoi. Les responsabilités sont diluées par une multiplication beaucoup trop importante des acteurs ; on multiplie des formations non certifiées dont les contenus sont discutables, et les participants viennent surtout pour toucher leurs per diem* », a déclaré le conseiller technique de l'ACAME. Ces formations sont dispensées par des enseignants qui ne sont pas toujours compétents pour cela.

De grosses lacunes au niveau des districts et CSPS

Comme d'une manière générale il n'existe pas de plans de formation, il n'y pas de formations complémentaires.

Au niveau central, également des lacunes

PNLP : absence de formations spécifiques ; Il existe un document stratégique 2006 / 2010 Mais pas de plan de développement des RH et pas de validation des compétences. Les grilles de supervision sont élaborées en fonction du moment mais ne sont pas validées dans la durée.

CMLS : problèmes de formation pour la gestion des ARV, notamment sur les techniques de calculs de quantification. Il n'y a pas de formation sur les outils de gestion des ARV. La formation qui existe est celle qui consiste à former le nouveau collaborateur par le prédécesseur. « *Si nous avons des gens sérieux et motivés, leur motivation diminue avec le temps. On n'appuie pas assez les structures opérationnelles* ».

PNT : Il a des activités de soutien à la chaîne de froid : le Fonds Mondial permet de réunir tous les 2 ans les pharmaciens régionaux pour des formations en gestion spécifique des produits de la lutte contre la tuberculose (y compris les réactifs), sur 3 jours. Les formateurs sont des professionnels des structures centrales et hôpitaux de Bobo ou Ouagadougou.

Budget formation pour les médecins : 28,6 millions de FCFA, pour les techniciens : 21,4 millions de FCFA, pour les pharmaciens et les infirmiers : 5 millions de FCFA.

Il existe aussi une formation à Cotonou sur la gestion des antituberculeux, sur un mois et une formation à Kigali sur la gestion des malades multirisques sur 1 semaine.

CAMEG : alloue un budget de formation modeste pour les cadres et autres agents, via des séminaires au niveau national, mais aussi à l'étranger comme cela a été le cas pour des informaticiens formés sur des logiciels particuliers ou des chargés de communication formés sur les sites web.

Le personnel est recruté sur un certain niveau puis formé sur le tas car il n'existe pas réellement de formations en approvisionnement. C'est ainsi que les pharmaciens recrutés à la CAMEG sont formés sur les outils de gestion, les bonnes pratiques de stockage et de distribution, comment mener un appel d'offres, les techniques de pré-qualification etc.

Formations dans le cadre de l'ACAME : intervention sur des séminaires internationaux. Accueil de personnes qui travaillent dans des pays de la sous-région, qui sont en immersion au sein de la structure durant une semaine : Guinée, Madagascar, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal, Tchad. Ces personnes sont souvent des gestionnaires d'approvisionnement, de la logistique et de la comptabilité. Financements dans le cadre de l'ACAME via la Coopération française et l'UE.

RECOMMANDATIONS

L'importance de la logistique est de plus en plus reconnue, tant pour son impact direct sur les systèmes de santé qu'en raison de son impact négatif sur les spécialistes de santé, médecins, sages-femmes, et infirmier et sur leur capacité à assurer les soins.

Cette enquête fait apparaître des causes structurelles, dont la plupart ne sont pas propres au pays considéré, qui se traduisent par une réduction de la performance du système de santé, notamment :

- + La complexité des chaînes d'approvisionnement ;
- + La confusion des compétences relatives à la pharmacie et à la logistique ;
- + Des insuffisances de gestion qui entraînent des investissements insuffisants ;
- + Une représentation insuffisante de logisticiens dans le corps des professionnels de santé.

Les recommandations portent sur quatre volets.

Volet stratégique

- + Désignation de la DGPML comme organisme chargé de coordonner, en lien avec la CAMEG, l'ensemble des politiques liées aux approvisionnements des produits de santé concernant le Burkina Faso.
- + Relire et faire évoluer le plan national d'approvisionnement en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie globale et pluriannuelle de renforcement de la chaîne d'approvisionnement :
 - + Pluri-ministères (Finance, Fonction Publique)
 - + Volet d'optimisation organisationnelle
 - + Volet ressources humaines (RH)
- + Disséminer le plan directeur opérationnel et les outils auprès du personnel responsable de leur mise en œuvre et de leur application.

Volet plaidoyer

Au niveau du gouvernement, en lien avec les instances régionales (OMS/AFRO, OOAS) et en bilatéral avec des pays voisins (Sénégal, Mali, Bénin, etc.) :

- + Développer le plaidoyer spécifique à l'endroit des décideurs et des donateurs pour la mise œuvre d'une politique de RH intégrant la fonction ou le métier de logisticien
- + Mobiliser des ressources (nationales et internationales) ;
- + Identifier clairement un « champion » de la gestion des approvisionnements.

Volet organisation :

Au niveau central :

- + Coordination / supervision de l'ensemble des approvisionnements en produits de santé.

Aux niveaux régionaux et périphériques :

- + Mise en place de mesures de coordination et d'harmonisation du système d'information et de gestion de l'approvisionnement des produits de santé : identifier les indicateurs d'évaluation et de suivi de la chaîne d'approvisionnement des structures impliquées, notamment au niveau des districts ;
- + Mise en place de mesures de coordination et d'harmonisation de l'approvisionnement des matériels et équipements nécessaires aux activités de santé (équipements médico techniques, équipements techniques tels qu'énergie, chaîne du froid, véhicules, informatique, etc.) ;
- + Déconcentrer/décentraliser des activités avec un transfert de pouvoir et de moyens ;

- + Etablir à tous les niveaux des instances de coordination des personnes impliquées dans la chaîne d'approvisionnement ;
- + Renforcer l'assurance qualité des produits de santé à tous les niveaux ;
- + En s'appuyant sur le résultat des séminaires de consensus organisés sous l'égide de l'OMS/AFRO, établir un référentiel matriciel de compétences permettant de mettre en perspective les compétences à détenir en fonction des responsabilités fonctionnelles au sein de la chaîne d'approvisionnement, en valorisant l'importance de la fonction de logisticien ;
- + Mettre en place sans délai un programme limité de renforcement de la logistique au niveau de un ou plusieurs districts, comprenant la DRS concernée, avec notamment un objectif de validation des outils et de recueil de données pour le plaidoyer (chiffrer les gains et les pertes afférents à la gestion des approvisionnements, selon qu'elle soit ou non efficiente ; y compris l'accroissement de la disponibilité des médecins, infirmiers, pharmaciens, sages femmes pour les soins de santé) ; y compris l'amélioration de la disponibilité des équipements techniques (véhicules, énergie, infrastructures) et médico-techniques. Importance du volet RH. ;
- + Envisager la sous-traitance en cas de nécessité et en assurer le suivi.

Volet ressources humaines

Elaboration d'une stratégie RH dans une approche systémique : à travers les programmes de santé publiques (nationaux et internationaux) et dans une échelle de temps longue (celle de la carrière d'un gestionnaire des approvisionnements). Un maître mot : polyvalence, surtout pour les fonctions périphériques.

Une stratégie RH qui porte sur 2 axes :

- + Les personnels de santé en charge de fonctions logistiques ;
- + La création d'un corps professionnel de logisticiens de santé pour appuyer les pharmaciens gestionnaires. Evolution des Préparateurs d'Etat en Pharmacie en cadres logisticiens.

Une stratégie RH qui prévoit l'intégration dans la profession des fonctions logistiques (y compris les formations de base), articulées sur 2 domaines d'action :

- + Les mesures de carrière : reconnaissance, motivation, perspectives, gestion RH ;
- + Les formations (continues, pré-service) :
 - + Prévoir les formations spécifiques existantes dans les budgets annuels ;
 - + Développer avec les partenaires techniques et financiers des formations spécifiques, notamment au niveau des cadres intermédiaires, portant sur les compétences identifiées dans le référentiel ci-dessus ;
 - + Budgéter la participation des cadres de santé et inclure dans les proposaux soumis aux financeurs internationaux la participation à ces actions de formation.

Une stratégie RH qui comprend la mise en place de réseaux pour les personnes impliquées dans la gestion des approvisionnements.

ANNEXE

1. FICHE D'INFORMATION SUR L'ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE (ENSP)

L'ENSP a pour principales missions :

- + La formation de base du personnel de santé non médecin ;
- + La formation des infirmiers spécialistes ;
- + Les formations de courte durée du personnel de santé.

Organisation générale :

L'ENSP est placée sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et sous la tutelle financière du Ministère des Finances.

L'organigramme de l'ENSP se compose comme suit :

- + **Le Conseil d'Administration (CA)** : c'est l'organe suprême chargé de la gestion de l'institution.
- + **La Direction Générale** : c'est l'organe qui dirige et coordonne toutes les activités de l'établissement.
- + **Les Directions Centrales qui sont composées de :**
 - + **La Direction des Etudes et Stages** qui coordonne toutes les activités pédagogiques de toute l'institution.
 - + **La Direction de l'Administration et des Finances** qui s'occupe des questions relatives à l'administration et aux finances.
 - + **L'Agence Comptable** qui assure la comptabilité de l'institution.
- + **Les Directions Régionales :**
 - + **Un Centre de Formation en Développement Socio-sanitaire (CFDS)** qui est chargé de la formation des élèves et étudiants et de la formation de courte durée du personnel de santé.
 - + **Six Directions Régionales** qui sont chargées de la formation des élèves et des étudiants :
 - + **Ouagadougou**
 - + **Bobo-Dioulasso**
 - + **Koudougou**
 - + **Ouahigouya**
 - + **Fada N'gourma**
 - + **Tenkodogo**

Ressources humaines de l'ENSP :

Le personnel de l'ENSP est composé de :

- + Personnel enseignant permanent,
- + Personnel administratif et financier,
- + Personnel de soutien,
- + A côté du personnel enseignant permanent, interviennent les enseignants vacataires venant de l'Université, du Ministère de la Santé et d'autres ministères.

Méthode d'enseignement :

Les méthodes d'enseignement privilégiées sont les méthodes actives.

Les activités pédagogiques sont les suivantes :

- + Les cours théoriques,
- + Les stages dans les formations sanitaires urbaines rurales,
- + Les travaux en laboratoire,
- + Les séminaires et ateliers.

Les diplômes délivrés à l'ENSP sont des diplômes d'État. Toutes les formations spécialisées et celles des Administrateurs des hôpitaux et des services de santé sont sanctionnées par un mémoire (voir tableau ci-dessous).

Tableau VI : Les filières de formation à l'ENSP

PROFILS / FORMATIONS		CRITERES				
		Diplômes Exigés	Durée de la formation	Coût / An Nationaux	Coût / An Étrangers	Lieu de formation
FORMATION DE BASE	Garçons et Filles de salle	CEPE ou équivalent	9 mois			Tenkodogo
	Agents Itinérants de santé	Certificat d'études Primaires Élémentaires (CEPE) ou équivalent	2 ans			Bobo-Dioulasso – Koudougou - Ouahigouya
	Accoucheuses Auxiliaires	Brevet d'Études du Premier Cycle (BEPC) ou équivalent	2 ans	251 714 Frs	377 571 Frs	Koudougou – Fada N'gourma - Tenkodogo
	Infirmiers / ères Brevetés					Ouagadougou – Bobo Dioulasso – Ouahigouya
	Accoucheuses Brevetées	BEPC ou équivalent + attestation de la classe Terminale	3 ans	700 649 Frs	1 050 973 Frs	Ouagadougou – Bobo Dioulasso
	Infirmiers / ères d'État					
	Sages-femmes					
	Maïeuticiens d'État	BAC	3 ans	399 795 Frs	599 692 Frs	Ouagadougou
	Préparateurs d'État en Pharmacie					
	Manipulateurs d'État en Électroradiologie Médicale					
	Technologistes Biomédicaux					
	Techniciens d'État du Génie Sanitaire	BEPC ou équivalent	2 ans	251 714 Frs	377 571 Frs	
	Gestionnaires des Hôpitaux					
	Adjoints des cadres Hospitaliers	Maitrise ou License ou équivalent	3 ans	799 795 Frs	1 199 693 Frs	
	Administrateurs des Hôpitaux et services de santé					
	Anesthésie – Réanimation	Diplôme d'infirmier d'État ou sage-femme et maïeuticien d'État	2 ans	677 439 Frs	1 016 158 Frs	Ouagadougou – Bobo Dioulasso
	Chirurgie			602 458 Frs	903 687 Frs	Ouagadougou
	Odontostomatologie			974 779 Frs	1 463 168 Frs	
	Ophthalmologie			682 832 Frs	1 024 248 Frs	
	ORL			827 063 Frs	1 240 595 Frs	
Santé Mentale	854 708 Frs			1 282 062 Frs		
Section d'études supérieure en soins infirmiers et Obstétricaux (SESSIO)	799 795 Frs			1 199 693 Frs		
Santé et sécurité au travail (SST)						
Pédiatre						
Épidémiologie						