

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline - Travail



**Ministère de la Santé et de
l'Hygiène Publique**



**Fonds des Nations Unies
pour la Population**

RAPPORT

ANALYSE SITUATIONNELLE DU SYSTEME LOGISTIQUE DE SECURISATION DES PRODUITS DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Avec

L'Assistance Technique de

UNFPA/EAT Dakar

04 – 28 Septembre 2006

Par

Dr PENDA N'Diaye, Conseiller Régional en SPSR, UNFPA/EAT Dakar

Dr Théodore SOUDE, NPO/UNFPA, Bénin

WANOGO Dotian Ali, PNSR/PF, Côte d'Ivoire

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
ABBREVIATIONS	5
RESUME	6
ETAPES SUIVANTES.....	7
INTRODUCTION	8
I. BUT ET OBJECTIFS.....	9
I.1. BUT.....	9
I.2. OBJECTIFS.....	9
II. METHODOLOGIE DE L’ETUDE.....	9
II.1. COLLECTE DE DONNEES	9
II.1.1. REVUE DOCUMENTAIRE	9
II.1.2. REUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL.....	9
II.1.3. GROUPE DE DISCUSSIONS DIRIGEES	10
II.1.4. INTERVIEWS INDIVIDUELLES	10
II.1.5. VISITES DE TERRAIN.....	10
II.1.6. ATELIER DE RESTITUTION DES RESULTATS PRELIMINAIRES.....	10
II.2. ELEMENTS EVALUES	10
II.3. LIMITES DE L’ETUDE	11
III. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE, GEOGRAPHIQUE ET POLITIQUE.....	12
III.1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE.....	12
III.2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE.....	12
III.2.1. CONTEXTE SOCIO CULTUREL.....	13
III.2.2. EDUCATION	13
III.3. CONTEXTE SANITAIRE	14
III.3.1. POLITIQUE DE SANTE.....	14
III.3.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	14
III.3.3. ACCES AUX SOINS DE SANTE.....	14
III.4. CONTEXTE ECONOMIQUE.....	15
III.5. CONTEXTE POLITIQUE	15
III.5.1. POLITIQUES	15
III.5.2. COORDINATION	17
III.5.3. ENGAGEMENT	17
IV. FINANCEMENT DES PRODUITS DE SR.....	20
IV.1. FINANCEMENT DE L’ETAT.....	20
IV.2. FINANCEMENT DES MENAGES.....	20
IV.3. FINANCEMENT DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	22
V. DEMANDE ET OFFRE DE SERVICES ET PRODUITS DE SR	24
V.1. SOURCES ET CONDITIONS D’ENREGISTREMENTS DES PRODUITS DE SR.....	24
V.2. FABRICANTS LOCAUX DE PRODUITS DE SR	25
V.3. DEMANDE ET UTILISATION DES PRODUITS DE SR	26
V.4. OFFRE DE SERVICE DE SR	29
VI. CAPACITE DE GESTION LOGISTIQUE.....	33
VI.1. SYSTEME D’INFORMATION DE GESTION LOGISTIQUE	33
VI.2. PREVISION.....	34

VI.3. APPROVISIONNEMENT ET DISTRIBUTION EN PRODUITS DE SR	36
VI.3.1. APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE SR	36
VI.3.2. DISTRIBUTION DES PRODUITS DE SR	38
VI.3.3. PROCEDURES DE CONTROLE D’INVENTAIRE	40
VI.3.4. ENTREPOSAGE ET STOCKAGE	41
VII. SUIVI ET EVALUATION	43
VIII . CONCLUSION	44
ANNEXE 1 :Termes de référence.....	46
ANNEXE 2 :Liste des participants	51
ANNEXE 3 :Liste des sites visités et des personnes rencontrées	57
ANNEXE 4 :Liste des documents consultés.....	59
ANNEXE 5 :Comité de mise en œuvre du PNSR/PF.....	60
ANNEXE 6 :Termes de référence du comité national de coordination des activités deSR/PF	61
ANNEXE 7 :Inventaire physique des médicaments UNICEF/PSP District Bouaké EST, 11/09/06.....	63
ANNEXE 8 :Liste des équipements et matériels PDSSI, 2000	66
ANNEXE 9 :Commande d’équipements médcaux PDSSI, 1998	67
ANNEXE 10 :Quantité de produits et matériels distribués par l’AIBEF de 2001 à 2007	68
ANNEXE 11 :Quantité des matériels et équipements distribués par le PNSR/PF, 2004-2006	69
ANNEXE 12 :L’outil RHCSAT.....	70

REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce rapport remercient vivement tous ceux qui grâce à leur collaboration, soutien et disponibilité fructueux ont rendu possible la réalisation de cette étude.

Nous adressons toute notre reconnaissance aux Directions, Services et Agences qui ont bien voulu accepter la participation de leur personnel aux différents travaux de cette étude d'évaluation.

Nous remercions très sincèrement Monsieur le Directeur Coordonnateur du Programme National de la Santé de la Reproduction et Planification Familiale, **Dr BENIE BI Vroh Joseph**, ainsi que tous ses collaborateurs pour leur soutien et leur participation active aux différents travaux de la mission.

Nous remercions particulièrement **Dr Kouadio Yao Alexis**, Coordonnateur Technique au Programme National de la Santé de la Reproduction et Planification Familiale, **Monsieur Agnéroh Gnagne Hugues Bertrand**, logisticien sur le projet IVC/03/PO4, qui nous ont soutenus lors des visites de terrain et des groupes de discussions dirigées.

Enfin, nous disons grand merci à **Monsieur Philippe DELANNE**, Représentant du bureau UNFPA, ainsi qu'à tous ses collaborateurs, et particulièrement **Dr Dogoré Eliane**, Chargée de Programme SR/UNFPA, **Dr Abou Nankan Pauline**, Expert National du Projet IVC/03/P03 qui ont tout mis en œuvre pour faciliter le travail des consultants.

Nous espérons que les résultats de cette étude seront utiles au bureau UNFPA et au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour la mise en œuvre du Programme pays 2007-2011.

ABBREVIATIONS

CCA	: Country Common Assessment
CCC	: Communication pour Changement de Comportement
CCM	: Country Commodity Manager
CPAP	: Country Programme Action Plan
CST	: Country Support Team
DIU	: Dispositif Intra Utérin
EAT	: Equipe d'Appui Technique
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information Education Communication
IPPF	: International Planned Parenthood Federation
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PF	: Planification Familiale
PNLP	: Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNLS	: Programme National de Lutte Contre le SIDA
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSI	: Population Services International
RHCSAT	: Reproduction Health Commodity Security Assessment Tool
SIDA	: Syndrome Immuno Déficience Acquis
SIGL	: Système d'Information de Gestion Logistique
SPSR	: Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
SR	: Santé de la Reproduction
TAC	: Tableau d'Acquisition des Produits Contraceptifs
TTF	: Thematic Trust Fund
UNDAF	: United Nations Development Assistance Framework
UNDP	: United Nations Population Development
UNFPA	: United Nations Population Fund
UNHCR	: United Nations High Commission for Refugees
UNICEF	: United Nations Children Fund
RHCS	: Reproductive Health Commodities Security
USAID	: United States Agency for International Development
USD	: United States Dollar
VIH	: Virus Immuno Humaine

RÉSUMÉ

Pour faire face à aux problèmes de ruptures de stock et d'approvisionnement, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en collaboration avec le bureau pays de UNFPA a sollicité l'appui technique de l'équipe d'appui technique (EAT) de Dakar pour réaliser une analyse situationnelle du système de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction (SPSR) du 04 au 28 Septembre 2006. Les résultats de l'étude contribueront à améliorer les principaux indicateurs de la santé pour atteindre les objectifs de la CIPD et du Millénaire pour le Développement. Cette étude constitue la première étape d'une série d'actions initiées par UNFPA. Ainsi, l'étape suivante sera l'élaboration du plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction.

Plusieurs méthodes de collecte ont été utilisées pour la collecte des données qualitatives : les réunions de groupe de travail ont été consacrées à l'analyse de l'outil de travail et à la revue des objectifs de l'étude. La revue documentaire a consisté à l'analyse de plusieurs documents de politique, de rapports des études comme l'enquête démographique et de santé. Il y a eu ensuite des interviews individuelles des informants clés et l'organisation des groupes de discussions dirigées réunissant des personnes ressources aussi bien du niveau central que périphérique. Ainsi, quatre groupes de discussions dirigées ont-elles été réalisés dont deux à Abidjan (un pour les décideurs et l'autre pour les techniciens) et deux à l'intérieur du pays dont un en zones ex-assiégées et l'autre pour les zones de transit. Les données collectées à travers les méthodes ci-dessus citées ont été complétées par les notes prises lors des visites de sites. L'évaluation a identifié des forces et des faiblesses du système de gestion logistique des produits de SR et les résultats obtenus ont été regroupés en cinq composantes pour lesquelles les points forts et faibles ont été identifiés. Il s'agit des composantes (i) Contexte démographique, géographique et politique, (ii) Financement des produits de SR, (iii) Demande et offre de services et produits de SR, (iv) Capacité de gestion logistique, et (v) Suivi et évaluation.

Il existe en Côte d'Ivoire plusieurs lois qui influencent la SPSR : la loi de 1920 révisée en juillet 1991 qui interdisait entre autre toute publicité sur les produits contraceptifs et qui a été abrogée par le Gouvernement. Les produits de SR, notamment les produits contraceptifs existent pour la plupart sur la liste nationale des médicaments essentiels et pour cela, ils bénéficient d'une exonération des droits de douane. Il y a un fort engagement du Gouvernement ivoirien en faveur de la SR en général et la SPSR en particulier et cela se traduit à travers la création de plusieurs programmes et directions de santé (DC-PNSR/PF, DC-PEV, PNPEC, PNSI, etc.), l'adoption de plusieurs documents de référence (feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, le document de stratégie de réduction de la pauvreté, la déclaration de la politique nationale de la population, etc).

Des lignes budgétaires pour l'achat des produits de SR existent au niveau de la Pharmacie de la Santé Publique, du PNSR/PF et des directions départementales de santé pour l'achat des produits de santé de la reproduction. L'on a observé que bien que les produits contraceptifs soient sur la liste des médicaments essentiels, ils ne sont pas achetés et distribués par la Pharmacie de la Santé Publique. Cette situation contraste avec le taux élevé de besoins non satisfaits et une forte demande en produits contraceptifs. Au niveau du Système d'information de gestion logistique, il existe un service logistique au PNSR/PF qui se charge de la prévision, l'approvisionnement, la distribution des produits de SR et la production d'indicateurs de gestion logistique. Cependant, il existe des problèmes au niveau du stockage des produits car le PNSR/PF ne dispose pas de magasin et les conditions de stockage ne sont pas appropriées pour certains produits (besoin de chaîne de froid).

En ce qui concerne la pérennisation de l'approvisionnement en produits de SR, il existe un mécanisme de recouvrement des coûts des produits mais de façon générale, la gestion de ces fonds ne permet pas leur utilisation effective pour un réapprovisionnement adéquat des structures sanitaires. En outre, le mécanisme de coordination existant n'est pas fonctionnel car les réunions de ce comité sont rares. Les prestataires de façon générale n'ont pas la capacité d'offrir les services de planification familiale car n'étant pas formés en technologie contraceptive et en gestion logistique pour la plupart. En outre, les structures sanitaires ne sont pas équipées en matériels médicaux pour prester des services de SR/PF de qualité surtout dans les zones ex-assiégées.

PROCHAINES ETAPES :

ACTIVITES	RESPONSABLES
Recueillir les données logistiques et financières auprès de l'AIBEF, l'AIMAS et les partenaires au développement	DC-PNSR/PF
Finaliser le rapport de l'Analyse Situationnelle	Consultants
Entreprendre les démarches auprès de la PSP pour la signature d'une convention pour le stockage, la gestion des stocks et la distribution des produits de SR/PF	DC-PNSR/PF, UNFPA
Confirmer avec l'EAT/Dakar les dates pour le développement du plan stratégique de SPSR	DC-PNSR/PF, UNFPA
Adresser une lettre aux directeurs départementaux pour l'évaluation des besoins en matériels et équipements en fonction des normes établies	DC-PNSR/PF, UNFPA
Commander les produits de SR/PF, les équipements et matériels médicaux dans le cadre du Thematic Trust Fund pour les structures sanitaires publiques et AIBEF	DC-PNSR/PF, UNFPA
Organiser un atelier national pour définir la liste des produits de SR à sécuriser	DC-PNSR/PF, UNFPA
Réaliser l'analyse rapide des besoins pour la programmation du condom	DC-PNSR/PF, UNFPA
Elaborer le plan stratégique national pour la sécurisation des produits de SR	DC-PNSR/PF, UNFPA
Développer un manuel de gestion logistique basé sur les outils développés/révisés	DC-PNSR/PF, UNFPA
Développer/réviser les curricula de formation en Technologie contraceptive et former tous agents impliqués dans la gestion des produits SR/PF	DC-PNSR/PF, UNFPA
Mettre les produits de SR/PF à la disposition des structures sanitaires dont le personnel a été formé en technologie contraceptive et en gestion logistique	DC-PNSR/PF, PSP

INTRODUCTION

La conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 au Caire, a mis l'accent sur l'accès aux produits de la Santé de la Reproduction pour tous ceux qui en ont besoin d'ici 2015. Cela implique notamment l'accès aux produits contraceptifs et aux condoms pour la prévention des infections sexuellement transmissibles et le virus immunodéficience (IST/VIH) ou tout autre produit de la santé de la reproduction dans les composantes de la planification familiale, la santé maternelle, la prévention des IST/VIH avec un accent particulier sur l'égalité des sexes et l'émancipation de la femme.

Les pays en développement ne pourront atteindre les objectifs de la CIPD, à savoir l'accès universel aux produits de la santé de la reproduction pour tous d'ici 2015 ou les objectifs de développement du millénaire que s'ils arrivent à sécuriser les produits contraceptifs et associés. La situation est particulièrement critique en Afrique.

En Côte d'Ivoire, depuis 2003 et dans le cadre de son cadre d'intervention en SR, l'UNFPA appuyant le pays dans le but de sécuriser les produits de la SR, a contribué à la mise en œuvre, en partenariat avec le Ministère de la santé et de l'hygiène publique, d'un projet titré «sécurisation en produits de la santé de la reproduction et associés». Ce projet initialement prévu pour couvrir les besoins des zones d'intervention a dû approvisionner en produits contraceptifs, l'ensemble des points de prestation de services de SR du secteur public. On note cependant des ruptures de stock fréquentes en produits de santé de la reproduction, un manque de moyens logistiques pour la distribution des produits de SR, une insuffisance de personnels au niveau du service logistique pour la supervision des points de prestation de services de SR et surtout l'absence d'un cadre formel de coordination des activités de SPSR.

Face à tous ces problèmes et dans le but de préparer l'élaboration du plan stratégique national de SPSR de Côte d'Ivoire, le PNSR/PF en collaboration avec le bureau pays UNFPA sollicite l'appui technique de la Conseillère Régionale en logistique de l'Equipe d'Appui Technique de UNFPA DAKAR (EAT) et financière de l'EAT Dakar, pour faire l'analyse situationnelle du système de sécurisation des produits de SR. Cette assistance s'inscrit dans le cadre du "Thematic Trust Fund for Reproductive Health Commodity Security (TTF-RHCS)". Le TTF-RHCS, d'un montant de 75 millions USD, a été mis en place par le UNFPA avec l'appui financier de l'Union Européenne, la Commission Européenne et le Gouvernement du Canada pour combler le déficit en produits de Santé de la Reproduction (SR) et procurer de l'assistance technique aux pays pendant deux ans (2005-2006).

L'équipe de la mission, composée du Conseiller Régional en SPSR du UNFPA EAT/Dakar, d'un Expert national en SPSR et du Chargé de Programme SR de UNFPA Bénin (venu appuyer l'équipe nationale) a procédé à une analyse situationnelle du système de logistique du 04 au 28 Septembre 2006 à partir, principalement, de l'outil d'évaluation «Reproductive Health Commodity System Assessment Tool (RHCSAT)». Les résultats de l'étude permettront d'identifier les forces et les faibles du système de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction de la Côte d'Ivoire et de formuler des recommandations pour le renforcer et l'améliorer

I. BUT ET OBJECTIFS

I.1. But et Objectifs de la mission

I.1.1. But

Le but de cette étude est de faire l'analyse situationnelle du système de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction de la Côte d'Ivoire et de formuler des recommandations pour le renforcer et l'améliorer.

I.1.2. Objectifs

- Collecter des données qualitatives sur la situation de la SPSR ;
- Identifier les forces et faiblesses du système de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (système logistique, financier, coordination, prestation et demande de service, etc.) ;
- Faire des recommandations pour le renforcement et l'amélioration du système logistique de la SPSR
- Estimer les besoins de la Côte d'Ivoire en produits de SR pour la période 2007-2011 ;
- Identifier les parties prenantes et leur capacité de financement des Produits de Santé de la Reproduction ;
- Appuyer la mise en place d'un comité national pour une meilleure coordination des activités de SR.

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Différentes méthodes de collecte de données ont été utilisées pour rassembler les données appropriées. En effet, la collecte de données avec l'outil RHCSAT¹ a été faite à travers l'organisation d'un groupe de discussions dirigées et d'interviews individuelles de personnes ressources pendant que d'autres données ont été collectées à travers des réunions du groupe de travail, la revue documentaire et les visites de terrain.

II.1. Collecte de données

II.1.1. Réunions du groupe de travail

Les réunions du groupe de travail ont été consacrées à l'analyse de l'outil de travail, à la revue des objectifs de l'étude, à la détermination de sources potentielles d'information et enfin à la planification et l'organisation du groupe de discussions dirigées.

II.1.2. Revue documentaire

Lors de la revue documentaire, plusieurs documents de politique, de rapports des études comme l'enquêtes démographique et de santé, le document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), etc. ont été examinés. Beaucoup de documents techniques ont été collectés lors des visites de sites.

¹ Outil d'Evaluation du système de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction, adapté par UNFPA/EAT, et des Consultants UNFPA en SR à partir du LSAT/SPARHCS développés par JSI/ /DELIVER/ UNFPA

II.1.3. Interview des personnes ressources

Des informateurs clés ont été identifiés par l'équipe selon la nature des informations à collecter. Lors des groupes de discussions dirigées, l'équipe a aussi identifié les organisations à qui il était nécessaire de poser des questions complémentaires en vu de recouper certaines informations où approfondir des réponses données lors des groupes de discussions dirigées.

II.1.4. Groupe de discussions dirigées

L'équipe a aussi utilisé la technique de groupes de discussions dirigées pour collecter les données en utilisant l'outil RHCSAT. En effet, compte tenu de la spécificité de la Côte d'Ivoire (pays post conflit), quatre groupes de discussions dirigées ont été organisées dont deux à Abidjan (un pour les décideurs et l'autre pour les techniciens) et deux à l'intérieur du pays (dont un organisé dans la zone ex-assiégée et l'autre pour les participants des zones de transit). Ces groupes de discussion dirigées qui ont duré chacun une journée ont réuni des personnes ressources aussi bien du niveau central que périphérique pour discuter des questions contenues dans le guide d'entretien. Il s'agissait aussi d'approfondir les aspects d'organisation, de fonctionnement et surtout de mieux comprendre les succès et les insuffisances du système.

II.1.5. Visites de terrain

Des visites de sites² ont été organisées pour visiter des points de prestation de service de SR, le magasin central, des Directions du Ministère de la Santé et des ONG aussi bien au niveau central que périphérique. Au cours de chaque visite, l'équipe a rassemblé les données sur la disponibilité des produits et leur prix, la capacité des gestionnaires des produits à gérer convenablement les stocks mis à leur disposition et sur l'existence de documents de politique ou de procédures en matières de SR/SPSR.

II.1.6. Atelier de restitution des résultats préliminaires

Un atelier réunissant les parties prenantes et les participants au groupe de discussions, a été organisé immédiatement après l'analyse situationnelle pour discuter des résultats préliminaires, faire des recommandations et avoir un consensus sur la suite. Au cours de cet atelier, des recommandations ont été faites concernant des pistes de recherches à exploiter, notamment la nécessité de prendre en compte dans les SONU, le privé médical, les grossistes pharmaceutiques et les collectivités locales.

II.2. Eléments évalués

Les composantes suivantes du système de gestion logistique de la sécurisation des produits de santé de la reproduction ont été évaluées :

- Politique et engagement
- Coordinations
- Financement des produits de SR
- Demande et offre des services et produits de SR
- Capacité de gestion logistique:
 - Système d'Information de Gestion Logistique (SIGL)
 - Prévision
 - Obtention des stocks et approvisionnement
 - Procédure de contrôle de l'inventaire
 - Entreposage et stockage
- Suivi et évaluation

² Annexe 3

II.3. Limites de l'étude

L'étude, surtout les groupes de discussions dirigées (GDD) ont coïncidé avec plusieurs autres réunions. La conséquence est qu'il y a eu beaucoup de structures qui avaient été invitées mais qui n'ont pas pu effectuer le déplacement car occupées ailleurs. En outre, les lourdeurs administratives au niveau du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique n'ont pas toujours permis d'inviter les participants à temps. En effet, pour qu'un courrier émis par la DC-PNSR/PF soit signé par le Cabinet du Ministre, il faut d'abord qu'il passe par la Direction de la Santé Communautaire qui l'achemine à la Direction Générale de la Santé qui à son tour le transmet au Cabinet. Ce long circuit a fait que certains participants n'ont été invités que la veille et donc n'ont pas pu effectuer le déplacement.

Des partenaires au développement qui n'ont pu prendre part aux différentes séances de groupe de discussions dirigées, ont été relancés à plusieurs reprises sans succès.

III. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE, GEOGRAPHIQUE ET POLITIQUE

III.1. Contexte géographique

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire est limitée au Nord par le Mali et le Burkina Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, à l'Est par le Ghana et au Sud par l'océan Atlantique. Elle couvre une superficie de 322.462 km² et sa végétation est composée de la forêt tropicale au Sud, la Savane arborée au Centre et la savane herbeuse au Nord. Au niveau du climat, le pays possède un climat tropical humide au Sud et un climat de type soudanais au Nord. Sur le plan hydrographique, quatre grands fleuves baignent le pays du Nord au Sud: il s'agit, d'Est en Ouest, de la Comoé, du Bandama, du Sassandra et du Cavally.

III.2. Contexte Démographique

La population de la Côte d'Ivoire est estimée à 19 096 1998 habitants avec un taux de croissance démographique de 3,5% (Projection INS, 2005) et une densité démographique estimée à 43 habitants par km². La population qui vit en majorité en milieu rural (57% en 1998) est relativement jeune (42,40% ont moins de 15 ans). La population de Côte d'Ivoire connaît globalement une évolution soutenue, marquée par un accroissement naturel élevé, un apport migratoire important, une inégale répartition sur le territoire et une forte accélération de l'urbanisation.

Tableau 1: Indicateurs démographiques, sanitaires et de développement

INDICATEURS		1 988	1 994	1 998	2 000	2 003
Population totale		10 815 694		15 366 672		17 600 000
Population Urbaine	%	39,00		43,00		44,90
Population Rurale	%	61,00		57,00		
Taux croissance	%	3,80		3,30		
Population en deçà du seuil de pauvreté monétaire (moins de 1\$/j)	%					10,80
Population de moins de 15 ans	%					42,40
Revenu annuel par habitant (PIB/habitant) en FCFA				439 848	406 774	
Taux d'alphabétisation Ensemble	%	42,40		50,30	49,70	48,10
Taux d'alphabétisation pour adultes hommes	%	51,90		63,30	63,30	
Taux d'alphabétisation pour adultes femmes	%	32,40		36,80	36,80	
Femmes en âge de procréer	%	23,00		24,20		
Pourcentage d'accouchements assistés	%			35,0	37,9	63,0
Nombre de médecins pour 100000 Hbts						9,0
Indice synthétique de fécondité		5,7			5,2	5,1
Indice de Développement Humain					0,428	0,420
Taux de prévalence du VIH	%					7,00
Taux de prévalence du VIH femmes enceintes en milieu urbain/rural	%					9,5/5,6
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	%			112,0		
Taux de mortalité maternelle (pour 100000)	%		597,0			
Taux de prévalence contraceptive moderne	%		5,700	10,00		
Espérance de vie à la naissance		55,00		50,90		45,90

Selon le RGPH 1998, le taux brut de natalité est estimé à 40,6 naissances pour 1000 habitants contre 48 pour 1000 en 1988. Le taux brut de mortalité est de 14,2 décès pour 1000 habitants en 1998 contre 12 pour 1000 en 1988. De même, le nombre moyen d'enfants par femme ou indice synthétique de fécondité (ISF) passe de 5,7 enfants par femme en 1994 à 5,2 enfants par femme en 1998. Cet indicateur était de 6,8 enfants par femme en 1988. L'ISF varie également selon le milieu de résidence: la ville d'Abidjan a le niveau de fécondité le plus faible (3,5 enfants par femme), suivie des autres villes (4,9 enfants par femme) alors que le nombre moyen d'enfants par femme est de 6 en milieu rural³. Ainsi, la transition démographique amorcée vers la fin des années 1980 s'accélère-t-elle au cours de ces dernières années, sous l'effet conjugué de l'urbanisation, de l'élévation du niveau d'instruction des filles et de l'amélioration de la santé de la reproduction.

III.2.1. Contexte socioculturel

La société ivoirienne, du point de vue de son organisation socioculturelle, est très diversifiée. Au plan ethnolinguistique, le pays compte plus de soixante ethnies qui se répartissent en quatre grands groupes⁴: les Mandé du nord (16,5 % de la population de nationalité ivoirienne) au nord-ouest, ainsi que les Mandé du sud (10 % de la population ivoirienne); les Krou (12,7 % de la population de nationalité ivoirienne) à l'ouest et au sud-ouest; les Akan (42,1 % de la population de nationalité ivoirienne) au centre, à l'est et au sud-est; les Gur (voltaïques) (17,6 % de la population ivoirienne), au nord et au nord-est.

Sur le plan religieux, trois religions sont principalement pratiquées par la population: le christianisme, l'islam et l'animisme. La religion musulmane est la plus couramment pratiquée (38,6 % de la population du pays), suivie par l'ensemble des religions chrétiennes (catholique, protestante, harriste et autres) pratiquées par 30,4 % de la population du pays, tandis que les animistes représentent environ 17 % de la population (14 % sans religion).

L'espérance de vie à la naissance est faible (45,90 ans en 2003) et il existe une forte proportion de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté (10,80% en 2003).

III.2.2. Education⁵

Au niveau de l'éducation, globalement, en 1999, le taux national d'alphabétisation est de 49,7 %. Le taux national d'analphabétisme est de 50,3%. On observe cependant de grandes disparités selon le sexe, puisque ce taux n'est que de 36,8 % chez les femmes contre 63,3 % chez les hommes, ainsi que selon le milieu de résidence urbain ou rural et selon les régions. En dépit de la montée des effectifs, de l'effort financier consenti et des adaptations réalisées, l'école ivoirienne ne parvient pas à répondre à toutes les attentes. Les zones rurales demeurent sous scolarisées, mais en ville, les effectifs des classes sont pléthoriques.

³ Source : EDSCI-II.

⁴ Source: RGPH 1998, Institut National de la Statistique.

⁵ Source : RASS 2000

III.3. Contexte Sanitaire

III.3.1. Politique de santé

La politique sanitaire de la Côte d'Ivoire, définie dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005, avait pour objectif général l'amélioration de l'état de santé et du bien être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre de prestations sanitaires et les besoins des populations. Elle vise trois objectifs principaux : réduire la morbidité et la mortalité liées aux grands problèmes de santé ; améliorer l'efficacité du système de santé et la qualité des prestations sanitaires. La mise en œuvre de cette politique se fait à travers des Programmes de santé (PNSR/PF, PNSI, PNSSU, PNLP, PNPEC, etc.).

III.3.2. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal avec trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire). Le découpage sanitaire comprend 19 Directions Régionales, et 86 Directions Départementales ou Districts Sanitaires. Selon le décret n°96-876 du 25 novembre 1996 les structures sanitaires sont organisées en 3 niveaux :

Le Niveau primaire composé des Centres de Santé Ruraux (CSR), des Centres de Santé Urbains (CSU), des Services de Santé Scolaires et Universitaires (SSSU), des Formations Sanitaires Urbaines (FSU), des Formations Sanitaires Urbaines à base Communautaire (FSU-COM) et des Centres de Santé Urbain à base Communautaire (CSU COM).

Le Niveau secondaire comprend les Hôpitaux Généraux (HG), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), le Centre Hospitalier Spécialisé, et l'Hôpital psychiatrique de Bingerville.

Le Niveau tertiaire composé des Instituts Spécialisés : l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé (IRF), l'Institut National de la Santé Publique (INSP), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), le Centre Nationale de Transfusion Sanguine (CNTS), l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) et des Centres Hospitaliers Universitaires d'Abidjan (Treichville, Cocody, Yopougon) et de Bouaké.

Le secteur privé s'intègre dans ce système de santé à travers les infirmeries privées et d'entreprises, les dépôts de ventes de médicament au niveau primaire. Au niveau secondaire et tertiaire, ce sont les cabinets médicaux, les cliniques, les Polycliniques, les pharmacies, et les laboratoires privés.

III.3.3. Accès aux soins de santé

La crise socio économique que vit la Côte d'Ivoire depuis le 19 septembre a eu pour conséquences, le déplacement de près de 1,5 million de personnes des régions assiégées (Nord, Centre, Centre Ouest, Ouest) vers les régions du Sud, la rupture de prestation de service dans la grande majorité des structures des 22 districts sanitaires dans la zone sous contrôle des forces nouvelles. Les structures encore fonctionnelles de cette zone présentent toutes un déficit important en personnels soignants et en équipements. Avant le déclenchement de la crise, 3500 agents étaient en poste dans cette zone. La mobilisation des ONG nationales et internationales, des organisations humanitaires a permis d'assurer un service minimum (personnel, matériels et médicament) dans les zones sous contrôle des forces nouvelles.

La surexploitation des établissements sanitaires du Sud par les populations déplacées a motivé le redéploiement de 1220 agents dont 217 de façon définitive.

Malgré ces efforts, les principaux indicateurs sanitaires sont caractérisés par un faible accès des populations aux services de santé (20,6% en 2000), un très faible accès à l'eau potable (56,4% de la population en 1999), une faible prévalence contraceptive pour les méthodes modernes (10,0% en 1999) et une prévalence du VIH relativement élevée (4,7% en 2005). En outre, l'espérance de vie à la naissance est de 45,9 ans en 2003 (Rapport sur le Développement durable, 2005). L'indice synthétique de fécondité est de 4,6 enfants par femme en 2005 (EIS, 2005). Le taux de mortalité maternelle est de 690 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Rapport 2005, UNFPA). La mortalité néonatale est passée de 62 pour 1000 en 1998 à 41 pour 1000 en 2005. La mortalité infantile a suivi la même tendance passant de 112 pour 1000 en 1998 à 84 pour 1000 en 2005 (EIS, 2005).

III.4. Contexte Economique

L'économie du pays repose essentiellement sur l'agriculture dont les cours des produits d'exportation souffrent de la détérioration constante des termes de l'échange. Après la crise des années 1990, la Côte d'Ivoire a renoué avec la croissance jusqu'en 1999 avec un taux d'accroissement économique de 4,7%. Dans la même période, le taux d'inflation est passé de 5,2% en 1997 à 2,8% en 1998 pour atteindre 0,8% en 1999. Cette situation a été bouleversée par la crise sociopolitique que connaît le pays depuis 1999. Cette crise a engendré une forte baisse de la croissance économique avec un taux d'accroissement négatif (-2%). Avec un revenu par habitant d'environ 406 774 FCFA, la Côte d'Ivoire, est classée parmi les pays à revenu faible. D'ailleurs selon le Rapport de Développement Humain du PNUD de 2005, la Côte d'Ivoire occupait le 163^{ème} rang sur 177 avec un indice de développement humain (IDH) de 0,420 ; ce qui le classe parmi les pays les moins développés de la planète.

III.5. Contexte Politique

III.5.1. Politiques

- ***Déclaration en 1991 de la Politique de Développement des Ressources humaines*** pour maintenir un niveau élevé des services d'éducation et de santé en situation de demande croissante.
- ***Plan National de Développement Sanitaire (1996-2005)***: les objectifs du PNDS sont d'améliorer la couverture, la qualité et l'utilisation des services de santé, augmenter le taux de vaccination infantile à 80% en 2000 contre 60% en 1996, lutter contre le SIDA, baisser l'Indice Synthétique de Fécondité de 5,7 en 1994 à 4,5 en 2015 ; et augmenter la prévalence contraceptive moderne de 4% en 1994 à 10% en 2000.
- ***Déclaration d'une Politique Nationale de Population pour un développement durable de 1997*** la maîtrise de la croissance naturelle de la population, la valorisation de la famille et l'amélioration du statut des femmes et des jeunes, le développement des capacités de conception et de gestion des programmes de mise en œuvre de cette politique.
- ***Déclaration de la politique nationale de la santé de la reproduction en 1998*** pour l'amélioration du niveau de vie et du bien-être des populations dans la perspective d'un développement humain durable. Les objectifs visés par cette déclaration de politique sont de réduire la mortalité et la morbidité liées à la santé sexuelle chez la femme et l'homme, réduire la mortalité et la morbidité infantile et améliorer la santé en matière de sexualité et de la reproduction des jeunes et des adolescents.

- ***Elaboration de l'avant-projet de loi sur la SR par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en 2002*** pour réglementer les questions liées à la santé sexuelle, à la reproduction, au VIH/SIDA et à l'information et à l'éducation de la population à la santé sexuelle et reproductive. Il constitue ainsi un cadre juridique favorable à la protection de la santé des femmes, des mères, des filles, des adolescents, des jeunes et des hommes et d'autre part, les aider à améliorer la qualité de leurs relations aux plans humain et sexuel.
- ***Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), 2002***
- ***Elaboration en 2006 de la Feuille de route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et néonatale.*** Le but de la feuille de route est d'améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile de façon à réduire la pauvreté conformément à l'esprit du Sommet du millénaire pour le Développement. De façon spécifique, la feuille de route vise à accroître les niveaux d'utilisation des services de la santé maternelle, néonatale et infantile. D'ici 2015, elle ambitionne donc à accroître la prévalence contraceptive moderne de 10% à 25%, la couverture de femmes enceintes dépistées en VIH/SIDA et prises en charge de 8,3% à 4%, le taux de satisfaction des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de 42% à 85%, la couverture vaccinale des enfants de moins d'un an de 50% à 80 %.
- ***Plan Stratégique pour la lutte contre le VIH/SIDA (2006-2010)*** prend en compte la situation épidémiologique du VIH/SIDA et la période post conflit, les leçons apprises au cours de la mise en œuvre des plans précédents et les engagements et recommandations internationales, intensification de la prévention, accès universel aux services de prévention, de traitement, des soins et de soutien ; campagne mondiale enfants et VIH/SIDA. Les cibles prioritaires d'intervention définies dans le PSN 2006-2010 sont les enfants (0-15 ans), les OEV (0-18 ans), les Jeunes (15-24 ans), les femmes et jeunes filles, les corps habillés et combattants, les professionnels du sexe, les migrants et routiers, les enseignants, les PVVIH, les consommateurs de drogues, l'homme ayant des rapports sexuels avec les hommes, les couples discordants, les travailleurs (secteurs public et privé), les populations rurales et la population carcérale.

III.5.2. Coordination

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers la DC-PNSR/PF s'engage à collaborer avec d'autres partenaires et agences poursuivant les mêmes objectifs que le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR/PF). Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et le secteur privé jouent un rôle important dans la réalisation des objectifs de la politique nationale de la santé de la reproduction, du fait de leur expérience et de leur spécialisation en matière de santé de la reproduction et de leur disponibilité. Ils contribuent à atteindre les objectifs de la politique de la santé de la reproduction à travers des services spéciaux tels que la distribution à base communautaire (DBC), le marketing social, la promotion de la Santé de Reproduction et la communication pour un changement de comportement (CCC). Tous les partenaires ont la capacité de développer une stratégie de SPSR et sont motivés à se donner des capacités d'effectuer le suivi de progrès en SPSR. Il est à noter dans l'ensemble une insuffisance du système de coordination des interventions en matière de SR de la plupart des partenaires aussi bien en zone gouvernementale que ex-assiégée.

Parties prenantes dans la SR en zone sous contrôle gouvernemental : Il existe un comité de Coordination⁶ des activités de SR regroupant plusieurs partenaires intervenant dans la mise en œuvre de la politique de la Santé de la Reproduction en Côte d'Ivoire dont le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), les agences du système des Nations unies (SNU) : UNFPA, OMS, UNICEF, etc. Les partenaires bilatéraux dont l'Union Européenne, le Population Service International (PSI), la Coopération française, la GTZ, la Banque mondiale (BM), la Coopération Belge, la Coopération Japonaise, etc. Les Organisations Non Gouvernementales comme l'AIBEF, l'AIMAS, OHASA, etc.

Parties prenantes dans la SR en zone sous contrôle des Forces Armées des Forces Nouvelles (FAFAN) : Compte tenu de la crise armée du 19 septembre 2002 qui a consacré la division du pays en deux zones, le personnel qualifié de santé a fuit les zones sous contrôle des FAFAN pour se réfugier dans les zones plus sécurisées abandonnant ainsi aux mains du personnel non qualifié (filles et garçons de salle, auxiliaires, etc.) les structures sanitaires qui dans la plupart des cas ont été pillées. Cette situation a favorisé l'intervention de plusieurs partenaires dont les activités ont besoin d'être coordonnées. Ce sont le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers les régions et départements sanitaires, les agences du Système des Nations Unies (SNU) : UNFPA, ONUCI, UNFPA, UNICEF, le Fonds Mondial, les partenaires bilatéraux comme EGPATH, Save the Children, Croix Rouge nationale et Internationale, Médecin du Monde, CARE, la Licorne, Médecin Sans Frontière, les ONG comme AIBEF, Akwaba, Espoir vie, Centre Solidarité et Action Sociale, Renaissance Action Bouaké, Horizon Vert Santé, etc.

III.5.3. Engagement

La Côte d'Ivoire, jusqu'à la fin des années 70, était un pays pro nataliste qui encourageait une croissance rapide de la population et le Gouvernement était opposé à la planification familiale. Cependant, à partir de 1979, grâce au soutien financier, logistique et matériel de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), l'Association Ivoirienne du Bien-être Familial (AIBEF), a amorcé un début de standardisation des activités de planification familiale (PF), qui s'est intensifiée au cours des années. Bien que n'étant pas favorable à une politique de planification des naissances, le Gouvernement laissait l'AIBEF prester les services de planification familiale à travers le pays.

C'est à partir des années 80, qu'avec la récession économique que le pays a connue que le Gouvernement a adopté une attitude favorable vis-à-vis de la PF et cela s'est matérialisé par la tenue en avril 1991, d'un séminaire national sur la planification familiale à Grand-Bassam pour définir les grandes lignes d'une politique de planification familiale ; l'adoption de la déclaration de la Politique de Valorisation des Ressources Humaines (PDVRH) par le Gouvernement en juin 1991. En 1994, suite la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est tenue en Septembre 1994 au CAIRE (Egypte), le concept de "SANTÉ DE LA REPRODUCTION" plus globalisant a été adopté par la Côte d'Ivoire au cours du symposium national sur la Santé de la Reproduction tenu à Abidjan les 24 et 25 Juin 1996.

L'engagement du Gouvernement ivoirien est aussi matérialisé par la création d'un Ministère de lutte contre le VIH/SIDA et de plusieurs Directions et programmes de santé (PNSR/PF, PNSI, PNSSU, PNPEC, PNLP, etc.). En ce qui concerne la mise en œuvre de la politique de la santé de la reproduction, le PNSR/PF est chargé de la Planification Familiale, de la Maternité Sans Risques, de la Santé des adolescents, des jeunes et des hommes.

⁶ TDR de fonctionnement du comité en annexe 4

Points forts :

- Les produits contraceptifs et la plupart des autres produits de SR sont intégrés dans la liste nationale des médicaments essentiels et l'Etat subventionne les ARV qui coûtent désormais 3000FCFA par trimestre;
- Tous les médicaments de la liste nationale des médicaments essentiels ayant une autorisation de mise sur le marché bénéficient d'une exonération des droits de douane ;
- Les prix des médicaments fournis par les Grossistes sont déterminés par une commission sous l'égide de la Direction de la Pharmacie et de Médicaments (DPM) et présidée par le Ministre de la Santé.
- Il existe une ligne budgétaire pour l'achat des médicaments essentiels à la Pharmacie de la Santé Publique, au PNSR/PF ;
- Il existe des documents de référence de SR (politique, Programme, standard) et d'autres documents comme la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, le document de Stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) et le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA (2006-2010) ;
- Au niveau institutionnel (PNSR/PF, AIBEF, PSP), l'estimation des besoins à partir des données logistiques est utilisée pour faire le plaidoyer en vue de mobiliser des ressources pour la continuité de l'approvisionnement des produits de SR ;
- Existence d'un comité de coordination des activités de SR présidé par la DC-PNSR/PF qui a déjà effectué deux réunions;
- Il existe au niveau des agences de coopération, un système de rencontre périodique institutionnalisé et coordonné par le PNUD ;
- Existence d'une journée de la Santé de la Reproduction avec les coordonnatrices pour faire les points des activités de l'année ;

Points faibles :

- La Loi de 1920 révisée le 31 juillet 1991 constitue une barrière juridique à la SR ;
- Les documents programmatiques de la SR (politique, programme, standard) sont dépassés (1999-2003), ils ne prennent pas en compte tous les produits de SR et la SPSR n'y est pas explicitement traitée;
- Le plan National de Développement Sanitaire (PNDS) est dépassé (1996-2005) ;
- Les Implants, les préservatifs et les spermicides ne sont pas sur la liste nationale des médicaments essentiels donc ne sont pas exonérés des droits de douane ;
- La ventouse obstétricale n'existe pas sur la liste nationale des matériels et équipements médicaux ;
- Les curricula de formation de base des médecins, sages femmes et infirmiers diplômés d'État ne prennent pas en compte certains volets de la SR, notamment les modules de planification familiale ;
- Il existe des règlements restrictifs sur la dispensation de certains produits de SR qui ont besoin de qualification spécifique des prestataires (implants, DIU);
- La plupart des ONG qui interviennent dans le domaine de la SR sont focalisées sur le VIH/SIDA ;
- Le comité de coordination des activités de SPSR n'a pas été créé par un acte administratif (arrêté ou décret) ;
- Insuffisance de coordination au niveau de la DC-PNSR/PF qui est en charge des interventions en SR : Cette insuffisance se matérialise par l'existence très souvent de duplication des activités dans les mêmes zones;
- Les réunions du Comité de Coordination ne sont pas fréquentes et la plupart des membres ne sont pas assidus aux réunions (de 80 participants à la première réunion, l'on est passé à 20 à la deuxième);

- L'organigramme du MSHP fait que des activités de SR sont mises en œuvre par plusieurs Directions et programmes de Santé dont la DC-PNSR/PF, le PNPEC, la DC-PEV, le PNSI, le PNSSU, le PNL, etc. Ces Directions et Programmes sont au même niveau de l'organigramme du MSHP. On conçoit donc mal un Directeur convoquant son collègue à une réunion de coordination ;
- Le MSHP représenté par les Directions régionales et départementales n'a aucune autorité sur les ONG qui travaillent surtout dans les zones ex-assiégées et donc ne coordonne pas leurs activités ;
- Les partenaires au développement qui interviennent sur l'ensemble du territoire et en particulier dans les zones ex-assiégées ne rendent pas compte très souvent aux Directions de Santé du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- Dans les zones ex-assiégées, il n'existe pas de structures de coordination des activités de SR ;
- Les Directions départementales dans les zones ex-assiégées n'ont pas de budget de fonctionnement ; elles fonctionnent grâce aux financements de UNICEF.

Recommandations :

- Mettre à jour et disséminer les documents programmatiques de la SR ;
- Réviser les listes nationales des médicaments, des matériels et équipements pour prendre en compte tous les produits de SR n'y figurant pas ;
- Relancer les activités du comité national de coordination à travers notamment la prise d'un décret présidentiel pour la création du comité dont le secrétariat sera assuré par la DCPNSR ;
- Faire des plaidoyers pour que le comité de SR participe aux séances de sélection des médicaments de la liste nationale des médicaments essentiels ;
- Introduire le module de planification familiale dans la formation de base des médecins, sages femmes et infirmiers diplômés d'État.

IV. FINANCEMENT DES PRODUITS DE SR

Il existe plusieurs sources de financement des produits de santé de la reproduction en Côte d'Ivoire. De façon générale, dans le secteur public, l'Etat reste la principale source de financement des produits de SR à travers le budget de la PSP et d'autres Directions de Santé comme la DC-PNSR/PF. En effet, l'allocation de l'Etat pour l'acquisition des produits de SR s'élève à 20 milliards FCFA par an pour la Pharmacie de la Santé Publique. Chaque district sanitaire bénéficie, en moyenne de quatre Millions FCFA par an sur le budget national pour la pharmacie.

Au niveau du PNSR/PF, la contribution de l'Etat pour l'acquisition des médicaments était de 20 millions avant 2004 et est de 6 millions en 2006. Pour les produits contraceptifs en particulier, la principale source de financement est UNFPA qui finance l'achat des produits contraceptifs sous forme de don ou à travers des projets comme le projet IVC/03/P04, « appui à la sécurisation des produits de SR ». En ce qui concerne les ONG intervenant dans la SR dont les principales sont l'AIBEF et l'AIMAS, le financement des produits est assuré par les partenaires comme IPPF pour AIBEF et Kfw pour AIMAS.

A la faveur de la crise, d'autres partenaires comme UNICEF (octroi de 67.922.728 FCFA de médicaments au district de Bouaké EST) et Médecin Sans Frontière France distribuent gratuitement des produits de SR aux populations surtout dans les zones des forces nouvelles. Le financement des différentes activités pour assurer la sécurité des produits de SR est assuré par l'Etat et les partenaires au développement dont les principaux sont l'Union Européenne, l'UNFPA, l'OMS, l'UNICEF, la Coopération Allemande (GTZ) et l'USAID à travers AIBEF.

IV.1. *Financement de l'Etat*

La contribution de l'Etat au Programme de Santé de la Reproduction est passée de 2 millions de F CFA en 1993 à 690 millions en 1994. De plus, l'Etat soutient financièrement l'AIBEF et l'AIMAS : il a octroyé 215 millions de F CFA pour la période de mai 1995 à avril 1996 à l'AIBEF. En 2005, les dépenses de l'Etat pour la santé sont estimées à 70 milliards FCFA et en 2006, ce montant est estimé à 62 milliards FCFA, soit 3,4% du budget de l'Etat. Ce pourcentage, ainsi que l'on constate, est loin des 10% recommandé par l'OMS.

IV.2. *Financement des ménages*

En Côte d'Ivoire, il existe un système de recouvrement des coûts des produits de santé de la reproduction tant au niveau du secteur public que privé. La PSP recouvre les médicaments essentiels et utilise les fonds recueillis pour son réapprovisionnement. Au niveau des produits contraceptifs qui sont gérés par le PNSR/PF, les recettes issues de la vente des produits contraceptifs dans le secteur public sont reversées au trésor public sur le compte ACCD, 01-001-00019500-1-10, Pharmacie de la Santé Publique, CI-FORMATIONS SANITAIRES, et dans certaines banques privées pour le compte de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP). Cependant, depuis 2003, suite aux difficultés rencontrées dans l'acquisition, le stockage et la distribution des produits de SR commandés en 2000 dans le cadre du Projet PDSSI, une partie des recettes est perçue par la comptabilité de la DC-PNSP/PF et sert au paiement des frais de transitaire, de magasinage, de location du magasin, de gardiennage, de formation des prestataires et d'acquisition de petits matériels.

Tableau 2: Tarification des différentes méthodes contraceptives et associés

Produits	UNITE	PNSR/PF	AIBEF	AIMAS
Pilule	Cycle	150	200	150
Pilule d'urgence	Cycle	500	2000	N/A
Injectable (2 mois)	Ampoule	500	700	N/A
Injectable (3 mois)	Flacon	500	800	N/A
DIU	Pièce	1000		N/A
Spermicide	Tube	500		N/A
Condom	Boite de 3 unités	100	100	100
Test de grossesse	pièce			

Source : Service Logistique Contraceptive – DC-PNSR/PF

Les prix unitaires des produits distribués aux clients/patients sont fixés de telle sorte que chaque intervenant dans la chaîne reçoive un intéressement. Au niveau de la PSP, les produits à l'exception des kits d'accouchement sont livrés aux districts avec une marge de 8% pour les pharmacies de district et 10% pour les points de prestation de service. Cependant, la PSP a demandé que toutes les sommes lui soient reversées, soit les 100% du prix de cession aux clients/prestataires. Au niveau de la DC-PNSR/PF, la Direction a autorisé les prestataires qui viennent se réapprovisionner directement à Abidjan à prélever le transport qu'ils paient pour leur réapprovisionnement et 10% pour l'achat des consommables (alcool, coton, etc.). Lorsque c'est une coordonnatrice des activités de SR (basée au district) qui vient s'approvisionner à Abidjan, elle est autorisée à prélever son transport et 20% dont 10% pour le district et 10% pour les points de prestation de service qu'elle approvisionne. L'AIBEF, lorsqu'elle utilise les structures de l'Etat pour distribuer ses produits, elle octroie à la structure environ 15% des recettes.

Tableau 3: Financement passé, actuel et futur des produits de SR

SOURCE	FINANCEMENT POUR LES PRODUITS EN MILLIER FCFA				
	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008
Budget Ministère de la Santé et Hygiène Publique	81 616 548 724	69 343 330 912	78 604 141 073		
Recettes locales					
Emprunts/Crédits					
Autres fonds des donateurs					
Fonds de roulement pour les médicaments	221 000 000	221 000 000	221 000 000	221 000 000	221 000 000
Budget de la DC-PNSR/PF	48 500 000	62 000 000	59 100 000		
Budget alloué à l'achat des produits SR	6 000 000	20 000 000			
Donateurs					
UNFPA	256 099 271	11 084 333 425	64 792 127 449	205 365 254 616	191 383 756 578
USAID					
UNICEF					
GTZ					
PEPFAR					
FONDS MONDIAL	3 766 245 697	4 435 794 712	3 598 770 312	3 811 173 156	4 838 504 130
PSI					
financement					
IPPF					
Autres					
TOTAL					

IV.3. *Financement des partenaires au développement*

La Banque Mondiale

Par le « Projet de Développement des Services de Santé Intégrés » (PDSSI), a soutenu la mise en œuvre du PNDS dans ses aspects institutionnels et opérationnels. Le coût total du projet PDSSI est estimé à 26 milliards de Francs CFA ; 9 milliards ont été consacrés au programme de la santé de la reproduction / planification familiale pour l'achat des produits contraceptifs, des mobiliers de bureau et des équipements et matériels médicaux pour deux cent (200) structures sanitaires avec un appui particulier à l'AIBEF pour l'installation de six (6) cliniques de PF de référence.

L'UNFPA

De 1991 à décembre 1997, les interventions de UNFPA dans le domaine de la SMI/PF se sont faites dans le cadre de cinq (5) projets sectoriels qui ont permis l'intégration des services SR/PF dans 61 formations sanitaires du district d'Aboisso et de la région sanitaire du Sud-Ouest ; UNFPA a en outre appuyé l'introduction des services de PF à l'Hôpital Protestant de Dabou. Il a également financé les activités de la SR exécutées par la Direction des Services de Santé des Armées dans 11 centres de santé et hôpitaux du Ministère de la Défense. Le programme de coopération entre le FNUAP et la Côte d'Ivoire pour la période 1997-2001 a été approuvé en janvier 1997 ; sur un budget total de 12,5 millions US\$ 6,5 millions étaient destinés au sous-programme Santé de la Reproduction du FNUAP. Avec la crise armée du 19 septembre 2002, un nouveau programme de coopération n'a pas été encore signé, cependant, trois projets d'investissement prioritaire du Programme National de la Santé de la Reproduction pour l'année 2007 ont été signés. Le montant global de ces projets s'élève à 1553211686 FCFA dont 1 395 265 850 FCFA de UNFPA, 12 3200 000 FCFA du Gouvernement et 2308259800 FCFA à rechercher.

L'OMS

La participation financière de l'OMS en 1997 était estimée à 200.000 US\$, et elle a été consacrée à la lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF). L'OMS est intervenue aussi en partenariat avec le FNUAP, pour la vaccination antitétanique (VAT) des femmes en âge de procréer. En 2005, l'OMS a appuyé la DC-PNSR/PF pour réaliser l'étude des besoins en SOU à hauteur de 1000 0000 FCFA. Depuis 2005, l'OMS soutient la DC-PNSR/PF dans l'élaboration de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

L'Allemagne

Depuis décembre 1996, en collaboration avec la GTZ, la banque allemande KfW a financé le projet «planification Familiale et Prévention du SIDA ». Ce projet visait à intégrer la planification familiale dans le Paquet Minimum d'Activités de trente (30) formations sanitaires dans la région sanitaire de Man, Bouaké et Yamoussoukro; sept (7) points de prestations de services sont déjà fonctionnels. La coopération allemande soutient aussi le développement du marketing social des contraceptifs. La KFW a financé de 1995 à 2006 le Programme de Marketing Social à hauteur de 29,04 millions d'euros, soit 19 milliards de FCFA.

Les Etats-Unis

Le programme d'aide bilatérale de l'USAID prévoyait le développement de trente-deux (32) points de prestations de services PF dans les sites urbains du pays. Ce projet, qui s'est terminé prématurément en 1994, a cependant permis la formation, en 1991, de douze (12) formateurs en prestations cliniques de PF et de dix (10) agents de santé en IEC, mais seuls dix (10) points de prestations de services furent opérationnalisés. L'acquisition du siège de l'AIBEF a été financée par l'USAID. Un programme régional englobant 15 pays, parmi lesquels 4 pays prioritaires, dont la Côte d'Ivoire, a été mis en place par l'USAID. Dans ce cadre régional, un projet « Santé Familiale et Prévention du SIDA » (SFPS) a été développé en Côte d'Ivoire, dont le budget se montait à 5 millions de dollars pour 5 ans. Aujourd'hui, l'USAID ne finance plus les activités de planification familiale en Côte d'Ivoire, intervient dans le domaine du VIH/SIDA à travers des ONG comme EGPAF, le projet RETROCI, etc.

Points forts :

- Les ressources du secteur public sont affectées principalement aux services des populations défavorisées ;
- Existence d'une ligne budgétaire à la DC-PNSR/PF pour l'approvisionnement en produits de SR;
- Existence de filets de sécurité pour les populations à faible revenu

Points faibles :

- Le montant alloué à l'achat des médicaments et produits de PF est insuffisant et s'amenuise d'une année à une autre : 20 millions pour le PNSR/PF avant 2004 et 6 millions en 2006; 200 millions en 1995 et 12 millions en 2006 pour l'AIBEF ;
- Un grand retard est généralement observé dans la mise en place du budget des districts sanitaires et bien que comportant une ligne pour l'achat des médicaments est rarement utilisé à cet effet ;
- Les recettes de la PSP sont versées au trésor public et compte tenu de la crise sociopolitique que traverse le pays, les décaissements de fonds de la PSP en direction de ses fournisseurs sont rendus difficiles.

Recommandations :

- Accroître les ressources allouées par l'État pour l'acquisition des produits de SR ;
- Établir un consensus sur l'utilisation des recettes issues du recouvrement des coûts des services et produits de SR.

V. DEMANDE ET OFFRE DE SERVICES ET DE PRODUITS SR

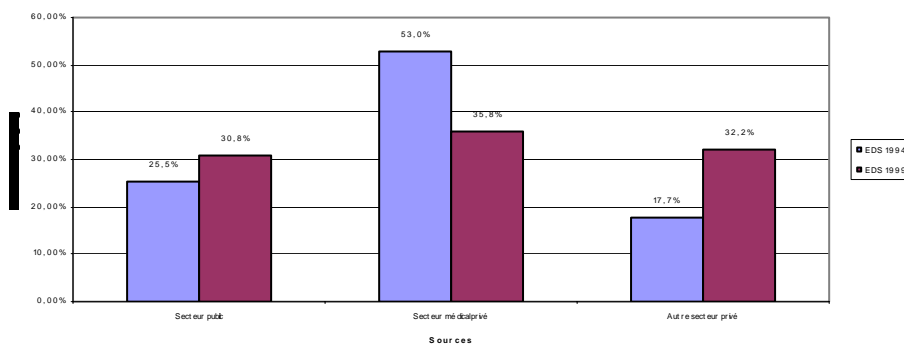
V.1. Sources et conditions d'enregistrement des produits de SR

Il existe plusieurs sources d'approvisionnement des produits de santé de la reproduction. Ce sont le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), les agences du système des Nations unies (SNU) : UNFPA à travers différents projets, PNUD à travers le Fonds Mondial, UNICEF, etc. Les partenaires bilatéraux dont l'Union Européenne, le Population Service International (PSI), la Coopération française, la KFW, la Banque mondiale (BM), la Coopération Belge, etc. Les Organisations Non Gouvernementales comme l'AIBEF et le marketing social (AIMAS).

La Pharmacie de la Santé Publique (PSP) approvisionne les structures sanitaires publiques avec la plupart des produits de santé de la reproduction à l'exception des produits contraceptifs qui figurent pourtant sur la liste nationale des médicaments essentiels. L'UNFPA appuie le MSHP en mettant à la disposition de la Direction de Coordination du Programme Nationale de SR des produits contraceptifs (Pilule, Injectable, DIU, Condom masculin et féminin, spermicide et bientôt l'implant), des équipements et des kits pour la santé de la mère et de l'enfant. L'UNICEF intervient beaucoup dans les zones ex-assiégées pour mettre à la disposition des districts sanitaires des médicaments essentiels et les appuie pour des formations en SONU. L'AIBEF est soutenue par IPPF qui met à sa disposition les pilules, les injectables, les DIU, les spermicides et les condoms masculins et féminins. Quant à l'AIMAS, elle distribue les pilules et les condoms masculins et compte distribuer d'ici 2007 les injectables et le condom féminin grâce au financement du KFW. Les ARV sont mis à la disposition des structures publiques et certaines ONG par le Fonds Mondial.

En principe, il n'existe pas de lois affectant l'importation des produits contraceptifs car ils existent sur la liste nationale des médicaments essentiels sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI). Cependant, pour qu'une institution/structure puisse vendre ou distribuer des produits contraceptifs ou tout autre produit de SR, il faudrait au préalable les enregistrer conformément à l'Article 601 du Code de la Santé Publique⁷ et obtenir ainsi l'autorisation de mise sur le marché. Les conditions d'enregistrement des médicaments en Côte d'Ivoire sont définies par le Décret N°94-669 du 21 Décembre 1994, l'Article 601 du Code de la Santé Publique et l'Article 11 du Décret N°94-669 du 21 Décembre 1994. Le montant de l'enregistrement s'élève à ce jour à 50 000FCFA et est jugé acceptable par le secteur privé car il est parmi les plus bas de l'Afrique Subsaharienne.

Graphique 1 : Sources d'approvisionnement des produits contraceptifs



Sources : EDS Côte d'Ivoire 1994 et 1999

⁷ Les médicaments, quelle que soit leur origine, ne peuvent pas être débités, importés, mis en vente ou vendus en République de Côte d'Ivoire, qu'après avoir été enregistré au Ministère de la Santé Publique, selon les conditions d'enregistrement du Décret N°94-669 du 21 Décembre 1994.

V.2. Fabricants locaux de produits de SR

Il existe en Côte d'Ivoire, un fabricant local de produits de SR (CIPHARM), plusieurs grossistes pharmaceutiques et plusieurs structures pour la promotion des produits de SR. Créée en décembre 1986 et inaugurée en mai 1988, CIPHARM est une société anonyme à conseil d'administration d'un capital de 600 millions de F CFA.

Les activités de CIPHARM sont :

- Fabriquer et commercialiser des produits pharmaceutiques.
- Fabriquer et conditionner à façon (fabrication, conditionnement) de produits pharmaceutiques pour les tiers.
- Fabriquer sur place des spécialités de première nécessité.
- Rendre ces spécialités disponibles tout au long de l'année.
- En maîtriser les coûts de fabrication et donc, les prix de vente (en moyenne les prix publics de nos spécialités de marque sont près de deux fois moins chers e si elles étaient importées).
- Mettre à la disposition des plus démunis des produits génériques dont les prix sont inférieurs à ceux pratiqués avant la dévaluation du Franc CFA.

Cipharm commercialise ses produits en Côte d'Ivoire auprès de trois grossistes répartiteurs privés qui assurent la distribution auprès des officines de pharmacie et un grossiste répartiteur publique :

Tableau 4: Liste des Grossistes pharmaceutiques répartiteurs

LABOREX	Zone Industrielle de Yopougon
	01 BP 1305 Abidjan 01
	Téléphone : (225) 23 46 67 12
	Fax: (225) 23 46 61 94
	Email : otaqui@laborex.ci
COPHARMED	Boulevard de vridi
	15 BP 954 Abidan 15
	Téléphone : (225) 21 75 54 54
	Fax: (225) 21 25 05 82
	Email : f-huguet@copharmed.com
DPCI	Zone 3 rue des Carrossiers
	01 BP 788 Abidjan 01
	Téléphone : (225) 21 75 56 21 / (225) 21 75 56 22
	Fax: (225) 21 75 56 21
	Email : dpci@aviso.ci
La Pharmacie de La Santé Publique (PSP)	Km 4 , boulevard de marseille
	BPV 5 Abidjan
	Téléphone : (225) 21 35 71 73
	Fax: (225) 21 35 57 70

Cipharm approvisionne **La Pharmacie de La Santé Publique** de Côte d'Ivoire par appel d'offres. Elle a mis au point une gamme de produits dont le conditionnement est adapté au milieu hospitalier.

Tableau 5: Liste des produits clés de CIPHARM

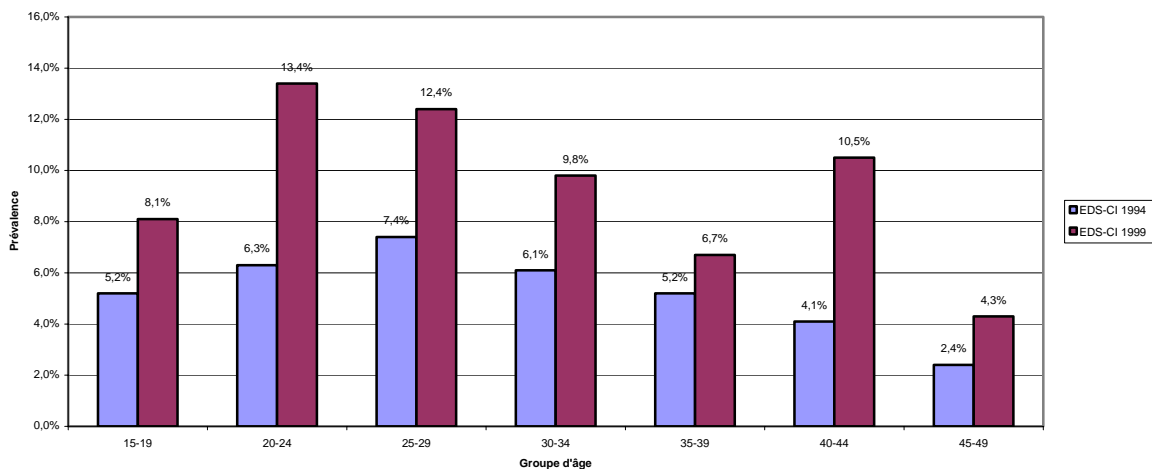
Produits	Présentation	DCI
Aspirine 500 B/100 cp	100 comprimés sous blisters	Acide acétylsalicylique
Ciphacet 500 B/480 cp	480 comprimés sous blisters	Paracétamol
Ciphaquine 100 B/1000 cp	1000 comprimés sous blisters	Chloroquine sulfate
Ciphaspire 500 B/1000 cp	1000 comprimés sous blisters	Acide acétylsalicylique
Doliprane 500 B/16 cp	16 comprimés sous blisters	Paracétamol
Flavoquine 90 ml sp	90 ml suspension buvable	Amodiaquine
Nivaquine 100 B/100 cp	100 comprimés sous blisters	Chloroquine sulfate
Hiconcil 500 B/12 gel	12 gélules sous blisters	Amoxicilline
Totapen 500 B/12 gel	12 gélules sous blisters	Ampicilline
Rhinathiol enfant 125 ml sp	125 ml sirop liquide	Carbocistéine

V.3. Demande et utilisation des services de SR

La mise en œuvre de la stratégie de communication pour le changement de comportement a permis de stimuler la demande des services de SR à tous les niveaux. L'AIBEF a établi un partenariat avec 10 radios de proximité dans la ville d'Abidjan et chaque radio organise une ou deux émissions par semaine. La médiatisation est très forte pour la lutte contre le VIH/SIDA. La SPSR est parfois incluse dans les thèmes développés.

L'utilisation des services de SR se présente comme suit : la prévalence contraceptive des méthodes modernes et les besoins non satisfaits en Planification Familiale chez les femmes en union sont respectivement de 10% et 19,5% (EDS-CI, 1998), le taux de CPN1 est de 84% et de CPN4 et plus de 35,6% (EDS,1998), le taux d'accouchement assisté est de 45,1% (CRESARCI, 2000), le taux de satisfaction des besoins en SOU est de 42% (CRESARCI, 2000), le taux de césarienne est de 0,78% (CRESARCI, 2000), le taux de létalité due aux complications obstétricales est de 2,1% (CRESARCI, 2000), l'incidence moyenne des IST chez les adultes est de 10,2% en 2000, la séroprévalence du VIH est de 4,7% (6,4% chez les femmes et 2,9% chez les hommes) (EIS, 2005), le taux d'utilisation systématique du préservatif chez les jeunes est de 42% pour les garçons et 29% pour les filles et le nombre de PVVIH est estimé à 570 000 personnes dont 20 000 sont sous ARV (Source : Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010).

Graphique 2 : Evolution du taux de Prévalence Contraceptive pour les méthodes modernes



Sources : EDS Côte d'Ivoire 1994 et 1999

Le taux de prévalence contraceptive moderne varie avec l'âge. Dans l'ensemble, pour toutes les catégories d'âge, les taux ont connu une forte croissance depuis 1994. Les catégories d'âge qui connaissent une forte prévalence sont entre 20 et 34 ans.

Ces résultats font suite aux efforts conjugués des différents intervenants dans la SPSR que ce soit le privé, les ONG ou le secteur public. En effet, la couverture des structures sanitaires en services de planification familiale est passée de 3% en 1994 à 15% en 1998 avec la formation de plusieurs prestataires en technologie contraceptive. Avant la crise, ce taux était estimé à 35% et aujourd'hui, il peut être estimé à 20% compte tenu de la fermeture de beaucoup de points de prestation de service de planification familiale dans les zones Force Nouvelle.

Tableau 6 : Indicateurs d'utilisation des Produits Contraceptifs

PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION	PERIODE	
	1994	1999
Toutes les méthodes	16,5%	21,0%
PAR METHODE		
Méthodes traditionnelles	10,8%	9,7%
Méthodes modernes	5,3%	10,0%
Pilules	2,5%	3,7%
DIU	N/A	0,3%
Injectables	0,7%	1,1%
Condom masculin	1,9%	4,4%
Stérilisation féminine	N/A	0,2%
METHODE MODERNE PAR AGE		
15-19	5,2%	8,1%
20-24	6,3%	13,4%
25-29	7,4%	12,4%
30-34	6,1%	9,8%
35-39	5,2%	6,7%
40-44	4,1%	10,5%
45-49	2,4%	4,3%
METHODE MODERNE RESIDENCE		
Urbain	8,0%	12,4%
Rural	2,2%	4,6%
METHODE MODERNE PAR ZONE GEOGRAPHIQUE		
Abidjan	9,6%	11,6%
Autres villes		13,2%
METHODE MODERNE PAR NIVEAU D'EDUCATION		
Aucun	2,2%	4,4%
Primaire	7,6%	10,4%
Secondaire	13,2%	19,6%
DEMANDE POTENTIELLE		
Pour l'espacement	36,9%	31,6%
Pour la limitation	8,5%	8,7%

Sources : EDS Côte d'Ivoire 1994 et 1999

Afin de déterminer le profil et les caractéristiques des utilisateurs des produits de contraception, les données ont été collectées sur la répartition des taux de prévalence contraceptive par caractéristiques socio démographiques des utilisateurs. Il ressort de l'analyse du tableau 6 que depuis 1994, les taux de prévalences ont fortement augmenté. Dans l'ensemble, pour les méthodes modernes, l'on est passé de 5,3% en 1994 à 10% en 1998, soit une hausse d'environ 5 points. La demande potentielle pour les produits contraceptifs pour l'espacement des naissances est estimée à 31,6% en 1998 contre 36,9% en 1994. La demande potentielle pour le motif de limitation des naissances qui est estimée à 8,7% en 1998 n'a pas trop évolué depuis 1994. Le milieu de résidence et le niveau scolaire ont une influence sur la prévalence contraceptive. En effet, en milieu urbain, la prévalence était de 12,4% contre 4,6% pour le milieu rural en 1998 et sur le plan du niveau scolaire, c'est parmi les personnes ayant un niveau scolaire d'au moins le primaire que l'on observe les taux les plus élevés.

Tableau 7 : Besoins non satisfaits en planification familiale

BESOINS	PERIODE	
	1994	1999
Pour l'espace	22,6%	14,7%
Pour la limitation	6,3%	4,8%
Total	43,0%	28,0%
METHODE MODERNE PAR AGE		
15-19	53,5%	22,4%
20-24	44,7%	35,0%
25-29	46,6%	27,8%
30-34	42,6%	29,8%
35-39	48,7%	32,0%
40-44	38,0%	18,3%
45-49	17,6%	14,9%
METHODE MODERNE RESIDENCE		
Urbain	45,1%	26,4%
Rural	42,5%	28,3%
METHODE MODERNE PAR NIVEAU D'EDUCATION		
Aucun	43,0%	28,8%
Primaire	47,1%	27,2%
Secondaire	38,5%	20,5%
RAISONS DE NON UTILISATION		
Veut des enfants	50,4%	39,8%
Enquêté (e)s opposé(e)s	1,8%	12,3%
Interdits religieux	7,0%	3,1%
Rapports sexuels peu fréquents	1,5%	1,3%
Accessibilité financière et géographique	N/A	0,2%
Peur des effets secondaires	1,7%	2,1%
Conjoint opposé	1,8%	4,6%
Ménauposée	7,6%	8,4%
Taboux culturels	N/A	0,6%

Sources : EDS Côte d'Ivoire 1994 et 1999

Les besoins non satisfaits en planification familiale sont estimés en 1998 à 28% contre 43% en 1994, soit une diminution de 15 points. Les raisons principales des besoins non satisfaits en Planification Familiale et SONU sont d'ordre programmatique, opérationnel, culturel et religieux.

Au cours de cette étude, l'on a noté que les services ne sont pas toujours disponibles et la plupart de structures sanitaires ne sont pas équipées pour prêter tous les services de SR selon le plateau technique. En outre, le manque de compétence des prestataires à la gestion des produits de SR et en Communication interpersonnelle constitue un facteur limitant.

Les activités clés (actuelles ou planifiées) destinées à résoudre le problème des besoins non satisfaits en Planification Familiale et SONU sont : les consultations foraines, les campagnes IEC/CCC, l'ouverture de nouveaux points de prestation de services, l'élargissement de la gamme des produits contraceptifs, la mise en place d'une base de données des prestataires formées afin d'éviter de former les mêmes personnes plusieurs fois ; l'informatisation des centres régionaux et des districts sanitaires en vue d'avoir des informations en temps réel pour la prise de décision et le respect des règles d'estimation des besoins en produits de SR.

V.4. Offre de services de SR

Le secteur public est composé de 1411 établissements dont 1342 du niveau primaire, 65 du niveau secondaire et 4 du niveau tertiaire. Le réseau privé comprend 25 hôpitaux et cliniques, 97 cabinets médicaux, 212 infirmeries autorisées, 82 services de santé d'entreprise et plusieurs ONG⁸.

Tableau 8: Répartition du Personnel de Santé selon les zones

Emploi	Zones Loyalistes		Zones Forces Nouvelles		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Personnel médical	282	16	1 481	84	1 763
Infirmiers	1 301	18	5 932	8 201	7 233
Sages-femmes	414	209	1 566	791	1 980
Aides-soignants	84	141	513	859	597
Techniciens supérieurs	223	317	480	683	703
Administratifs/travailleurs sociaux	265	114	2 066	886	2 331
Journaliers et occasionnels	931	361	1 648	639	2 579
Total	3 500	204	13 686	76	17 186

Source : Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

L'effectif du personnel de santé du secteur public au 31/12/2001 est de 171 186 agents. Il a été dénombré 1 médecin pour 9 400 habitants, 1 infirmier pour 2 570 habitants et 1 sage-femme pour 1946 femmes en âge de procréer (Source : Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010, Juin 2006). Les standards de services de SR élaborés en 1998 servent de référence à l'offre de services de SR. Ils précisent les activités de SR à réaliser en direction des différents groupes cibles (femme, enfant, adolescent et jeune, homme), le système de référence, la gestion du personnel, la gestion du matériel, des médicaments et de l'équipement, les mécanismes de supervision, de suivi et d'évaluation, le système d'information pour la gestion et la recherche opérationnelle.

Les services de SR tels que la Planification Familiale, les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), la prévention et la prise en charge des IST/VIH/SIDA sont offerts aux populations par les formations sanitaires publiques et privées. Officiellement les services de consultation prénatale, vaccination et planification familiale sont gratuits pour les populations. Mais dans la pratique, certains prestataires font payer ces services surtout dans les zones ex-assiégées.

⁸ Source : Feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles, Avril 2006.

Tableau 9: Evolution de l’effectif des prestataires formés de 2001 à 2003 par le PNSR/PF

PROFILER DES PARTICIPANTS	TYPE DE FORMATION		NOMBRE			
			2001		2003-2004	
Sage femme diplômée d’Etat	Technologie Contraceptive (TC)	Formation des formateurs en TC	83	0	96	38
Infirmier Diplômé d’Etat	Technologie Contraceptive (TC)	Formation des formateurs en TC	38	0	04	1
Médecin	Technologie Contraceptive (TC)	Formation des formateurs en TC	07	0	04	4

Source : Service Logistique Contraceptive

L’offre des services et des produits de SR est assurée par plusieurs institutions et ONG dont :

L’Association Ivoirienne Pour le Bien Etre Familial (AIBEF) a pour objectif de contribuer à la promotion des droits des individus et des familles à l’information, à l’éducation et aux services de qualité dans le domaine de la Santé Sexuelle et de la Reproduction avec un accent particulier sur la prise en compte des jeunes, de l’élimination des avortements à risques et des mutilations génitales féminines (MGF), de la maternité sans risque, de la prise en charge des cas de IST/VIH/SIDA et du renforcement des pouvoirs des femmes. Les produits SR distribués concernent les produits contraceptifs (Pilule, Injectable, DIU, Condom), les tests de grossesse, les Kits IST et les équipements et matériels médicaux.

L’Association Ivoirienne pour le Marketing Social (AIMAS): Marketing social des préservatifs/prévention du SIDA, Planification familiale avec la distribution de la pilule confiance dans les secteurs privé et public, centres de production avec la promotion de la pilule confiance, le condom prudence par des animations, des projections de films et des spots à la télévision nationale. Cette ONG est leader en matière de vulgarisation des condoms. Pour la période 2006-2008, l’AIMAS compte distribuer 100 000 000 millions d’unités de condoms masculins (Prudence), 200 000 unités de condoms féminins (femidon), 4 500 000 cycles de pilule confiance et 800 000 flacons de dépo provéra (injectable 3 mois).

Le Projet Fonds Mondial pour lutter contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et la Malaria : Son but est de renforcer la réponse nationale au VIH/SIDA et la Malaria. Le Fonds Mondial ambitionne de mettre chaque année 5000 personnes sous ARV en première ligne et apporter un soutien à 5% des patients en deuxième ligne. Pour atteindre ces objectifs, les activités d’approvisionnement en ARV et intrants (produits de laboratoire) représentent 80% des activités du Projet. Le projet a signé une convention avec la PSP pour l’approvisionnement des structures sanitaires et des ONG en ARV. Pour cela, du personnel a été recruté et un véhicule a été acheté pour appuyer la PSP. Le lien entre la planification familiale et le Programme PTME est mis en évidence à travers l’utilisation des condoms comme moyen de contraception. En effet, le programme PTME offre aux femmes en âge de procréer le test de VIH/SIDA. Des préservatifs sont fournis à celles qui sont séropositives et pour celles qui sont enceintes, on applique le protocole PTME.

Le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique (MSHP) avec l’appui des partenaires met en œuvre des stratégies destinées à augmenter l’utilisation des services de SR. Dans le cadre du Projet IVC/03/P03, «Promotion de la Santé Sexuelle et de la Reproduction, et prévention des IST/VIH/SIDA parmi les Adolescents et les Jeunes (SSR-AJ/IST/VIH)», l’UNFPA et le Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique ont mis en place un système de prestation des services de SR par une clinique mobile dans le district sanitaire de Katiola en zone sous contrôle des forces nouvelles.

Tableau 10 : Liste des projets du sous programme SR de UNFPA

INT/02/PRK	Intégration du Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) dans les services de Planification Familiale
IVC/03/P02	Promotion de la Santé Sexuelle et de la Reproduction, et prévention des IST/VIH/SIDA parmi les Adolescents et les Jeunes (SSR-AJ/IST/VIH)
IVC/03/P03	Prévention de la Surmorbidity et de la Surmortalité Maternelles parmi les populations affectées par le conflit (SOU/PF)
IVC/03/P06	Appui à la prévention et à la prise en charge des Violences Sexuelles dans les districts sanitaires de Duékoué et de Yamoussoukro (VS)
IVC/00/P03	Programme de Prévention et de Prise en charge des MST/SIDA chez les Femmes Libres et leurs Partenaires (PPP)
IVC/00/P04	Santé de la Reproduction / Planification Familiale au sein des FSU-COM d'Abidjan (FSU-COM)
IVC/00/P05	Clubs Santé des Jeunes
IVC/00/P06	Formation en Système d'Information pour la gestion des programmes de Population/Santé de la Reproduction (SIG/Pop/SR)

Points forts :

- Disponibilité de services intégrés de SR aussi bien en zones ex-assiégées que gouvernementales;
- Existence d'un système de recouvrement des coûts dans le secteur public et aussi dans le secteur privé;
- Existence d'ONG (AIBEF, OHASA) offrant des services de SR;
- Existence du marketing social avec l'Association Ivoirienne de Marketing Sociale (AIMAS);
- Existence d'un centre pilote SONU (CHU de Cocody)

Points faibles :

- Forte dépendance du pays de l'extérieur pour son approvisionnement en produits de SR de qualité ;
- L'insuffisance de matériels adéquats limite l'accès de la population aux services de SR de qualité;
- Faible couverture des structures sanitaires offrant les services de PF, environ 20% ;
- Toutes les gammes de méthodes de contraception ne sont pas offertes en Côte d'Ivoire, c'est par exemple le cas de la CCV et des implants;
- La mauvaise gestion des fonds recouverts par les prestataires a un impact négatif sur la disponibilité des produits de SR dans les structures sanitaires périphériques;
- Les ruptures fréquentes de stock en produits de SR (les ventouses, les kits d'accouchement, les kits d'IST) limitent le respect des directives en matière de SR.
- Il n'y a pas de plateau d'urgence dans les pharmacies des districts et des hôpitaux ; tous les produits sont vendus ;
- La PSP ne fournit pas tous les éléments des kits d'accouchement et des kits d'IST. Les prestataires sont obligés de composer les kits qui sont souvent incomplets et les patients vont acheter dans les pharmacies privées les éléments des kits d'accouchements ;
- Le système de référence et contre référence ne fonctionne pas correctement car les femmes arrivent dans les structures de référence en retard et le personnel médical en périphérie manque de compétence en la matière ;
- Il n'existe pas de manuel de gestion logistique au niveau central et dans les structures

sanitaires.

Recommandations :

- Faire un plaidoyer auprès du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour l'élargissement de la gamme des produits contraceptifs pour inclure la Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) et les implants ;
- Organiser une évaluation du système de recouvrement des coûts des produits de SR en relation avec la disponibilité des produits de SR sur le terrain ;
- Affecter le personnel qualifié et compétent selon les normes dans les structures sanitaires ;
- Renforcer les capacités des prestataires surtout en Planification Familiale, Soins Obstétricaux d'Urgence et néonataux, en la prise en charge intégrée du VIH au niveau de la PTME et la gestion de la logistique des produits ;
- Améliorer le système de référence et de contre référence en équipant les structures sanitaires en ambulance selon les normes ;
- Elaborer un manuel de gestion logistique pour les structures sanitaires.

VI. CAPACITE DE GESTION LOGISTIQUE

Dans cette section, il s'agissait d'apprécier le degré des capacités du personnel et des systèmes en matière de SPSR pour assurer la fourniture de produits et de services, gérer la logistique, établir des projections et assurer l'approvisionnement, le suivi et l'évaluation.

VI.1. Système d'Information de Gestion Logistique

Depuis 1995, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un système national d'information sanitaire appelé Système d'Information de Gestion. Le SIG collecte, traite et analyse les informations en provenance de toutes les formations sanitaires publiques du pays. A partir des données recueillies, le SIG élabore des indicateurs de surveillance épidémiologique (33 maladies font l'objet d'une notification régulière), d'activités sanitaires et d'utilisation de services de santé, ainsi que de gestion du système. Au total quelque cent cinquante indicateurs sont calculés à une périodicité variable (mensuelle, trimestrielle ou annuelle).

Le SIG est fonctionnel depuis le dispensaire rural jusqu'au Centre Hospitalier Régional. Il n'est pas encore implanté dans les Centres Hospitaliers Universitaires où seules les données d'activité sont recueillies. Globalement, il intervient à trois niveaux : le niveau du district sanitaire qui traite les informations en provenance des établissements sanitaires primaires (ESP), des hôpitaux généraux (HG), des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et de la direction départementale (DD) de la santé publique ; le niveau de la région sanitaire qui traite les informations en provenance de ses districts d'appartenance et de la direction régionale (DR) et enfin le niveau central (DIPE), qui regroupe les informations en provenance des Directions Régionales et des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). La validation des données est faite en collaboration avec les Directeurs Départementaux et Régionaux de la santé.

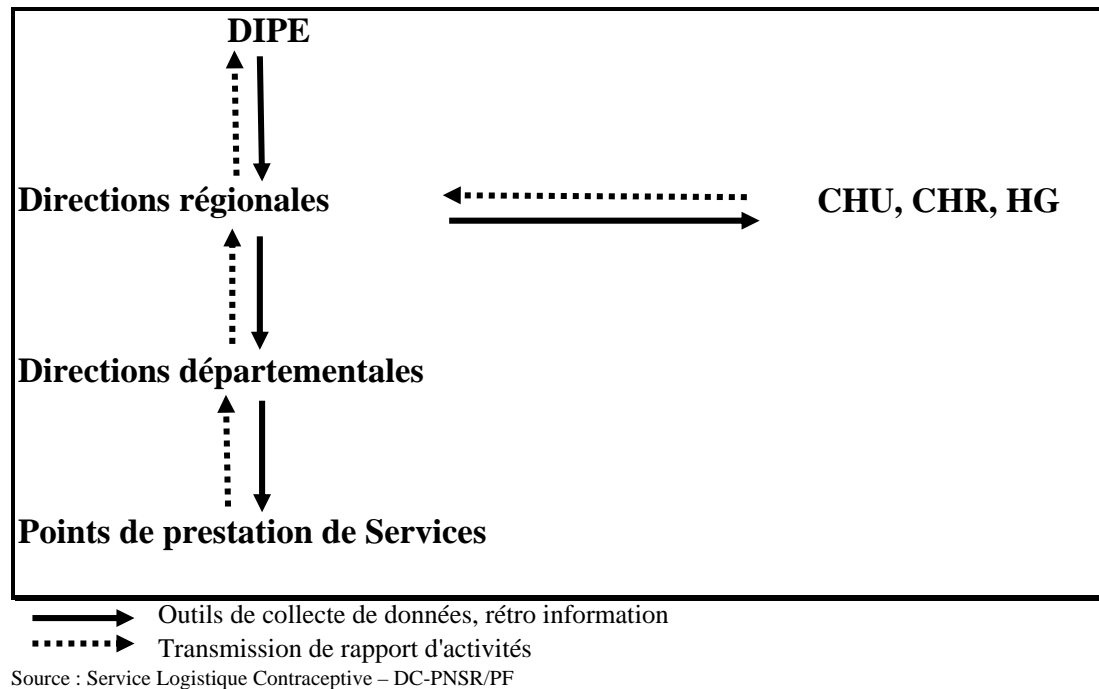
Pour la compilation et l'analyse des données, une application informatique dénommée "Sigvision" a été mise en place et elle permet de constituer une base de données par district, par région et au plan national. Elle permet également un traitement de l'information à tous les échelons de la pyramide sanitaire. Le logiciel est installé principalement dans les districts sanitaires et les régions et est géré par le responsable de la surveillance épidémiologique (CSE). Le CSE reçoit les apports d'activités des structures sanitaires au plus tard le 5 du mois suivant, il les compile et transmet les données au niveau central sur support magnétique (disquette). La production des supports de collecte de données pour alimenter la base de données est décentralisée au niveau des districts sanitaires qui doivent les confectionner sur leur budget.

Au niveau de la Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction et Planification Familiale (DC-PNSR/PF), il existe un logiciel de gestion des stocks créé par le Chef du Service Logistique. Ce logiciel gère les stocks (les entrées, sorties, transferts, ajustement et inventaire). Les supports de collecte de données logistiques utilisés (et informatisés) par le service logistique sont les bons de commande et de sortie, la fiche de stock, la fiche d'inventaire physique, la fiche de réception des produits, la fiche des comptes rendus et la fiche de rapports mensuels.

Dans un souci de décentraliser les activités de SR/PF, la DC-PNSR/PF a fait nommer par les Directeurs Départementaux de la Santé des coordonnateurs des activités de SR/PF. Ces derniers sont chargés non seulement d'approvisionner en produits de SR les différents services de Planification Familiale du district, mais aussi d'identifier les centres à ouvrir, programmer et participer à la formation du personnel de ces centres et superviser les activités de SR/PF dans tout le district. En outre, ils sont chargés de collecter tous les rapports mensuels des centres du district pour produire un rapport de synthèse du district qu'ils acheminent à la DC-PNSR/PF.

Les rapports mensuels d'activités sont produits par les PPS qui les transmettent aux coordonnateurs PF au plus tard le 05 du mois suivant. Les rapports logistiques du mois en cours doivent parvenir au Service logistique au plus tard le 15 du mois suivant. Mais, de façon générale, le taux de complétude et de promptitude sont assez faibles (10 à 15%). Les outils de collecte de données sont régulièrement distribués et les quantités disponibles évaluées par le Service Logistique de la DC-PNSR/PF. Selon le niveau de stock, le Service logistique évalue les quantités à commander et passe la commande auprès de la comptabilité qui après un appel d'offre lancé auprès des imprimeries locales achète les outils sur le budget de la Direction.

Figure 1 : Circuit de l'Information Sanitaire



VI.2. Prévision

Les prévisions des besoins au niveau de la DC-PNSR/PF sont faites par le chef du service logistique de la DC-PNSR/PF en tenant compte des consommations historiques, des données démographiques et des objectifs du programme à court, moyen et long terme.

L'estimation des besoins et l'approvisionnement des districts et des Points de Prestation de Service (PPS) sont assistés par ordinateur. En effet, deux logiciels de gestion des approvisionnements sont utilisés par le service de la logistique contraceptive. Au niveau des estimations des besoins du pays et la commande des produits contraceptifs, on utilise le logiciel « PIPELINE » développé par l'ONG Américaine FPLM devenue aujourd'hui DELIVER pour produire le tableau d'acquisition des contraceptifs (TAC) ainsi que le logiciel Country Commodity Manager (CCM) développé par UNFPA.

Ces logiciels sont d'une aide appréciable car ils permettent de connaître, lorsque les données sont à jour, le niveau de consommation, les besoins et les périodes probables de commande des produits contraceptifs. Le service de la logistique contraceptive de la DC-PNSR/PF a développé un logiciel de gestion qui fournit les inputs aux deux premiers logiciels ci-dessus cités. Il permet de stocker les informations sur les commandes, les stocks et les distributions des produits de santé de la reproduction et le personnel des différents districts et PPS. Les données sont saisies par région, district et formation sanitaire.

Tableau 11 : Besoins estimatifs en produits Contraceptifs et associés pour 2006-2011

Méthode	Produit	Disponible 15/00/06	CMM*	Besoins 2006	Besoins 2007- 2011	Unité
Préservatif	Condoms masculins	19 156 000	375 000	-	3 344 000	Pièce
	Condom féminins	95 700	35 000	-	2 004 300	Pièce
DIU	Copper T380A	1 337	285	-	15 763	Pièce
Injectable	Noristérat (2 mois)	80 200	9 865	78 920	432 780	Ampoule
	Dépo provéra (3 mois)	46 700	13 228	105 824	641 156	Flacon
Pilule	Microgynon	659 220	27 416	219 328	766 412	Cycle
	Lofemenal	541 200	19 766	158 128	486 632	Cycle
	Microlut	71 160	6 000	48 000	240 840	Cycle
	Néogynon	-	6 000	48 000	312 000	Cycle
	Postinor 2	19 800	6 000	48 000	292 200	Cycle
Spermicide	Néosampoon	212	200	1 600	10 188	Tube
Matériel	Séringues 2cc	126 900	23 093	184 744	1 073 936	Pièce
	Gant de révision utérine	-	2 625	21 000	136 500	Pièce
Médicament	Test de Grossesses	-	8 500	68 000	442 000	Pièce

Source : Service Logistique - DC-PNSR/PF - Octobre 2006

En dehors des contraceptifs, il n'a pas été possible d'obtenir les données sur le stock de médicaments, de matériels et d'équipements disponibles dans les formations sanitaires publiques afin de déterminer le gap à combler par rapport aux normes définies. L'estimation des besoins pour les kits de médicaments, réalisée à partir des données de distribution de 2005 obtenues au niveau de la PSP, est présentée sur le tableau ci-dessous.

Tableau 12: Besoins estimés en kits et médicaments de santé de la reproduction

Produits (Kit)	Hypothèse 1 : Accroissement de 15% par an		Hypothèse 2 : Accroissement de 5% par an	
	Besoins 2007- 2008	Coût des besoins (FCFA)	Besoins 2007- 2008	Coût des besoins (FCFA)
Accouchement rural	696 759	-	476 030	-
Accouchement urbain	416 076	624 113 527	284 265	426 397 948
Urétrite Primaire	173 013	127 337 314	118 203	86 997 585
Leucorrhée Primaire	123 712	259 547 088	84 521	177 324 062
Carnet de santé de de la mère et de l'enfant	112 887	16 933 002	77 125	11 568 724
Ulcération génitale	104 523	125 845 355	71 411	85 978 270
Leucorrhée GP	67 794	117 826 710	46 318	80 499 885
Cervicite	43 175	164 842 691	29 498	112 621 474
Urétrite S	34 883	44 091 503	23 832	30 123 568
Leucorrhée S	22 497	46 209 011	15 370	31 570 262
Salpingite S	13 812	40 676 699	9 437	27 790 555
Cervicite G	4 396	46 382 006	3 003	31 688 453
Leucorrhée GS	4 280	37 917 084	2 924	25 905 169
Salpingite P	4 048	31 102 527	2 766	21 249 425
Total	1 821 855	1 682 824 517	1 244 703	1 149 715 380

Source : Pharmacie de la Santé Publique, Direction de distribution

L'estimation des besoins en kits de médicaments pour la période de 2007 à 2011 a été réalisée sur la base d'un taux d'accroissement de 15% par an utilisé par la PSP pour ses prévisions (Hypothèse 1). Toutefois, au regard du taux d'accroissement de la population qui est de 3,5% par an, une estimation des besoins prenant comme hypothèse un taux d'accroissement des besoins de 5% par an a été également effectuée (Hypothèse 2).

Le coût des besoins en kits de médicaments pour la période 2007-2011 est de \$3 365 649 pour l'hypothèse 1 et \$2 299 431 pour l'hypothèse 2 (Voir en annexe 2 le contenu des kits de médicaments).

Un ajustement de ces besoins s'avère indispensable tous les 12 mois pour tenir compte des nouvelles tendances de consommation. Une commande d'urgence devra être faite pour les produits dont le nombre de mois de stock disponible est en dessous du niveau minimum requis pour tout le réseau de distribution afin d'éviter les ruptures de stock sur le terrain. Il s'agit de : DIU, Noristérat, Dépo provera, Pilule progestative et Néosampoon.

VI.3. Approvisionnement et distribution en produits de SR

VI.3.1. Approvisionnement en produits de SR

Dans le cadre de l'approvisionnement des produits de santé de la reproduction, le PNSR/PF bénéficie de l'appui technique et financier des partenaires au développement dont le principal est UNFPA. De 1998 à 2002, les produits de SR du PNSR/PF ont été financés par la Banque Mondiale à travers le Projet PDSSI. Suite aux recommandations de l'atelier régional sur la Sécurisation en Produits de Santé de la Reproduction (SPSR) organisé à Abidjan en 2002 par UNFPA et face aux demandes croissantes des produits de SR, le PNSR/PF avec l'appui financier et technique de UNFPA, a mis en place un projet de sécurisation des produits de SR. Ce projet a permis d'acheter les produits contraceptifs pour la période 2003-2004.

Les besoins de 2005-2007 ont été financés sur les fonds du «Thematic Trust Fund for Reproductive Health Commodity Security (TTF-RHCS)» de UNFPA dont l'achat de 30 millions de condoms masculins et 100 000 unités de condoms féminins pour les besoins de planification familiale et de prévention des IST/VIH/SIDA. Ce fonds, d'un montant de 75 millions USD (41 milliards deux cent cinquante millions FCFA) a été mis en place par UNFPA grâce à l'appui financier des membres de l'Union Européenne, de la Commission Européenne et du Gouvernement Canadien avec pour objectif principal de combler le déficit en produits de Santé de la Reproduction (SR), et procurer de l'assistance technique aux pays pendant deux ans (2005-2006).

Le processus de passation des commandes est le suivant : les besoins sont estimés par le Service logistique de la DC-PNSR/PF qui les transmet ensuite à l'UNFPA à travers le logiciel CCM. Et les produits sont achetés par la centrale d'achat de UNFPA. Les procédures administratives (formalités douanières, établissement de la franchise, demande d'exonération, etc.) sont effectuées conjointement par la DC-PNSR/PF et UNFPA.

La Pharmacie de la Santé Publique s'approvisionne par appel d'offre national et international. Les médicaments sont payés sur son budget alloué par l'Etat (20 milliards de FCFA) et le recouvrement de coûts effectué par les prestataires. Pour s'approvisionner en produits de SR auprès de la PSP, les districts et structures sanitaires utilisent les fonds générés par le recouvrement de coûts en complément de la subvention accordée par l'Etat pour leur réapprovisionnement. Les recettes de la PSP sont versées au trésor public. Les formations sanitaires font leur commande à la PSP en fonction des ressources dont elles disposent. Ceci favorise les ruptures de stock pour les produits de grande consommation tels que les gants, l'ocytocine et les kits d'accouchement.

La PSP dispose de véhicules en bon état et en quantité suffisante pour l'acheminement des produits de SR dans les différents districts sanitaires et les structures sanitaires du secteur public. Au niveau de la DC-PNSR/PF, il n'existe pas de moyens logistiques. Le programme a d'abord utilisé l'expédition des médicaments à travers les transporteurs privés qu'il a ensuite abandonnée au profit du réapprovisionnement direct effectué par les coordonnateurs qui se déplacent et le programme paie leur transport.

Figure 2: Circuit de distribution des produits de SR et associés dans le secteur public

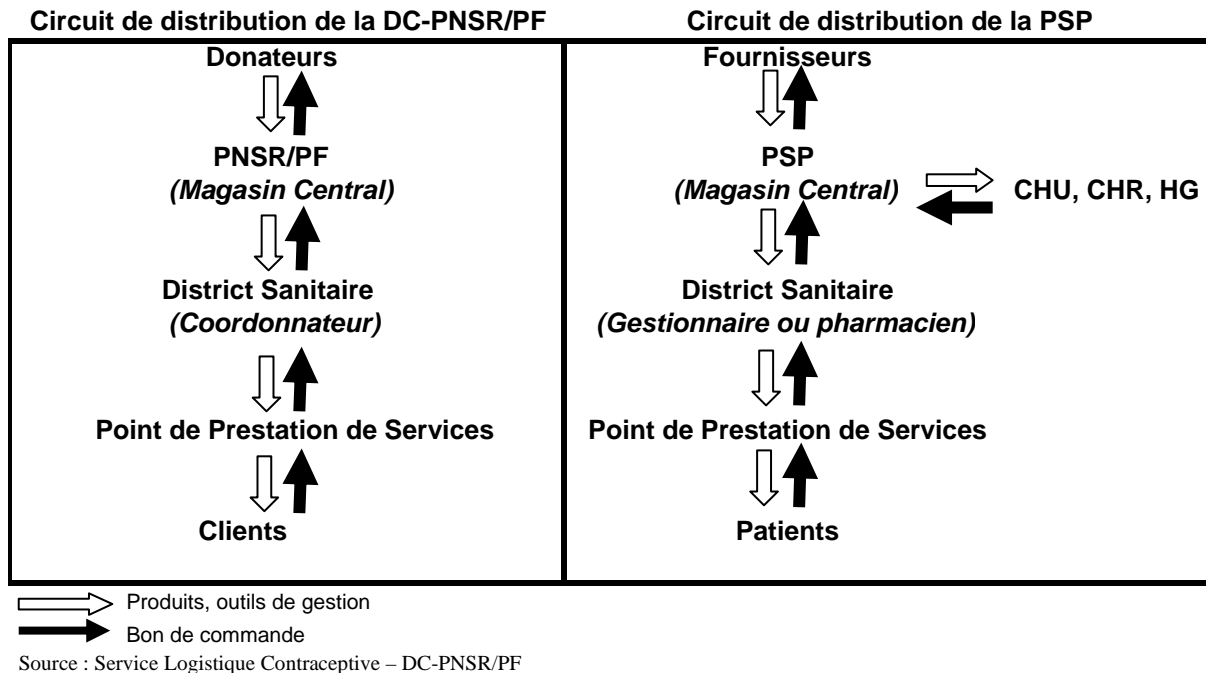


Tableau 13: Approvisionnement en produits de SR

LIBELLE	UNITE	Commandes PDSSI			Total PDSSI	UNFPA/ IVC03/PO4		UNFPA/ CM B5R201	Total UNFPA
		1998	2000	2004		2004	2005	2006	
Condom masculin	Pièce	79 056	79 056	-	158 112	1 180	108 000	30 000 000	30 109 180
Condom féminin	Pièce	-	-	-	-	-	-	100 000	100 000
Copper T380A	Pièce	452	3 500	-	3 952	-	1 500	1 000	2 500
Dépo provéra	Flacon	48 600	503 000	-	551 600	3 800	10 000	120 000	133 800
Iofemenal*	Cycle	-	396 264	-	396 264	160 000	235 200	501 000	896 200
Microgynon	Cycle	73 920	44 880	218 000	336 800	132 000	250 000	585 492	967 492
Microlut	Cycle	56180	115200	-	171 380	1500	60000	77 760	139 260
Néogynon	Cycle	38 720	179 520	35 000	253 240	45 000	-	-	45 000
Néosampoon	Tube	7 258	31 200	-	38 458	-	6 000	-	6 000
Noristérat	Ampoule	125 400	30 400	90 000	245 800	2 300	5 000	-	7 300

Source : Service Logistique - DC-PNSR/PF - Octobre 2006

Pour l'approvisionnement des structures sanitaires en produits de SR et en particulier en produits contraceptifs, la DC-PNSR/PF a toujours bénéficié de l'appui financier et technique des partenaires au développement. Depuis 1998, le financement des produits de SR est assuré par la Banque Mondiale à travers le Projet PDSSI et UNFPA à travers le Projet IVC/03/P04 et le fonds d'affectation spéciale pour les pays sous développés. Les principaux problèmes rencontrés dans l'approvisionnement des structures sanitaires sont l'insuffisance des fonds pour assurer un approvisionnement adéquat.

Tableau 14 : Mobiliers de bureau pour les 64 nouveaux centres PDSSI

LIBELLE	QUANTITE POUR 1 CENTRE	QUANTITE POUR 64 CENTRES
Banquettes extérieures de 3 places chacun	7	446
Coques «MIPA» Marron	21	1 338
Bureau sage femme	1	64
Chaises visiteurs	2	128
Fauteuil Sage Femme	1	64

Source : Service Logistique - DC-PNSR/PF - Octobre 2006

Dans le cadre de la réhabilitation de 64 structures sanitaires identifiées en 1999 par le Projet PDSSI, une commande de mobilier de bureau et de banquettes a été passée à l'Entreprise MOBIDIS pour les confectionner. La plupart de ces équipements et mobiliers ont été réceptionnés par le PDSSI qui n'a remis à la DC-PNSR/PF que 248 banquettes extérieures sur 446 et 744 coques MIPA marron sur 1338.

Les équipements et matériels médicaux distribués par le PNSR/PF ont été achetés par la Banque Mondiale à travers le projet PDSSI. Ils font partie des commandes de 1998 et 2000⁹ passées par le Projet PDSSI à travers la centrale d'achat de UNFPA. L'acquisition des produits de SR dans le cadre de la commande 1998 du Projet PDSSI a rencontré beaucoup de problèmes. En effet, à l'exception des produits contraceptifs et des kits d'insertion de DIU, des kits médicaux type I et II, tous les autres matériels et équipements médicaux (stérilisateurs, tambour, balance pèse personne, lampe gynécologique, etc.) n'ont jamais été réceptionnés par le Service de la Logistique Contraceptive.

Pour l'année 2000, le PNSR/PF a passé une commande de matériels et équipements médicaux pour deux cents (200) structures sanitaires du MSHP. Ces équipements ont été réceptionnés et stockés dans le magasin central du PNSR/PF. Cependant, compte tenu du temps que ces matériels ont passé au port avant d'être enlevés, beaucoup de matériels ont été perdus.

VI.3.2. Distribution des produits de SR

Circuit de distribution du PNSR/PF : L'approvisionnement des districts sanitaires se fait à partir du niveau central par le service de la logistique contraceptive. Ce sont les coordonnatrices et coordonnateurs de SR/PF qui à leur tour approvisionnent les PPS. Mais, les districts où il n'existe pas encore de coordonnatrices, les PPS viennent directement s'approvisionner au niveau central.

Circuit de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) : La PSP distribue les médicaments de la liste nationale des médicaments essentiels selon les niveaux opérationnels de la pyramide sanitaire. En effet, dans chaque district sanitaire, il existe une pharmacie de la PSP et dans les structures sanitaires comme les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Hôpitaux Généraux (HG), les Centres de Santé Urbain (CSU), les centres de Santé Ruraux (CSR), etc. Dans ces différentes structures, selon l'importance, il existe un pharmacien et/ou un gestionnaire Préparateur en Pharmacie chargé de la gestion de la pharmacie de la structure. La PSP approvisionne les structures de l'intérieur une fois par mois, celles d'Abidjan une fois par semaine, les EPN et les CHU deux fois par semaine.

Les produits de SR généralement utilisés dans les formations sanitaires sont : le fefol, l'amoxicilline, la chloroquine, le Fansidar, le paracétamol, la pyrantel 125 mg, le Bactrim sirop, la Flavoquine sirop, le pyrantel sirop, le Flagyl comprimé et sirop, le Vit K1 injectable, le Spasfon injectable, Loxen injectable, le Valium, le salbutamol injectable, le Flagyl injectable, l'Augmentin et les solutés.

⁹ Voir annexes 8 et 9

Tableau 15 : Quantité de Produits SR Distribuée par PNSR/PF (2004-2008)

DESIGNATION	Unités	Quantité distribuée		
		2 004	2 005	2 006
Condom féminin	Pièce	887	145	5 000
Condom masculin	Pièce	803 970	23 653	1 003 542
Copper t 380A	Pièce	1 254	966	1 290
Dépo provéra (3 mois)	Flacon	76 294	33 179	63 486
Noristérat (2 mois)	Ampoule	47 698	67 880	50 147
Lofemenal	Cycle	133 016	120 904	82 684
Microgynon	Cycle	205 631	171 555	136 417
Microlut	Cycle	26 664	29 282	14 471
Neosampoon	Tube	440	4 619	1 279
Postinor	Cycle	N/A	N/A	500
Séringues	Pièce	104 710	98 057	98 875
Kit d'accouchement urbain	Pièce			1 200
Syntocinon 5 U.1./ml	Boite			1 200

Source : Service Logistique Contraceptive – DC-PNSR/PF

Des équipements¹⁰ ont été achetés dans le cadre du Projet PDSSI en 2000 et réceptionnés en 2002-2003. Ils étaient destinés à équiper deux cent (200) structures sanitaires du secteur public, notamment les structures du Nord du pays. Mais à cause de la Guerre, la plupart de ces équipements ont été distribués dans les zones sous contrôle gouvernemental. A ce jour, 150 structures sanitaires ont été équipées avec ces matériels et équipements médicaux.

Parallèlement au système de distribution du secteur public, il existe beaucoup d'autres systèmes de distribution des produits contraceptifs, à savoir le réseau de distribution de l'Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familial (AIBEF), le système de PSI/AIMAS, le système de distribution des projets et le circuit du secteur privé pharmaceutique.

Circuit de l'Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familiale (AIBEF) :

L'AIBEF distribue ses produits à travers les structures du secteur public et ses propres antennes. En effet, il existe une convention entre l'AIBEF et le MSHP qui autorise cette ONG a utilisé certaines structures du MSHP pour prester les services de SR.

Circuit de distribution de l'Association Ivoirienne pour le Marketing Social : AIMAS approvisionne exclusivement le secteur privé en produits de SR. Les condoms sont ainsi distribués dans les hôtels, les kiosques à café, les boutiques et des kiosques construits par AIMAS. Au niveau des pharmacies privées, ce sont les pilules confiance et les condoms qui sont mis à leur disposition. Le budget de distribution de l'AIMAS constitue 60% de son budget global et pour le 3^{ème} cycle, ce taux passera à 63-65%. Pour mieux distribuer ses produits à travers tout le pays, AIMAS a signé un contrat avec deux laboratoires pharmaceutiques (CIPHARM, LPCI) et aussi avec des grossistes répartiteurs qui sont DPCI, Copharmed et Laborex. Pour l'instant pour des raisons de crise armée, l'AIMAS ne distribue pas ses produits en zones sous contrôle des FAFAN.

Circuit de distribution du privé commercial : Il existe des grossistes pharmaceutiques (Copharmed, Laborex, DPCI) qui importent les produits de SR selon les procédures de la DPM pour les distribuer aux pharmacies privées.

Autres circuits de distribution : Les autres distributeurs de produits de SR sont représentés par le secteur informel. Dans le cadre de cette, il n'a pas été possible de mesurer en termes de pourcentage leur contribution. Cependant, on y trouve la plupart des produits contraceptifs.

¹⁰ Voir annexe 8

VI.3.3. Procédures de contrôle d’inventaire

La PSP utilise le système de *réquisition* pour approvisionner les districts sanitaires et au niveau de la DC-PNSR/PF, les deux systèmes d’approvisionnement à savoir *la réquisition* et *l’allocation* sont utilisés à la fois pour approvisionner les structures sanitaires ; l’allocation est utilisée pour les nouveaux centres et la réquisition pour les anciens. Le circuit de distribution des produits contraceptifs aux formations sanitaires publiques par le PNSR/PF respecte la pyramide sanitaire pour laquelle les niveaux de stock minimum et maximum sont définis comme il suit :

Tableau 16 : Caractéristiques du réseau de distribution au niveau du secteur public

	Niveau Minimum de stock (mois)	Niveau Maximum de stock (mois)
Magasin central (DC-PNSR/PF)	6	12
Direction Départementale	3	6
Point de Prestation de Service de SR	2	4
Total	11	22

Source : Service Logistique Contraceptive – DC-PNSR/PF

Il n’existe pas de directives ou politiques formelles comme un manuel logistique établies pour les niveaux maximum et minimum. Cependant, les prestataires sont formés à l’utilisation du système de contrôle des niveaux max-min et ce système est respecté à tous les niveaux. Avec le système max-min, les structures sanitaires lancent des commandes normales lorsque le niveau de stock atteint le niveau minimum indiqué dans le tableau ci-dessus. Et lorsque pour une raison ou une autre le stock descend jusqu’au niveau du stock de sécurité alors les structures sanitaires passent une commande d’urgence qui représente une petite quantité par rapport à la commande normale. La politique d’entreposage et de sortie des produits utilisée à tous les niveaux par le programme est la procédure de premier arrivé premier sorti (PPPS). Les produits dont les dates de péremption sont éloignées sont rangés au fond du magasin et ceux dont les dates de péremption sont proches sont rangés à l’entrée du magasin. Ainsi, le magasinier ne sort en premier que les produits dont les dates de péremption sont proches. Les différents niveaux calculent leur réapprovisionnement selon le système Max-min en utilisant la formule suivante : $QAC = Stock\ max - Stock\ disponible\ et\ utilisable - les\ commandes\ en\ cours$. Les produits périmés/endommagés sont séparés des autres produits et retirés des documents de gestion de stock à tous les niveaux.

Les produits périmés au niveau du magasin central du PNSR/PF au cours des douze derniers mois sont : Néosampoon, Dépoprovera, Microgynon. Ces produits ont été livrés à quelques mois de leur date de péremption. Au niveau du magasin central de l’AIBEF, il y a eu la péremption des seringues et des pilules Norlevo (Pilule d’urgence). Des ruptures fréquentes de stock en produits contraceptifs ont été observées au cours des douze derniers mois sur le terrain. Les produits en rupture de stock le jour de la visite dans la plupart des centres visités sont : Dépoprovera, Microgynon, DIU et Néosampoon. Au niveau de la DC-PNSR/PF, les ruptures de stock sont dues au fait que le programme reçoit souvent des transferts de produits des pays comme le Libéria. Et généralement, les dates de péremption de ces produits sont proches. L’autre cause est relative à l’insuffisance de compétence des prestataires pour gérer convenablement les stocks de produits. Les ruptures de stock ont entraîné une baisse des activités et l’abandon des traitements par les patients.

VI.3.4. Entreposage et stockage

Il existe des directives écrites pour l'entreposage et la manutention des produits de SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (les directives de DELIVER). Le programme conduit chaque trois mois un inventaire physique au niveau central et dans les districts sanitaires, mais il n'a jamais réalisé d'inventaire physique annuel de tout le système logistique. Certains produits comme les vaccins du PEV, les sérums anti-venimeux, la synto et les injectables (dépoprovéra) ont besoin de la chaîne de froid. Mais, tous ne bénéficient pas toujours de la chaîne de froid. C'est le cas par exemple du dépoprovéra qui n'en bénéficie pas. La capacité de stockage des produits de SR au niveau du PNSR/PF n'est pas adéquate car le programme ne possède pas de magasin de stockage. C'est ainsi qu'il a été obligé de louer un magasin de stockage de 350 m² à 500 000 francs CFA par mois. Il existe des directives de destruction des produits endommagés/périmés à la DPM auxquelles tous ceux qui veulent détruire des produits doivent se conformer. Mais jusqu'ici, bien que le programme ait des produits périmés, il n'a pas encore procédé à leur destruction.

Pour résoudre le problème d'espace de stockage inadéquat, le programme envisage confier à la PSP la gestion des produits de SR. Des réunions ont été faites dans cette perspective et l'application des recommandations de ces réunions est en cours. En effet, Le PNSR/PF avec le l'appui financier et technique de l'ONG américaine «Family Planning and Logistics Management (FPLM)», a organisé du 30 juin au 21 juillet 1999 à Grand Bassam, un atelier sur la planification des activités de mise en place du système logistique des contraceptifs. L'une des recommandations fortes de cet atelier a été l'introduction de la distribution des produits de SR dans le circuit de distribution de la PSP. En effet, la PSP a non seulement l'expertise de la distribution des médicaments essentiels mais aussi les moyens techniques, les compétences nécessaires pour rendre cette gestion optimale. Par la même occasion, la PSP procédera au recouvrement des coûts des produits de SR à travers ses diverses agences comptables.

Pour s'assurer de la qualité des produits de SR que le programme reçoit et surtout s'assurer à tout moment de la qualité des produits qui sont mis à la disposition des clients, les gestionnaires de magasin et les prestataires font des inspections visuelles des produits. Lors de la réception en 2005 de produits donnés au programme par UNFPA en provenance du Libéria, le programme a remis au Laboratoire National un échantillon pour analyse ; malheureusement, le Laboratoire national n'a pas pu effectuer les tests car ne disposant pas de moyens pour le faire.

Points Forts

- Existence d'un système d'Information de Gestion Logistique fonctionnel à la DC-PNSR/PF, à l'AIBEF et à l'AIMAS ;
- Informatisation de la gestion des produits contraceptifs au niveau du PNSR/PF, AIBEF et AIMAS;
- Dans le secteur public, les importations des médicaments sont exonérées des droits de douane ;
- Existence d'une unité logistique au niveau national jouant le rôle de centrale d'achat (PSP);
- Disponibilité des données au niveau du PNSR/PF, de l'AIBEF et de l'AIMAS pour l'estimation des besoins en produits contraceptifs ;
- Existence d'une volonté politique de transférer la gestion des produits contraceptifs à la PSP;

Points faibles

- Ruptures de stock des outils de collecte de données, des produits contraceptifs, de l'ocytocine, du bactrim, des Kits de matériel de CPN et d'accouchement dans certaines formations sanitaires publiques ;
- Il n'existe pas de segmentation de marché entre les secteurs public, privé, marketing social et ONG ;
- La DC-PNSR/PF ne dispose pas de magasin adéquat pour stocker les produits de SR ;
- Insuffisance de données de consommation des produits de SR pour les estimations des besoins ;
- Non respect des procédures de gestion logistique des prestataires avec la PSP d'une part et de la PSP avec ses fournisseurs à cause des ruptures fréquentes des produits à la PSP dont le délai de livraison avec ses fournisseurs est supérieur à six mois ;
- Absence de mécanisme d'amortissement pour le renouvellement des matériels et équipements médicaux à tous les niveaux ;
- La PSP n'a pas une autonomie de gestion, 70% des recettes sont versées dans le panier commun du trésor. Ces fonds ne sont pas toujours disponibles pour son réapprovisionnement et honorer ses engagements auprès de ces fournisseurs, la structure est donc endettée à raison de 9 milliards de francs CFA.

Recommandations :

- Organiser une étude pour identifier les stratégies d'introduction de la gestion des produits de SR dans le circuit de distribution de la PSP ;
- Finaliser la signature de la convention entre la DC-PNSR/PF et la PSP pour le transfert de la gestion des produits contraceptifs à la PSP ;
- Renforcer la capacité de stockage et de distribution des produits de la PSP ;
- Renforcer la politique de maintenance et de renouvellement des matériels et équipements au niveau des formations sanitaires publiques ;
- Renforcer les capacités de la PSP et des districts sanitaires pour la gestion de la logistique des produits de SR au niveau central et opérationnel
- Informatiser la gestion des matériels et équipements médicaux dans les directions régionales et départementales ;
- Mettre en place un mécanisme de segmentation de marché entre les secteurs public, privé, marketing social et ONG.

VII. SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi évaluation des activités permet d'améliorer la qualité des services offerts. Il permet en outre d'établir un tableau de bord pour les décideurs en indiquant les niveaux d'atteinte des objectifs. Cependant, l'analyse situationnelle a révélé une insuffisance des supervisions formatives dans les unités sanitaires ; il n'existe pas de plan de supervision.

Points forts :

- Existence d'un guide national de supervision intégrée ;
- Existence d'un pool de superviseurs matérialisé par l'équipe cadre de district composée du Directeur départemental, le responsable du centre de surveillance épidémiologique, le coordonnateur PEV, le Coordonnateur PF et le Gestionnaire préparateur en pharmacie ;
- Les superviseurs ont la capacité et les compétences de suivre les activités de SR, mais pour les activités de SPSR, ils ont besoin d'un renforcement de capacité ;
- Les supervisions au niveau des districts sanitaires en zones ex-assiégées se font de façon mensuelle. Le carburant est financé par UNICEF dans les zones ex-assiégées tandis que dans les zones gouvernementales, il est financé sur le budget des districts sanitaires.

Points faibles :

- Les coordonnatrices de SR ne sont pas formées pour suivre les indicateurs de SR et effectuer des supervisions au niveau des structures sanitaires ;
- le guide national de supervision intégrée n'a pas été disséminé ;
- Il n'existe pas de plan de supervision ou de suivi et évaluation ;
- Aucun pool de superviseurs en SPSR n'existe au niveau de la DC-PNSR/PF;
- Insuffisance de supervision des points de prestation de service (unités sanitaires) à cause de moyens financiers et de moyens logistique ;
- Il n'existe pas de manuel de gestion logique des produits de SR.

Recommandations :

- Organiser un atelier pour développer un plan de suivi et évaluation incluant la supervision ;
- Mettre en place un pool de superviseurs en SR/PF au niveau de la DC-PNSR/PF doté de ressources humaines et matérielles pour effectuer des activités de supervision ;
- Suivre l'exécution du Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs ;
- Évaluer le niveau d'atteinte des objectifs fixés dans le plan stratégique de sécurisation des produits de SR.
- Organiser un atelier pour développer un manuel de gestion logistique des produits de SR.

VIII. CONCLUSION

L'analyse du système de SPSR a permis de déterminer les forces et faiblesses de chacune des composantes du système en place. Les défaillances les plus importantes portent sur la gestion des contraceptifs par la DC-PNSR/PF, l'utilisation des fonds générés par le recouvrement de coûts pour le réapprovisionnement des points de prestation en produits de SR auprès de la PSP et la coordination des interventions en SR par la DC-PNSR/PF.

L'estimation des besoins en produits de SR pour la période 2007-2011 a été effectuée pour les contraceptifs et les kits de médicaments sur la base des données de distribution obtenues au niveau central. Le coût des besoins en contraceptifs pour les cinq prochaines années est de \$ 2 171 003. Le coût des besoins en kits de médicaments est de \$2 299 431 pour une hypothèse de 5% de taux d'accroissement annuel des besoins. Ces estimations méritent d'être ajustées tous les 12 mois en fonction des nouvelles tendances de consommation des produits.

Les prochaines étapes à court terme sont l'organisation d'un atelier pour la sélection des produits de santé de la reproduction prioritaires et ensuite élaborer le plan de sécurisation des produits de santé de la reproduction.

ANNEXES

ANNEXE 1
TERMES DE REFERENCE DE LA MISSION

**ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA SECURISATION DES
PRODUITS DE SANTE DE LA REPRODUCTION**

I. Contexte et Justification

La conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 au Caire, a mis l'accent sur l'accès aux produits de la Santé de la Reproduction pour tous ceux qui en ont besoin d'ici 2015. Cela implique notamment l'accès aux produits contraceptifs et aux condoms pour la prévention des infections sexuellement transmissibles et le virus immunodéficience (IST/VIH) ou tout autre produit de la santé de la reproduction dans les composantes de la planification familiale, la santé maternelle, la prévention des IST/VIH avec un accent particulier sur l'égalité des sexes et l'émancipation de la femme.

Les pays en développement ne pourront atteindre les objectifs de la CIPD, à savoir l'accès universel aux produits de la santé de la reproduction pour tous d'ici 2015 ou les objectifs de développement du millénaire que s'ils arrivent à sécuriser les produits contraceptifs et associés. La situation est particulièrement critique en Afrique.

En Côte d'Ivoire, depuis 2003 et dans le cadre de son cadre d'intervention en SR, l'UNFPA appuyant le pays dans le but de sécuriser les produits de la SR, a contribué à la mise en œuvre, en partenariat avec le Ministère de la santé et de l'hygiène publique, d'un projet titré «sécurisation en produits de la santé de la reproduction et associés». Ce projet initialement prévu pour couvrir les besoins des zones d'intervention a dû approvisionner en produits contraceptifs, l'ensemble des points de prestation de services de SR du secteur public. On note cependant des ruptures de stock fréquentes en produits de santé de la reproduction, un manque de moyens logistiques pour la distribution des produits de SR, une insuffisance de personnels au niveau du service logistique pour la supervision des points de prestation de services de SR et surtout l'absence d'un cadre formel de coordination des activités de SPSR.

Face à tous ces problèmes et dans le but de préparer l'élaboration du plan stratégique national de SPSR de Côte d'Ivoire, le PNSR/PF en collaboration avec le bureau pays UNFPA sollicite l'appui technique de la Conseillère Régionale en logistique de l'Equipe d'Appui Technique de UNFPA DAKAR (EAT) et financière de l'EAT Dakar, pour faire l'analyse situationnelle du système de sécurisation des produits de SR.

II. But et Objectifs de la mission

a) But

Le but de cette étude est de faire l'analyse situationnelle du système de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction de la Côte d'Ivoire et de formuler des recommandations pour le renforcer et l'améliorer.

b) Objectifs

- Identifier les forces et faiblesses du système de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (système logistique, financier, coordination, prestation et demande de service, etc.) ;
- Estimer les besoins de la Côte d'Ivoire en produits de SR pour la période 2007-2010 ;
- Identifier les parties prenantes et leur capacité de financement dans la Santé de Produits de Santé de la Reproduction ;
- Appuyer à la mise en place un comité national pour une meilleure coordination des activités de la santé de la reproduction.

III. Tâches de l'équipe

- Elaborer un calendrier détaillé de l'étude ;
- Elaborer les outils de collecte de données ;
- Collecter des données sur la situation de la SPSR ;
- Elaborer un plan de présentation des principaux résultats intégrant les recommandations pour le renforcement et l'amélioration du système de SPSR ;
- Rédiger le rapport de l'étude ;
- Faire une présentation des principaux résultats;
- Elaborer une cartographie des interventions de sécurisation des produits de SR ;
- Former un groupe restreint composé des partenaires, du Ministère de la Santé Publique et du bureau UNFPA à l'utilisation de l'outil d'évaluation du système de logistique (RHCSAT ou SPARHCS)

IV. Méthodologie

L'étude sera conduite par une équipe composée d'un consultant national, de la Conseillère Régionale en logistique et d'un expert du bureau UNFPA Bénin, Dr Soudé Théodore et. Différentes méthodes de collecte de données seront utilisées pour rassembler les données appropriées. En effet, la collecte de données avec l'outil Reproductive Health Commodity Security Assessment Tool (RHCSAT) ou Strategy Pathway for Reproductive Health Security (SPARHCS) se fera à travers l'organisation de groupes de discussions dirigées et d'interviews individuelles de personnes ressources pendant que d'autres données seront collectées à travers des réunions du groupe de travail, la revue documentaire et les visites de terrain (PNSR/PF, UNFPA, PSP, PSI, MLS, Programme national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PNPEC), DPM, Laboratoire, National, Save the Children international et UK, MSF France, Hollande et Belgique, UNICEF, OMS, PNUD, ONUSIDA, AIBEF, AIMAS, Coopération Technique Belge, etc.). La mission visitera aussi des villes de l'intérieur : Bouaké, Abengourou, Aboisso, et Bouaflé.

V. Durée de la mission

La durée de la mission sera de 21 jours y compris les jours fériés. La mission se déroulera du 04 au 24 septembre 2006 inclus. Le Consultant sera appuyé par la DCPNSR /PF et l'UNFPA.

VI. Documents de référence

Les documents suivants seront mis à la disposition du consultant :

- Plan d'action d'approvisionnement des produits de Santé de la Reproduction 2005 ;
- Rapport de la revue à mi parcours du programme pays ;
- Plan stratégique VIH/SIDA 2006-2010 ;
- Rapport de la mission de Rhino Meyers, 2002
- Autres documents recueillis auprès des partenaires tels que l'ambassade de Belgique, AIMAS) ;
- Rapport d'activités du service de logistique contraceptive, 2005 ;
- Documents de Programme national, normes et procédures de Santé de la Reproduction.

VII. Logistique de la mission

- Les DSA de l'expert du Bureau UNFPA du Bénin du conseiller en logistique de l'Equipe d'Appui Technique de UNFPA DAKAR (EAT) et du consultant local pour les visites de terrain ;
- Les honoraires du Consultant local seront couverts par l'UNFPA/EAT sur la base des textes en vigueur ;
- Un véhicule et un chauffeur seront mis à la disposition des consultants pendant la durée de leur mission.

VII. Résultats attendus

- Le rapport de l'analyse situationnelle est disponible ;
- Les forces et faiblesses du système de SPSR sont identifiées ;
- Les membres du comité de coordination des activités de SPSR sont identifiés ;
- Les fonds disponibles pour le financement des produits de SR pour les cinq prochaines années sont connus.

Calendrier de la mission

<i>ACTIVITES</i>	PERIODES (Septembre)		
	<i>Semaine du 04-10</i>	<i>Semaine du 11-17</i>	<i>Semaine du 18-24</i>
<i>Briefing avec le staff UNFPA et la contrepartie nationale</i>			
<i>Visites de sites (Abidjan et intérieur du pays)</i>			
<i>Atelier de sensibilisation des parties prenantes</i>			
<i>Organisation de groupes de discussions dirigées</i>			
<i>Rédaction du rapport de l'analyse situationnelle</i>			
<i>Atelier de présentation des résultats</i>			
<i>Départ du consultant</i>			

ANNEXE 2

GRUPE DE DISCUSSION SUR L'ANALYSE SITUATIONNELLE DE SECURISATION DES PRODUITS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

ENSEA, 13 septembre 2006

LISTE DE PRESENCE

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	Dr OUATTARA Olivier	DPM	Pharmacien	07 95 13 93 21 35 73 13
2	M. KOFFI Kan	INFAS	Sous-Directeur	07 97 91 24 21 25 97 41
3	M. KOUASSI Koffi Etienne	DIPE	Chef du service carte sanitaire	07 19 36 17
4	M. KOUAKOU K. Lucien	AIBEF	Directeur Exécutif	07 00 25 80 21 21 80 80
5	Dr SOUDE Théodore	UNFPA	NPO/SR	
6	Dr DOGORE Eliane	UNFPA	NPO/SR	08 08 09 03
7	Dr ABOU Pauline	DC-PNSR/PF	Experts projet SOU	08 08 09 11 07 90 15 76
8	Dr KOUADIO Yao Alexis	DC-PNSR/PF	Coordonnateur Technique	07 67 39 45
9	M. WANOGO Dotian Ali	DC-PNSR/PF	Logisticien	05 36 00 04 01 16 60 52
10	M. GNAGNE Agneroh Hugues	UNFPA/DC	Logisticien	05 65 36 18 08 08 09 12
11	M. LOKPO Ibrahim	MEMPD	Directeur SE	20 25 88 82 07 04 70 84
12	Dr N'DRI	PSP	Pharmacien	07 06 46 68
13	Dr ZEREGBE Toh	DC-PNSR/PF	CT Projet VS	05 04 46 97
14	M. N'GBADAMA Fabrice	AIBEF	Gestionnaire Logistique	08 09 96 24

**GROUPE DE DISCUSSION SUR L'ANALYSE SITUATIONNELLE DE
SECURISATION DES PRODUITS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

ENSEA, 14 septembre 2006

LISTE DE PRESENCE

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	M. AHOUA Assi Olivier	District sanitaire Toumodi	Préparateur et Gestionnaire en pharmacie	01 13 92 41 30 62 93 93
2	Mme OUATTARA née KEÏTA Sita	District sanitaire Grand-Bassam	Sage femme Coordonnatrice SR/PF	07 00 48 04 21 31 20 42
3	Mme SOUMAHORO née ZOH Julienne	District sanitaire Divo	Coordonnatrice SR/PF	05 03 21 89 01 28 11 77
4	Mme POPOU épouse KOUASSI Béatrice	District Abidjan Nord	Coordonnatrice SR/PF	05 81 72 21 24 39 09 26
5	Mme AMAN Odette Michelina	District sanitaire Bondoukou	Coordonnatrice SR/PF	07 90 71 41 35 91 51 38
6	Mme MEÏTE épouse GOGBE Nogodoussou	CHU Yopougon	Surveillante d'Unité de Soins	05 60 09 93 23 45 18 54
7	Mme EFFOUE Marcelline	CHU Cocody	Surveillante d'Unité de Soins	05 01 81 47 22 48 10 51
8	M. GBAMBLE BI Irié	CHU Yopougon	Infirmier Anesthésiste	07 80 68 61 24 39 52 76
9	Mme SOUME Danielle	District Abidjan Sud (Port Bouet)	Coordonnatrice SR/PF	05 03 56 26 08 99 28 76
10	N'GBADAMA Fabrice	AIBEF	Gestionnaire Logistique	08 09 96 24
11	Dr Théodore SOUDE	UNFPA	Consultant	
12	Dr KOUADIO Yao Alexis	DC-PNSR/PF	Coordonnateur Technique	20 32 31 69 07 67 39 45
13	M. WANOGO Dotian Ali	DC-PNSR/PF	Responsable Logistique	05 36 00 04

**GROUPE DE DISCUSSION SUR L'ANALYSE SITUATIONNELLE DE
SECURISATION DES PRODUITS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

Hôpital Général de BOUAKE, 19 septembre 2006

LISTE DE PRESENCE

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	FATIANGA Koné	CHU Bouaké	Anesthésiste (IDE)	06 04 98 13
2	Dr BEDIA Dadié F.	Bouaké Est	Médecin	07 18 45 92
3	KOUAKOU Emile	Bouaké Ouest	PGP	07 87 90 98
4	KOUAME Aya Olga	Bouaké Ouest	Sage Femme	05 71 70 61
5	FOFANA Sita	District sanitaire Odienné	Sage Femme	05 71 92 31
6	Mme KONE née Maïssata Traoré	CHR Korhogo	Sage Femme	05 52 67 15
7	Dr OUATTARA Mayerigue	CHU Bouaké	Médecin Gynéco	05 40 09 61
8	Dr KOUYATE	Forces Nouvelles	Responsable technique de la santé	06 27 11 16
9	M. OUATTARA Karim	Bouaké Sud	Technicien de Santé (CSE)	07 95 77 34
10	Dr AMANI Konan	District sanitaire Katiola	DD	06 05 71 71 08 00 58 98
11	Dr KOFFI Jean-Claude	Bouaké Sud	DD	05 46 46 46 08 00 68 08
12	KALBO Kambiré	Bouaké Sud	Sage Femme	07 98 17 37
13	KORODE Mamoudou	AIBEF Bouaké	Coordonnateur régional	07 00 26 12
14	Dr Théodore SOUDE	UNFPA	Consultant	
15	Dr KOUADIO Yao Alexis	DC-PNSR/PF	Coordonnateur Technique	20 32 31 69 07 67 39 45
16	M. WANOGO Dotian Ali	DC-PNSR/PF	Responsable Logistique	05 36 00 04
17	GNAGNE Agneroh	DC-PNSR/PF	Logisticien	20 32 31 69

**GROUPE DE DISCUSSION SUR L'ANALYSE SITUATIONNELLE DE
SECURISATION DES PRODUITS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

District Sanitaire de DALOA, 23 septembre 2006

LISTE DE PRESENCE

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	AHORE Christiane	AIBEF Daloa	Comptable Logisticien	32 78 79 91 07 91 44 08
2	DADIE Gervais	CHR Daloa	Gynécologue - Obstétricien	05 60 73 56 32 78 34 34
3	ZOUZOU N'guessan	CHR Daloa	Agent de bureau	05 08 56 68 32 78 33 01
4	DION Tiékoula	CHR Daloa	Anesthésiste	08 54 37 14
5	GNOBROGBO Sahoua Sabine	District sanitaire Tiébissou	Coordonnatrice SR/PF	
6	PONTE Angéline	HG M'bahiakro	Coordonnatrice SR/PF	31 9700 99 05 41 41 17
7	Mme DRO Diomandé fanta	Maternité Urbaine Bouaflé	SFDE	07 89 31 63
8	Mme MONNEY Emilienne	District sanitaire Soubré	Coordonnatrice SR/PF	07 89 11 18
9	Mme KOUAME Tenah Adèle	District sanitaire Dimbokro	Coordonnatrice SR/PF	07 64 75 46 06 17 09 05
10	Mme KOUAME Chimène	CHR Daloa	Sage Femme	05 87 99 11
11	DOUGROU Sawouré	DR Yamoussoukro	DR	07 92 76 12
12	Dr Théodore SOUDE	UNFPA	Consultant	
13	Dr KOUADIO Yao Alexis	DC-PNSR/PF	Coordonnateur Technique	20 32 31 69 07 67 39 45
14	M. WANOGO Dotian Ali	DC-PNSR/PF	Responsable Logistique	05 36 00 04
15	GNAGNE Agneroh	DC-PNSR/PF	Logisticien	20 32 31 69
16	TIETE François	District sanitaire Daloa	Médecin	05 99 24 67 32 78 76 73
17	DRAMANE Fofana	District sanitaire Daloa	IDE	05 67 28 79
18	DOUA Jonas	CHR Daloa	Médecin	06 15 28 44
19	FAE épouse Léogniny	HG Duékoué	Sage femme	05 82 90 86
20	Dr N'GUESSAN	CHR Daloa	Pharmacien	07 98 92 15

**GROUPE DE DISCUSSION SUR L'ANALYSE SITUATIONNELLE DE
SECURISATION DES PRODUITS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

DC-PNSR/PF, 26 septembre 2006

LISTE DE PRESENCE

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	Dr BENIE BI Vroh Joseph	DC-PNSR/PF	Directeur	07 71 49 97 20 32 24 15
2	M. ANDOH Hyacinthe	DC-PNSR/PF	Coordonnateur des Moyens	07 67 39 47
3	Dr OHOUO Brou Samuel	DC-PNSR/PF	Stagiaire DESS Economie de la Santé	07 67 84 67
4	Dr LIAGUI A. Ouattara	DC-PNSR/PF	Chef de service Evaluation	07 98 23 34
5	Dr ZEREGBE Toh	DC-PNSR/PF	CT Projet VS	05 04 46 97
6	Dr TCHOTCH Niamba	DC-PNSR/PF	CS Formation	05 60 59 85
7	AHIBA Aké Léon	DC-PNSR/PF	IEC/CCC	07 48 24 05
8	Dr Théodore SOUDE	UNFPA	Consultant	
9	Dr KOUADIO Yao Alexis	DC-PNSR/PF	Coordonnateur Technique	20 32 31 69 07 67 39 45
10	M. WANOGO Dotian Ali	DC-PNSR/PF	Responsable Logistique	05 36 00 04
11	GNAGNE Agneroh	DC-PNSR/PF	Logisticien	20 32 31 69

**GROUPE DE DISCUSSION SUR L'ANALYSE SITUATIONNELLE DE
SECURISATION DES PRODUITS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

ENSEA, 27 septembre 2006

LISTE DE PRESENCE

N°	Nom & Prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	GBAMBLE Bi Irié	CHU Yopougon	Infirmier anesthésiste-réa	07 80 68 61
2	SIKA Lazare	ENSEA	Chercheur en Population et Dév.	22 44 41 15 05 63 82 27
3	Dr OUATTARA Olivier	DPM	Pharmacien	07 95 13 93 21 35 73 13
4	Dr Kamelan Tano	DC-PNSR/PF	Médecin SR	07 83 34 38
5	Pr TOURE Coulibaly Karidiata	Sec. Gynéco CHU Treichville	Pr de Gynéco-Obstétrique	
6	Dr BENIE BI Vroh J.	DC-PNSR/PF	Directeur	07 71 49 97 20 32 24 15
7	Dr ELIANE Dogoré	UNFPA	Chargée de Prog. SR	08 08 09 03 20 31 74 19
8	M. KOUAKOU Lucien	AIBEF	Directeur Exécutif	21 21 80 80 07 00 25 80
9	KOUASSI Koffi Etienne	DIPE	Chef de service carte sanitaire	07 19 36 17
10	Dr KOUADIO Yao Alexis	DC-PNSR/PF	CT	20 32 31 69
11	Dr BERTHE Abdramane	DSC	Médecin SP	08 00 12 80 20 32 39 83
12	Mme SOUME Bi Danielle	District sanitaire Abidjan Sud	Coordonnatrice SR/PF	05 03 56 26
13	Dr ABOU Pauline	DC-PNSR/PF	Médecin	08 08 09 11 20 32 31 69
14	Dr Théodore SOUDE	UNFPA	Consultant	
15	Dr DOGORE G. Raymond	CEPOD	Directeur	07 78 57 58
16	Pr KONE Mamourou	CHU Youpougon	CDS. SYN.OBST	08 01 05 14
17	GNAGNE Agnéroh	DC-PNSR/PF	Logisticien	08 08 09 12
18	Pr HOUENOU Agbo Yveline	UFR SMA CHU Cocody	Pr Pédiatrie Néonatale	07 93 89 93 01 01 28 98
19	WANOGO D. Ali	DC-PNSR/PF	Logisticien	05 36 00 04
20	Mme TIAPANI Lucienne	MEMPD/DGPR	S/Directeur	20 21 20 69 07 07 06 52

ANNEXE 3
LISTE DES SITES VISITES ET DES PERSONNES RENCONTREES

DATE	SITES VISITES	PERSONNES RENCONTREES	FONCTION
04/09/2006	UNFPA	Philippe DELANNE	Représentant UNFPA
		Dr. DOGORE Eliane	Chargée de Programme SR
		Dr. ABOU NANKAN Pauline	Expert National Projet SOU
05/09/2006	CHU Cocody (maternité)	Mme Monney Gisèle	SUS Maternité
	Consultation gynéco. Externe	Mme N'DA Thérèse	Service PF
		Mme Diby Florentine	SFDE
		Mme Kouamé Bohoussou	SFDE
		Mme KOUADIO Aïssa	SFDE chargée PTME
Pharmacie de la Santé Publique	Mme ABOU Kouadio	SFDE	
06/09/2006		Dr DUNCAN Rachelle	Directeur Distribution
07/09/2006	PNPEC	Dr ETTIEN Traoré Virginie	Directeur
		GLOH Kolablé Alexis	Chargé du Programme VIH
		KOUE Gouanou	Assistant Financier
	AIMAS	TEHE K. Domitienne	Délégué Médicale
		EHILE M. Gilbert	Responsable Logistique
		GOUSSOU K.	Directeur Exécutif
08/09/2006	DPM	OUATTARA Olivier	Sous Directeur médicament
	MSF Hollande	Pr.	Directeur
		Kelly Grimshaw	Coordonnateur Médical
11/09/2006	DIPE	YEO Ali	Statisticien
	UNICEF	MAYA Van Den	PEV
		Dr EPA Kouakou	PEV
	OMS	Dr TANOHI Bian Aka	
	AIBEF	Kouakou Lucien	Directeur Exécutif
Kossonou Sylvain		Chef Département France et Logistique	
12/09/2006	Magasin Central du PNSR/PF	WANOGO Dotian Ali	Chef du Service Logistique
		Amani Saraka Théodore	Manutentionnaire
18/09/2006	FSU Ahoungnassou	TRAORE Issa	IDE
		SOGODOGO Kader	Aide Soignant à la Pharmacie
		KOUAME AYA Olga	SFDE
		Dr BEDI GALA Benjamin	DD
	FSU KOKO	Karim Ouattara	CSE
		KOUADIO Koumé Patrice	Auxiliaire
		TRAORE Alimata	SFDE
			DD Bké Sud
		Dr DOUA Jacques	Médecin chef
	DI-R BENDEKOUASSIKRO	KERE Laurette	IDE
	CSU DIABO	Toure Epse Kouakou Zinnia	Aide soignante
		Koffi Aya Madeline	Aide soignante
		Konan Adjoua Monique	Aide soignante
	AIBEF BOUAKE	KONDE Mamoudou	Coordonnateur Antenne Bké
		Zahouli Bi Zahouli	Coordonnateur des Vacataires
	ONG espoir et SRAJ	Koffi Konan Claude François	Responsable OONG
KOUAKOU N Guessan Eulbert		IDE	
	Kanga Kouamé Paul	Responsable SRAJ	

ANNEXE 3 (suite)

LISTE DES SITES VISITES ET DES PERSONNES RENCONTREES (suite)

DATE	SITES VISITES	PERSONNES RENCONTREES	FONCTION
20/09/2006	HG Katiola	Loukou Léontine	SFDE
	PMI KATIOLA	SANGARE Massara	SFDE
	CSR TIMBE	PEHE Henri	IDE
21/09/2006	DD Daloa		IDE
22/09/2006	Direction Départementale Santé Daloa-Zoulouabé	Dr DIET François	DD
	CHR Daloa (Administration)	N'Goran Koffi Bertin	Directeur
		MOMINE Roger	Stagiaire Administrateur
		Syndou Lacina	Surveillant
	CHR Daloa (Service Gynécologique)	Dr Doua Jonas	
		Dr Dakou Kobéi Joseph	
		Dr N'Guessan Yao Jacques	
		Dr Dadié Gervais	Gynécologue
	PMI DALOA	Dr BALECOIDIO Christophe	
		BANTO Henriette	SFDE
		KOUASSI Hélène	SFDE
		Droh Epse DAKO	SFDE
		KOUASSI BROU	IDE, Major
	DI-R Bonoufla	KOUASSI N'Guessan	IDE, Pharmacie
		LEHOYORO Liah	IDE
DI-R Bahoulifla	Ouédraogo Tenga Mathieu	Garçon de salle	
Fonds Mondial de Lutte contre le VIH SIDA	Mr Kouakou Clément		

ANNEXE 4

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES

1. Plan d'action d'approvisionnement des produits de Santé de la Reproduction 2005 ;
2. Rapport de la revue à mi parcours du programme pays ;
3. Plan stratégique VIH/SIDA 2006-2010 ;
4. Rapport de la mission de Rhino Meyer sur la Sécurisation des produits de SR, 2002
5. Enquête à Indicateurs Multiples, 20006, INS
6. Enquête Démographique et de Santé (EDS), 2000
7. Document de Politique du Programme National de la Santé de la Reproduction, 1999
8. Standard du Programme National de Santé de la Reproduction, 1999
9. Document du Programme National de Santé de la Reproduction, 1999
10. Rapport de l'analyse situationnelle du Gabon, WANOGO Dotian Ali, 2006
11. Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire (EIS), 2005
12. Feuille de route pour la réduction de la morbidité et de la mortalité, maternelles, néonatales et infantiles, 2006

13. ANNEXE 5

COMITE DE MISE EN ŒUVRE DU PNSR/PF

La mise en œuvre du PNSR/PF devrait être coordonnée par un comité national dont les attributions et la composition sont les suivantes :

Attributions :

- Planifier l'intégration des services de SR dans les structures sanitaires et cela sur toute l'étendue du territoire ;
- Coordonner, superviser l'exécution des activités de SR à tous les niveaux ;
- Evaluer l'impact des activités de SR ;
- Faciliter la prise de décisions en matière de SR ;
- Assurer la coordination des contributions des partenaires au développement du secteur de la santé de la reproduction (Source : Politique et standards des services de la santé de la reproduction et planification familiale en Côte d'Ivoire, Octobre 1998).

Le comité est composé comme suit :

- Président : le Ministre chargé de la Santé ;

- Membres :

- un représentant du Ministre chargé des Affaires Sociales ;
- un représentant du Ministre chargé de la Justice ;
- un représentant du Ministre chargé de la Communication ;
- un représentant du Ministre chargé de la Famille et de la Femme ;
- un représentant du Ministre chargé de la Jeunesse ;
- un représentant du Ministre chargé de l'Education Nationale ;
- un représentant du Ministre chargé du Plan ;
- un représentant du Ministre chargé de l'Intérieur ;
- un représentant du Ministre chargé de l'Economie et des Finances;
- un représentant du Ministre chargé de la lutte contre le SIDA;
- le Président de l'Ordre des Pharmaciens ;
- le Président de l'Ordre des Médecins ;
- le Directeur de la Santé Communautaire (DSC) ;
- le Directeur de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) ;
- le Directeur de l'Equipement, du Matériel et de la Maintenance (DEMM) du Ministère de la Santé Publique ;
- le Directeur de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) ;
- le Directeur de l'Institut National de Formation Sociale (INFS) ;
- les Chefs des services de Gynéco Obstétrique et de Pédiatrie des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) ;
- les Organisations Non Gouvernementales (ONG) opérant dans le secteur (AIBEF, AIMAS, les sociétés savantes) ;
- les Grossistes pharmaceutiques,
- les Agences des Nations Unies et les organismes de coopération bilatérale et multilatérale ;
- le Directeur Exécutif du Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale (PNSR/PF) ;
- le Directeur Exécutif du PNLS/MST/Tub. ;
- le Directeur Exécutif du Programme National de la Santé Infantile (PNSI) ;
- le Directeur Exécutif du Programme Elargi de Vaccination (PEV);
- le Directeur Exécutif du Programme National de Nutrition ;
- le Directeur Exécutif du Programme National de Santé Scolaire et Universitaire ;

ANNEXE 6

TERMES DE REFERENCE DU COMITE NATIONAL DE COORDINATION DES ACTIONS DE SR/PF EN COTE D'IVOIRE

INTRODUCTION

Longtemps considérée en Côte d'Ivoire comme une composante tolérée de la santé, la Planification Familiale est depuis le 11 avril 1991 au rang des composantes des soins de santé primaires sous l'impulsion de l'Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familial, l'appui des partenaires au développement dont notamment l'IPPF, l'USAID et ses agences de coopération, l'UNFPA, l'OMS et sous la responsabilité du Ministre de la Santé d'alors, le Professeur Alain Ekra. Sur ce long parcours qui a conduit à sa reconnaissance officielle par les autorités politiques et de santé de l'époque, la Planification Familiale se voulait être une stratégie de développement sanitaire susceptible de contribuer de façon significative à l'amélioration des indicateurs sociodémographiques et de santé de Côte d'Ivoire.

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire/Egypte en septembre 1994 vient marquer un tournant essentiel dans la conception des questions en rapport avec la Planification Familiale. Le Monde entier s'accorde à parler désormais de Santé de la Reproduction (UNFPA), ou Santé Génésique (OMS) ou encore Santé en matière de Sexualité et de Reproduction (IPPF).

Dès lors la Côte d'Ivoire, sous l'égide du Ministère de la Santé et avec l'appui technique et financier de l'UNFPA, définit les volets et les composantes de la SR au lendemain de la CIPD (en 1995) en marge des préparatifs de la Conférence de Beijing.

Ainsi, pour répondre aux exigences que lui confère les différentes terminologies la structure du Ministère de la Santé Publique en charge de la coordination de la Planification Familiale a connu plusieurs mutations de noms et elle s'est agrandie au fil du temps passant de Cellule Nationale en Planification Familiale en 1991 à Direction de Coordination chargée de la SR/PF (DC/SR-PF) afin de mieux coordonner et garantir une meilleure offre de services de SR/PF dans le pays. De même, plusieurs animateurs se sont succédés à la tête de cette structure avec des reformes aussi bien structurelles que fonctionnelles. Depuis près d'un an, une nouvelle direction est mise en place et s'emploie à non seulement renforcer les acquis des prédécesseurs mais aussi développer des nouveaux mécanismes de gestion qui permettront de rendre durables et visibles ces acquis.

C'est dans ce cadre que, suite aux concertations initiées par la DC.SR-PF avec les partenaires et que tous les acteurs impliqués dans la gestion des activités de SR/PF ont reconnu comme une bonne initiative, un comité national de coordination mérite d'être institué, conformément au document du programme National de SR/PF. Avec le soutien du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population, la DC.SR-PF entend formaliser ce cadre de concertation en le définissant comme une structure de gestion de ses activités de SR/PF en Côte d'Ivoire. Il s'agit du Cadre National de Concertation des Acteurs de la SR en Côte d'Ivoire (CNCA/SR) qui voit officiellement le jour le 21 Octobre 2005 dans les locaux de l'AIBEF.

BUT

Veiller à ce que les actions dans le domaine de la SR sur toute l'étendue du territoire ivoirien soient harmonisées, efficaces et visibles.

OBJECTIFS

- Contribuer à réduire les doubles emplois dans la gestion des activités de SR/PF en Côte d'Ivoire ;
- Faciliter les avantages comparatifs de chaque acteur ;
- Améliorer la planification, l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de SR/PF en Côte d'Ivoire ;
- Amener tous les acteurs de la SR.PF à partager les activités et les résultats de leurs activités avec la DC/SR-PF et les autres partenaires ;
- Améliorer les connaissances de tous les acteurs de la SR sur les tendances observées dans le domaine de la SR.

RÔLE DU CNCA/SR

Le CNCA est composé du/de la responsable de chacune des structures intervenant dans le domaine de la SR/PF en Côte d'Ivoire.

Le CNCA/SR-PF est chargé de:

- Soutenir la DC/SR-PF dans son rôle de coordination des activités de SR en Côte d'Ivoire ;
- Assurer le plaidoyer dans le domaine de la SR sur la base de documents disponibles à cet effet "Feuille de route pour accélérer l'atteinte des OMD dans le domaine", spécifiquement ;
- Partager les meilleures pratiques en matière de SR/PF entre les intervenants ;
- Partager les résultats obtenus par les intervenants entre eux, les autorités de l'Administration Publique de la Santé et avec les partenaires au développement ;
- Assurer le plaidoyer pour l'adoption de la loi sur la SR et pour un meilleur financement des activités de SR en Côte d'Ivoire ;
- Publier une revue trimestrielle sur les tendances en matière de SR en Côte d'Ivoire ;
- Contribuer à préparer les rencontres nationales, régionales et internationales en rapport avec la SR.

MÉCANISME DE FONCTIONNEMENT DU COMITÉ

Le CNCA/SR-PF est présidé par le (la) Directeur (trice) Coordonnateur du Programme National SR-PF, représentant l'Autorité du Ministère d'Etat Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Il/Elle est assisté(e) dans ses fonctions par:

- Un(e) vice président(e) choisi (e) parmi les acteurs ;
- deux rapporteurs dont un membre du personnel de la DC-PNSRPF et un membre choisi parmi les acteurs.

Il sera tenu une réunion une fois par trimestre de façon tournante. Toutefois, il peut être initié si nécessaire, des réunions par le Président du CACN/SR-PF en dehors de la périodicité fixée ou sur demande d'un des membres.

ANNEXE 7

INVENTAIRE PHYSIQUE DES MEDICAMENTS UNICEF/PSP DISTRICT SANITAIRE BOUAKE OUEST : 11/09/2006

DESIGNATION	DATE DE PEREMPTION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Acetylcystéine sch		1 290	50	64 500
Acetylsalicylate de lysine 500 mg amp inj	Feb-07	-	268	-
Acide acetylsalicylique 500 mg cp	Feb-09	29 700	5	148 500
Acide benzoïque creme		5	600	3 000
Aiguille 19 G	May-08	6 700	20	134 000
Aiguille à pl G 20	Dec-07	-	500	-
Aiguille à pl G 22	Sep-07	-	500	-
Aiguille G 21	May-08	11 800	20	236 000
Albendazole 400 mg cp	Sep-07	-	25	-
Aluminium hydroxyde 500 mg cp	May-07	10 168	30	305 040
Amodiaquine 200 mg cp	Jan-08	24	10	240
Amodiaquine Susp		868	510	442 680
Amoxicilline 125 mg/5 ml pdre/sp	Aug-07	3 866	228	881 448
Amoxicilline 250 mg cp	sept-09	1 000	15	15 000
Amoxicilline 250 mg cp	Sep 08	25 000	15	375 000
Amoxicilline 250 mg cp	Nov-08	30 000	15	450 000
Amoxicilline 250 mg cp	Jun-09	64 000	15	960 000
Amoxicilline 250 mg cp	Nov-09	25 000	15	375 000
Amoxicilline 250 mg cp	Fev-09	12 000	15	180 000
amoxicilline 500 gel	juin-07	900	50	45 000
AMPICILLINE INJ	oct-06	375	100	37 500
Anti acide sachet	Nov-07	10	100	1 000
Artesunate 200 mg cp	Feb-07	26	266	6 916
Artesunate 50 mg + Amodiaquine 200 mg plq/12	août-06	-	425	-
Artesunate 50 mg + Amodiaquine 200 mg plq/12	mars-07	1 389	425	590 325
Artesunate 50 mg + Amodiaquine 200 mg plq/6	Mars-07	6 225	250	1 556 250
Bande adhesive 2,5 cm	May-08	101	300	30 300
Bande adhésive microperf. 5 x 18 cm	Apr-09	2	2 643	5 286
Bande de gaze	May-08	556	75	41 700
Bande de gaze élastique	Feb-09	5	200	1 000
Bandelettes réact. (glu,prot) bte/100	Dec-06	-	2 200	-
Benzylpeni + procaïne 3 g amp inj	Apr-06	-	150	-
Benzylpeni +benzathine 1,44 g amp inj	Sep-07	-	-	-
Benzylpeni +benzathine 2,4M UI amp inj	May-07	231	274	63 294
Benzylpeni 3 g amp inj	Sep-08	3 740	250	935 000
Calcuim gluconate 10 ml		35	80	2 800
Catheter G 18	Feb-07	27	305	8 235
Catheter G 22	Feb-07	-	200	-
Catheter G 24	Dec-07	-	200	-
Chloramphenicol 1 g amp inj	Jun-06	-	100	-
Chloramphenicol 250 mg cp	Mar-08	3 820	12	45 840
Chlore actif 1 g		10 000	5	50 000
Chlorhexidine 5% sol	Jun-08	1	1 000	1 000

**INVENTAIRE PHYSIQUE DES MEDICAMENTS UNICEF/PSP
DISTRICT SANITAIRE BOUAKE OUEST (Suite) : 11/09/2006**

DESIGNATION	DATE DE PEREMPTION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Chlorpromazine 25 mg amp inj	Apr-06	0	0	0
Chorure de potassium		80	130	10400
Compresse non st P/ 100	May-08	0	2675	0
Compresse stérile	Dec-08	0	100	0
Coton PSP	May-07	0	3 199	0
Coton Unicef		0	500	0
Dexamethosone inj		19	95	1805
Diazepam 10 mg inj		70	185	12950
Diclofenac 500 mg Cp	Jul-08	16 920	30	507600
Doxycycline 100 mg Cp	Mar-07	940	50	47000
Doxycycline 100 mg Cp	Juillet-08	0	25	0
Eau P.P.I	Oct-07	3231	37	119547
Econazole 150 mg OV	Sep-07	6	308	1848
Eosine acqueuse 2%	Aug - 07	17	435	7395
Epicranienne 21 G	Sep-08	311	100	31100
Epicranienne G 25	Sep-08	3239	100	323900
Epinéphrine 1 mg/ml amp inj	Jan-07	50	100	5000
Erythromycine 125 mg Sp	Sep-07	4	228	912
Erythromycine 250 mg cp	Jul-07	40 500	45	1822500
Ethanol 96%		23	1 207	27761
Fer + Acide folique Cp	Oct-06	0	5	0
Fer solution buvable	Aug-08	342	597	204174
Fil resorbable synthetique 2/0	Jan-07	21	500	10500
Furosémide 40 mg cp	Oct-07	1 290	10	12900
Gant non St /100	Jun-09	26	3100	80600
gant rev	sept-10	5	2053	10265
Gant st 7,5	Aug-08	80	200	16000
Gelatine 500 mg	Jul-06	0	2 054	0
Glucose 5% 500 ml inj	Nov-07	2	506	1012
Hydralazine 20 mg/ml amp inj	Jun-08	25	500	12500
Hydrochlorothiazide 25 mg cp	sept-06	1000	40	40000
Hydrocortisone 100 mg	Oct-08	71	580	41180
Hydrosol polyvit	May-06	0	204	0
Ketamine 50 mg inj	Nov-06	97	600	58200
Kit d'accouchement	Apr-07	63	1500	94500
Lame de bistouri N°22	Feb-08	98	20	1960
Lidocaïne 1% inj	May-07	105	400	42000
Loperamide gelule	Oct-07	1 630	20	32600
Mebendazole 100 mg cp	Oct-08	0	10	0
Mebendazole 500 mg cp	Jan-09	48 500	25	1212500
Methyldopa 250 mg	juil-08	500	25	12500
Methyldopa 250 mg	Jul-08	910	55	50050
Metronidazole 250 mg Cp	Aug - 07	8000	5	40000
Metronidazole Sp	avr-07	108	480	51840
Monocryle 3/0	Juin 09	0	1200	0
Necéssaire à perfusion	Aug-08	180	100	18000
Nysatine Ov	avr-07	15	45	675
Nystaline 100.000 UI sp	Mar-07	38	730	27740
Nystaline 100.000 UI sp	Dec-06	0	730	0
Nystatine 100.000 UI cp	Sep-07	39 000	10	390000

**INVENTAIRE PHYSIQUE DES MEDICAMENTS UNICEF/PSP
DISTRICT SANITAIRE BOUAKE OUEST (Suite) : 11/09/2006**

DESIGNATION	DATE DE PEREMPTION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Ocytocine	Fev-09	189	240	45360
Paracetamol 125 mg Sp	Sep-07	0	200	0
Paracetamol 500 mg cp	Nov-06	119 000	5	595000
Phenoxy methyl peni 250 mg cp	Oct-09	7 000	15	105000
Phenoxy methyl peni 250 mg cp	Aug-09	45 000	15	675000
Phenoxy methyl peni 250 mg cp	Avrl-09	7 000	15	105000
Phluoroglucinol Supp		0	152	0
Phoroglucinol 150 mg suppo		10	169	1690
Phoroglucinol 80 mg cp		600	50	30000
Poche urinaire 2 litres		76	100	7600
Povidone 500 ml	Jun-06	0	2909	0
Promethazine sirop	Aug-08	0	330	0
Quinine 300 mg cp	Jun-08	0	25	0
Quinine resorchine 200 mg inj	AOU10	1454	85	123590
Quinine resorchine 400 mg inj	aou-09	76	119	9044
Ringer lactate 500 ml inj	AOU-10	11	510	5610
Rouleau de compresse		2	2000	4000
Sels de Réhydratation Orale sachet	Jul-06	0	25	0
Séringue 10 ml		743	70	52010
Séringue 2 ml	Aug-08	6 500	25	162500
Séringue 5 ml	Mar-08	13 030	40	521200
Sodium chlorure 0,9% 1L	Jan - 07	6	850	5100
Sodium chlorure 0,9% 500 ml fl inj	Sep-07	0	652	0
Sonde de foley CH12	May-08	4	350	1400
Sonde de foley CH14	Apr-08	63	350	22050
Sonde de foley CH18	May-08	4	350	1400
Sulfadoxine+pyriméthamine cp	mars-07	21 700	50	1085000
Sulfamethoxazole + trimetho 100 /20 mg Cp	Jun-07	24 200	7	169400
Sulfamethoxazole + trimetho 200 /40 mg pdre sp	Oct-07	491	420	206220
Sulfate de magnesium 50%/10 ml amp inj	Dec-07	350	80	28000
Terpine 10 mg + codéine 100 mg cp	Apr-07	1 180	19	22420
Tetracycline 1% pde	Mar-08	1101	100	110100
Tiémonium 50 mg cp	Feb-08	30	44	1320
Triméthoprime + Sulfamét. 160/800 mg cp	May-09	750	48	36000
TOTAL				17504282

ANNEXE 8

Equipements et matériels médicaux PDSSI achetés en 2000

DESIGNATION	N°	QTE Reçue
	UNIPAC	
Table d'examen pliante 2 éléments avec matelas	0184500	400
Alèze	0360000	1 200
Armoire métallique à porte non vitrée dim. 75x38,171cm	5021	200
Escabeau		200
Balance clinique-adultes modèle 140x100	0140500	200
Balance pèse-personne	-	200
Draps pour table d'examen	2289405	1 600
Kit d'insertion DIU	995025	200
Lampe d'examen sur pied 220 V	0119300	400
Lit de maternité sans roulette	0101000	200
Mannequin Zoé avec accessoires	0763000	200
Poubelle pour déchets à pédale	0190000	200
Serviette à main	0575000	600
Socle à transfusion	0150000	400
Stérilisateur air chaud électrique 220V 40x33x40 cm	0164800	200
Table roulante pour instrument (chariot)	0102000	400
Tabouret tournant réglable	0169000	400
Tambour cylindrique 240 mm	0107700	200
Tensiomètre		200

Source : Service Logistique - DC-PNSR/PF - Octobre 2006

ANNEXE 9

Commande d'équipements médicaux PDSSI en 1998

DESIGNATION	N°	QTE	% Réception
	UNIPAC		
Table d'examen pliante 2 éléments avec matelas	0184500	128	0
Alèze	0360000	384	0
Armoire métallique à porte non vitrée dim. 75x38,171cm	5021	64	0
Balance clinique-adultes modèle 140x100	0140500	64	0
Balance pèse-personne	-	64	0
Draps pour table d'examen	2289405	512	0
Kit médical type I		64	100
Kit d'insertion DIU	9950025	64	100
Kit médical type II		64	100
Lampe d'examen sur pied 220 V	0119300	128	0
Lit de maternité sans roulette	0101000	64	0
Mannequin Zoé avec accessoires	0763000	64	0
Serviette à main	0575000	192	0
Socle à transfusion	0150000	128	0
Stérilisateur air chaud électrique 220V 40x33x40 cm	0164800	64	0
Table roulante pour instrument (chariot)	0102000	128	0
Tabouret tournant réglable	0169000	128	0
Tambour cylindrique 240 mm	0107700	64	0

Source : Service Logistique - DC-PNSR/PF - Octobre 2006

ANNEXE 10

Quantité de produits et de matériels distribués par l'AIBEF de 2001 à 2007

DESIGNATION	Quantité distribuée					Unité
	2 001	2 004	2 005	2 006	2 007	
Conceptrol	70 007					Comprimé
Condom féminin			1 089	762	2 541	Pièce
Condom masculin	177 088		488 308	308 299	490 793	Pièce
Copper t 380A	3 784		2 567	1 216	2 442	Pièce
Dépo provéra (3 mois)	22 646		29 732	14 147	28 838	Flacon
Gants	68 289		33 388	16 724	32 601	Pièce
Lofemenal	276 536		140 981	50 411	115 095	Cycle
Marvelon	19 440		6 007	635	10 000	Cycle
Megestron				1	3 100	Flacon
Microgynon	108 721		86 887	35 690	79 318	Cycle
Microlut	2 683			756	3 000	Cycle
Neogyon	33 436		4 690	45	633	Cycle
Neosampoön	1 011		281		1 500	Tube
Nordette 28					15 050	Cycle
Noristérat (2 mois)	77 487		44 352	20 699	42 650	Ampoule
Norlevo			696	11	700	Cycle
Noryginon					1 000	Cycle
Ovral			10 588	6 946	15 050	Cycle
Ovrette	1 483		6 443	2 546	5 794	Cycle
Pharmatex	2		581	2 552	5 367	Tube
Séringues	91 753		79 918	37 331	77 549	Pièce
Test de grossesse	4 521		1 635	1 252	3 000	Pièce
Cervi			586	10		Pièce
Leuco p			741	323		Pièce
Leucoge p			321	199		Pièce
Ulgen			603	372		Pièce
Uret p			936	531		Pièce

Source : Service Logistique – AIBEF

ANNEXE 11

Quantité des matériels et équipements distribuée par PNSR/PF (2004-2006)

DESIGNATION	Quantité distribuée			Unité
	2 004	2 005	2 006	
Alèze	1	6	6	Pièce
Armoire métallique	-	116	71	Pièce
Balance clinique adultes		115	75	Pièce
Balance électronique			4	Pièce
Banquettes		12	198	Pièce
Kit insertion DIU	42	78	39	Pièce
KIT insertion DIU Complément	29	77	36	Pièce
Lampe d'examen		171	77	Pièce
Lit de maternité		203	71	Pièce
Mannequin zoe		31	60	Pièce
Poubelle pour déchets à a pédale		116	68	Pièce
Socle a transfusion		174		Pièce
Spéculum	53			Pièce
Sterilisateur	35	110	61	Pièce
Table d'examen pliante deux éléments		117	72	Pièce
Table roulante (chariot)		117	74	Pièce
Tambour	15	62	6	Pièce
Tensiomètre		7	2	Pièce

Source: Service Logistique Contraceptive – DC-PNSR/PF

ANNEXE 12



**Outil d'évaluation, de planification et
de mise en œuvre de la sécurité
des produits de Santé de la
Reproduction**

RHCSAT

UN GUIDE POUR LES EVALUATEURS

2005

**ADAPTE du SPARHCS et du LSAT par les Conseillers
en Logistique des Equipes d'Appui Technique du
UNFPA de Dakar, Addis Abéba et Hararé en
collaboration avec le Groupe des Experts en RHCS du
UNFPA du 15 au 25 août 2005 à HARARE.**

GUIDE D'INTERVIEW

Ce guide diagnostique aide toutes les parties prenantes à mener conjointement un diagnostic du statut de la Sécurité des Produits de Santé de la Reproduction (SPSR) du pays. Le guide examine chaque élément de la SPSR et présente une série de questions et de tableaux pour aider les parties prenantes à évaluer leur situation actuelle, définir les perspectives d'avenir, en tenant compte des principales tendances du passé et faire des projections pour l'avenir. A travers ce processus, ils pourront identifier et évaluer une série de défis et opportunités pour la SPSR.

C'est aussi un outil de diagnostic et de contrôle qui peut être utilisé pour compléter une évaluation annuelle ou comme partie intégrale du travail de processus de planification. L'information collectée est analysée pour identifier des problèmes et opportunités, et de là, montrer la nécessité d'évaluations supplémentaires et/ou des interventions appropriées.

Au fur et à mesure que les évaluations sont menées et analysées au cours des années successives, les résultats pourront contribuer au contrôle, à l'amélioration et à la durabilité de la performance du système ; et à fournir des données critiques non logistiques qui contribueront à l'identification de la force ou la faiblesse de la SPSR du pays.

Compte tenu de la complexité de la sécurité des produits de la santé de la reproduction, le guide est conçu pour faciliter le diagnostic plutôt que d'être une liste de contrôle ou un questionnaire. Des questions peuvent être reformulées ou supprimées selon les besoins de l'utilisateur et d'autres, nouvelles, peuvent y être ajoutées.

AVANTAGES

- Toute information collectée à travers cet outil peut :
- Fournir à toutes les parties prenantes une vue globale de tous les aspects du système logistique du pays.
- Être utilisé comme outil diagnostique pour l'identification des problèmes relatifs à la logistique et à la sécurité contraceptive ainsi que des opportunités.
- Être utilisé pour conscientiser le pays sur l'appropriation de la performance du système et la création d'objectifs pour son amélioration future.
- Être utilisé par le personnel du pays comme un outil de contrôle (pour apprendre à améliorer continuellement la performance).
- Fournir des intrants pour la planification du travail

PROCESSUS GLOBAL

Période ou cycle d'évaluation

L'évaluation peut être menée annuellement ou selon l'accord conclu avec le pays sélectionné, préférablement au sein d'une période de trois mois avant l'exercice de planification stratégique ou de planification de travail.

Collecte de données

Il existe deux méthodes de collecte de données :

- a) Des groupes de discussion (approche préférable) qui impliquent soit (1) un groupe de discussion du niveau central avec un différent groupe de discussion du niveau périphérique (e.g. représentants de districts) ou (2) un groupe conjoint de discussion comprenant des participants de niveaux central et périphérique. Il est toujours nécessaire de faire, au moins, un groupe de discussion avec des gens du niveau central.
- b) Une interview avec des personnalités clés peut être organisée aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique en utilisant cet outil.

Il est recommandé que des participants à ces groupes de discussion ainsi que les interviewers et les interviewés fassent un nombre limité de visites sur le terrain. Ces visites peuvent être faites avant la collecte de données pour échantillonner les circonstances courantes, ou après la collecte des données pour faire un suivi sur les problèmes rencontrés pendant la collecte d'informations.

Analyse de données et recommandations pour le plan de travail

L'analyse de données et la préparation des recommandations et du plan de travail doivent se faire immédiatement après la collecte de données. Ce processus doit inclure une revue complète des points forts et faiblesses afin de développer et de mettre une priorité sur la variété d'objectifs et interventions qui contribueront à résoudre les problèmes rencontrés pendant l'exercice d'évaluation.

Apprentissage annuel et amélioration de performance

Chaque année, les résultats des analyses courantes et antérieures doivent être comparés pour mesurer le progrès ; Et, en même temps, les résultats d'interventions sur lesquelles elles sont basées doivent être examinés pour qu'ils soient appliqués dans le plan de travail de l'année à venir.

PLAN DE L'ÉVALUATION

Recherche préliminaire

Des recherches préliminaires sur certains aspects de l'évaluation sont nécessaires avant de discuter ou d'interviewer les groupes. Cette information doit être présentée et validée pendant l'évaluation. Ces questions sont hachurées dans ce document.

Choix de la méthode de collecte de données

Il est recommandé de se convenir avec les responsables de programmes ou votre homologue dans le pays sur l'approche à utiliser. Pour des groupes de discussion plus large, vous aurez besoin de session qui iraient d'une journée ou plus pour avoir la teneur et la profondeur de données requises et fournir l'occasion d'une participation adéquate. Si la planification du travail fait partie de l'exercice, le temps requis pour discuter avec les participants serait allongé.

L'utilisation de cette méthode comme guide pour des interviews avec des personnages clés peut durer jusqu'à une semaine ou plus à cause du temps requis pour planifier les rendez-vous et mener des interviews multiples avec différentes personnes ayant la connaissance des composantes du système logistique.

OPTION 1 : GROUPES DE DISCUSSION

Groupe de discussion conjoint

Les participants aussi bien du niveau central que du niveau périphérique se regroupent dans la même session. Cette session sera probablement composée de 15 à 20 personnes et aura besoin d'un facilitateur expérimenté pour mener les discussions. Vous aurez besoin d'une journée et demi ou deux pour compléter cette activité ; cela dépendant en grande partie du nombre de participants et du niveau de plan de travail inclus dans cet exercice.

Groupes de discussion séparés au niveau central et au niveau périphérique

- **Au niveau central** : ce groupe sera composé de 7 à 15 participants (vous aurez besoin de 11 personnes si une autre personne est requise pour couvrir chacune des 11 sections). Ce groupe de discussion est le minimum nécessaire pour la méthode de collecte d'information.
- **Au niveau périphérique** : si la sélection de produits, la prévision, l'approvisionnement et la structure organisationnelle sont définis et entrepris au niveau central, alors seulement 7 parmi les 11 sections de discussion peuvent être représentées au niveau périphérique. Si ces fonctions sont décentralisées au niveau inférieur, les gens ayant des connaissances dans ces domaines peuvent être inclus. Cette session devra inclure 7 à 11 personnes représentantes ayant des connaissances dans les domaines à traiter. Ce groupe est généralement, composé de personnes de différentes unités (e.g. districts), quoiqu'il soit nécessaire de sélectionner une sous-section telle une zone ou unité géographique connaissant des circonstances particulières. Assurez-vous d'avoir noté la raison de votre sélection des participants. Il vous faudra au moins une journée entière pour achever ce travail sur chaque site.

OPTION 2 : INTERVIEWS AVEC DES PERSONNAGES CLES

Sous cette option, cet outil est utilisé comme guide d'interview pour la collecte d'information auprès de personnages clés. Ceci impliquant plusieurs personnes, les interviewer(s) auront besoin de consolider et de réconcilier les résultats en un rapport final d'évaluation. Ce processus pourrait durer jusqu'à une semaine ou plus, cela dépendant pour la plupart de cas du nombre de personnes qui doivent être interviewées pour toutes les sections des sujets.

Le seul inconvénient à cette approche est qu'il ne permet pas d'avoir une discussion avec différentes personnes travaillant dans différentes zones de la chaîne d'approvisionnement (pendant la collecte d'information). Lorsque vous utilisez cette approche, il est recommandé d'organiser la réunion des parties prenantes sur le lieu où les résultats de l'évaluation sont présentés et discutés. Un exercice de participation du groupe peut aussi être utilisé pendant la section «l'analyse des données» de l'évaluation.

Sélectionner les participants au groupe de discussion

Il est très important d'avoir un bon groupe de personnes si vous voulez collecter des données précises concernant le fonctionnement de chaque aspect du système logistique. Sur l'option du « groupe de discussion », vous devez continuer à inclure les participants du groupe noyau dans les années à venir pour renforcer la capacité interne et améliorer la fiabilité de données.

Considérez toujours les groupes existants (les comités logistiques par exemple) comme source d'où vous tirez des participants.

Chaque groupe de participants doit comporter les éléments suivants:

- Bonne information sur un ou plusieurs secteurs de connaissance couvert dans cet outil (Voir tableau1)
- Avoir une bonne expérience sur le fonctionnement du système logistique du niveau représenté par la personne (central ou périphérique).

Les responsables de programme doivent être capables d'identifier des participants appropriés. Considérer les donateurs internationaux et/ou le ministère de finance pour leur contribution dans le domaine de finance. Dans le groupe, incluez aussi quelqu'un ayant de l'expertise dans les politiques comme participant parce que les questions sur les politiques sont incorporées dans plusieurs sections de cet outil. En sélectionnant les participants, referez-vous au tableau1 pour vous assurer de la collecte d'information requise pendant l'évaluation.

Tableau1. Zones de connaissance requise pour les participants et les interviewés

Connaissances requises	Niveau central*	Niveau périphérique
Usage de contraception/ produits		
Accès au service et utilisation		
Engagement (plaidoyer, réforme dans la santé, assistance au développement)		
Capital / finance		
Coordination		
Sources de produits		
Organisation (contexte, structure) **		**
LMIS		
Sélection de produits **		**
Utilisation de produits		
Prévision **		**
Approvisionnement**		**
Procédures de contrôle/ Inventaire		
Entreposage et stockage		
Transport et distribution		
Soutien organisationnel		
Processus, Supervision, développement du personnel		

*Le groupe de discussion au niveau central doit aussi inclure des participants ayant des connaissances dans plusieurs domaines.

** Si ces fonctions logistiques sont centralisées, ces quatre domaines peuvent être exclus de discussions au niveau périphérique. Si les fonctions logistiques sont décentralisées, les groupes de discussion au niveau périphérique ou des interviews avec les représentants (e.g. District) doivent être faits pour capter la base de connaissance dans tous les domaines.

OPTION 1 : DIRIGER DES SESSIONS DE DISCUSSION EN GROUPE

Commentaires d'introduction pour les discussions en groupe

Créer une bonne ambiance pour la session en expliquant aux participants comment leur contribution sera utilisée et exprimez le désir d'écouter chaque participant parler de ses connaissances. Invitez les participants à noter tous les points importants qui les concernent pendant la discussion étant donné que tous les éléments essentiels seront repris à la fin de chaque module. Insistez aussi sur le fait que les participants sont tenus à être présents durant toute la session parce que le groupe a non seulement besoin de leurs connaissances dans leurs domaines d'expertise respectifs, mais aussi intuition sur la relation entre les différents domaines techniques.

Les données spécifiques à chaque niveau

Les membres du groupe de discussion au niveau central sont mieux informés sur toutes les questions du niveau central et des niveaux directement inférieurs. Vous pouvez utiliser le groupe focal du niveau inférieur pour toutes les réponses relatives à la vie réelle de leur niveau, les paramètres de fonctionnement et les pratiques.

Facilitation du groupe de discussion

Il est recommandé que le groupe ait un facilitateur expérimenté et au moins un rapporteur ou enregistreur qui est habitué à l'outil. Les expériences sur le terrain ont montré que pour avoir une bonne qualité d'information, il est nécessaire que plusieurs personnes prennent des notes.

Voici quelques indications sur les horaires

15 minutes pour l'introduction. Des segments de ½h à 1h½ pour LMIS, la prévision, l'approvisionnement, le contrôle de l'inventaire, les procédures, l'entreposage et le stockage, les finances, l'organisation, la sélection de produits, l'usage de produits, le transport et la distribution et le soutien organisationnel.

Si toutes les questions hachurées de chaque section peuvent être complétées avant la session, le temps nécessaire pour compléter le reste des questions ne doit pas dépasser le maximum de temps y imparti. Cependant, si ceci n'est pas possible, des discussions de suivi sur différentes questions s'en suivront.

A la fin de chaque section, le facilitateur devra s'assurer que les participants se sont mis d'accord sur les points forts et les faiblesses rencontrés et les noter sur le tableau de conférence. La clôture peut durer de 30 minutes à 1 heure ou la moitié de la journée dépendant de ce qu'on veut en faire : un simple résumé ou une création de priorités et faire un plan des interventions.

OPTION 2 : UTILISER L'OUTIL COMME GUIDE D'INTERVIEWS

Présentation des résultats : l'information collectée à travers les interviews avec les personnages clés doit être présentée lors de la réunion avec les parties prenantes du pays. Ce sera une occasion pour discuter de résultats et leur implication. Le facilitateur ou interviewer devra faire une compilation de tous les résultats sous forme de rapport.

L'information permettra d'identifier la force ou la faiblesse du système et devra aider à mettre en place un plan de travail en identifiant les objectifs et en utilisant les critères décrits dans l'analyse de la section ci-dessous.

Analyse de données collectées

Les données collectées à travers cet outil peuvent être utilisées aussi bien pour le processus de planification que pour contrôler les progrès effectués avec le temps. Ces deux éléments sont expliqués séparément dans les pages qui suivent.

Planification de travail

L'utilisateur peut revoir la force et la faiblesse du système logistique pour former un plan de travail, et utiliser l'information pour développer des objectifs et interventions appropriées, cela faisant partie d'un plan de travail effectif. S'il reste assez de temps, il est recommandé qu'une analyse des résultats où tous les membres du groupe de discussion participent soit faite. Ceci est surtout recommandé si une discussion en groupe est utilisée parce que les participants sont déjà réunis et l'analyse peut être faite si l'option 2 est utilisée. La session peut durer une journée entière et peut même continuer la journée suivante avec des participants légèrement variés (la plupart de participants doivent assister aux 2 sessions).

Les étapes principales sont:

- Développez un résumé consolidé des points et observations essentiels [e.g. force et faiblesse].
- Si une évaluation a été précédemment faite, comparez les résultats de l'année courante et ceux de l'année dernière et noter les raisons qui ont influencé ce changement (négatif ou positif).
- Identifiez les conditions et circonstances existantes (le contexte) qui influencera le choix des objectifs et interventions.
- Identifiez vos objectifs et réévaluez ceux de l'année dernière. Décrivez l'objectif tel que vous le désirez et pour chaque objectif, produisez des idées d'intervention en revoyant les questions et les réponses de l'évaluation dans les zones identifiées comme point fort ou point faible.
- Sélectionnez les idées de l'intervention en utilisant la série de critères fournis dans le tableau 2.
- Utilisez l'échelle de 1 à 3, du plus bas au plus élevé, pour chaque critère par objectif et par intervention sélectionnée. Faites la liste d'autant d'objectifs que les participants trouvent nécessaires et autant d'interventions possibles pour arriver à ces objectifs.

Lorsque le conseiller préfère utiliser l'évaluation comme base pour entreprendre un processus de planification stratégique de la sécurité des produits, il est possible que les parties prenantes d'autres secteurs, en plus de la logistique, voudront faire partie du système tel que décrit ci-dessus.

Utilisez les critères de décision suivants pour compléter le tableau 2

Pour la priorité : Tenez compte de l'étendu du travail en longueur et profondeur, si c'est un important précurseur, un premier pas ou une synergie avec d'autres objectifs/initiatives, et avec la source de financement et les priorités du MOH. Faites la somme d'objectifs puis d'interventions au sein de chaque objectif, indépendamment et par priorité.

Pour la faisabilité : Tenez compte de l'étendue du soutien politique, des politiques pertinentes, de l'infrastructure nationale et du système logistique et l'apport culturel. Faites la somme des objectifs et des interventions indépendamment, chaque objectif reflétant la faisabilité d'accomplissement de tous les objectifs et interventions.

Pour les ressources : Tenez compte de ressources disponibles (e.g. financements, matériel, connaissance) sont-elles inférieures, supérieures ou équivalents au besoin. Faites le score.

Planifier les visites sur le terrain

Il est recommandé que les facilitateurs ou interviewers fassent des visites sur le terrain ensemble avec le group de participants, si possible. Les visites de terrain effectuées avant les sessions de discussion fourniront un échantillon du contexte ou circonstance courants, tout en ajoutant une certaine perspicacité à la collection d'information.

Les visites effectuées après les discussions offre une opportunité pour l'exploration approfondie des problèmes identifiés pendant les discussions ou interviews, améliore la qualité de l'information collectée et permet une collecte supplémentaire d'informations. Pendant ces visites de terrain, insistez sur les questions d'évaluation non répondues, mixtes, douteuses, ou les données contestées, incompatibles ou avec des réponses variées.

Les responsables de programmes ou homologues du pays peuvent aider à faire un plan de visite sur le terrain approprié avant et/ ou après l'exercice.

A. CONTEXTE

Le succès d'une stratégie de SPSR dépend d'une gamme de facteurs contextuels affectant la capacité de l'individu à choisir, obtenir et utiliser les produits de la SR. Afin de définir l'environnement de la santé, politique et économique tel qu'il affecte la SPSR, cette section traite des questions relatives aux politiques et règlements qui influencent sur la capacité des programmes des secteurs public et privé à assurer la fourniture des produits de la SR; et des indicateurs de développement de base dans les domaines démographiques, de la santé et autres.

A.1 Politiques et règlements

- A.1.1. Quelles sont les réglementations, lois et politiques qui influencent l'accès aux produits de la SR ?
- A.1.2. Ces politiques soutiennent-elles la sécurité des produits de la SR ? Si oui, comment ?
- A.1.3. Sont-elles soutenues par des programmes et un financement adéquat ? Ces programmes et politiques comment sont-ils mis en oeuvre ? Quelles sont/ont été les implications sur l'approvisionnement en produits de santé de la reproduction ?
- A.1.4. La politique sur le VIH/SIDA a-t-elle des liens formels avec la politique de la Population/planification familiale ? L'approvisionnement adéquat en condoms et autres produits est-elle explicitement traitée dans cette politique ?
- A.1.5. Concernant les produits de la Santé de la reproduction/ Planification familiale et du VIH/SIDA, comment sont prises les décisions et qui sont impliquées ? La société civile, comme le groupe de plaidoyer pour la promotion de la santé de la femme est-elle impliquée ?
- A.1.6. Les contraceptifs et autres produits de la SR figurent-ils sur la liste nationale de médicaments essentiels ? Quels produits de la SR figurent sur cette liste ?
- A.1.7. Le fait de les trouver sur la liste des médicaments essentiels leur donne-t-il un statut spécial tel que l'exemption de taxes douanières, la priorité sur le budget ou la décision d'allocation des ressources, l'exemption des restrictions d'approvisionnement (e.g. « consommez les produits locaux ») ?
- A.1.8. Quels sont les autres règlements ou politiques opérationnels qui affectent les fournitures et les services ? Y a-t-il des mesures restrictives sur les licences/agréments ? Y a-t-il des règlements restrictifs sur la dispensation ? Des restrictions sont-elles appliquées à des catégories de professionnels de la santé pour la dispensation ?
- A.1.9. Y'a-t-il des restrictions sur l'âge ou la parité ? Y'a-t-il des conditions exigeant le consentement des parents ou de l'époux sur la prescription, ou autres politiques ou restrictions qui limitent l'accès ou le choix des contraceptifs.

A.1.10. Quelles sont les politiques qui ont des conséquences, positives ou négatives, sur la capacité du secteur privé à fournir des produits de santé de la reproduction? Y'a-t-il des mécanismes de contrôle de prix ? Y'a-t-il des limites sur la distribution ? Y'a-t-il des taxes ou droits de douane (TVA, taxe sur l'importation) ou exemption qui affectent le secteur privé ? Y'a-t-il des interdictions ou autres restrictions sur la publicité ?

A.1.11. Les politiques assurent-ils la capacité des prestataires de services à distribuer des contraceptifs et autres produits de la SR? Les directives sur la prestation de service, les protocoles, les normes et règles spécifient-ils les produits appropriés ? Les assurances de la qualité et les principes logistiques de base tels que la commande, l'enregistrement, le magasinage, la manutention y sont-ils inclus ?

A.1.12. Quelles sont les formations et qualifications spécifiques requises (avant et dans le service) pour la prestation des méthodes spécifiques. Sont-elles en vigueur ?

A.2 Indicateurs démographiques, sanitaires et de développement

Indicateurs	Il y a 10 ans	il y a 5 ans	courant	Dans 5 ans	Dans 10 ans
Population totale					
Pourcentage de la population urbaine					
Pourcentage de la population rurale					
Taux de croissance de la population					
Revenu annuel par habitant					
Taux d'alphabétisation pour les adultes hommes					
Taux d'alphabétisation pour les femmes adultes					
Nombre et pourcentage de femmes en âge de reproduction					
Taux de fécondité totale					
Taux de Prévalence du VIH					
Taux de mortalité infantile					
Taux de mortalité maternelle					
Taux de prévalence contraceptive					
Age moyen de mariage H/F					
Age moyen de la 1 ^{ère} grossesse					
Espérance de vie					
autres					

B. COORDINATION

Cette section répond au besoin de coordination parmi la variété des parties prenantes aux différents niveaux pour aboutir à la SPSR. Ici, on se pose des questions sur qui coordonne, comment, pourquoi, et quels en ont été les résultats ?

Qui coordonne, comment et pourquoi ?

- B.1. Faites une liste des parties prenantes qui veulent que leurs activités en SPSR soient coordonnées (Donateurs, Agences de l'Etat ONG, Marketing social, secteur commercial, Agences Techniques etc.)
- B.2. Y'a-t-il un comité ou un groupe de travail pour la coordination des activités de la SPSR ? Qui en sont les membres ? Y'a-t-il une représentation des groupes vulnérables?
- B.3. Quels mécanismes formels ou informels existent-t-ils ? Y'a-t-il de la volonté pour stimuler la coordination parmi les donateurs, au sein du gouvernement, entre les donateurs et le gouvernement, parmi les prestataires des services de différents secteurs, entre le gouvernement et les organisations de la société civile, parmi les agences techniques.
- B.4. Le gouvernement et en particulier le Ministère de la Santé joue-t-il un rôle de leadership dans la coordination des principales parties prenantes ?
- B.5. Donnez ou schématisez un organigramme qui indique les relations entre les principales parties prenantes, incluant les structures gouvernementales, les donateurs, autres agences de coopération (en terme de responsabilité pour la SPSR) et montrant clairement le circuit de l'information utilisée pour faciliter la collaboration entre les parties prenantes.
- B.6. Quelles sont les activités existantes et/ou planifiées de coordination et leurs résultats attendus ?
- B.7. Les principales parties prenantes ont-elles développé une stratégie commune de la SPSR ? La stratégie est – elle soutenue par le gouvernement et les principales parties prenantes?
- B.8. Est-elle incluse dans une stratégie intégrée (e.g. programme du secteur de la santé) ou est-elle verticale ? Qui a initié son élaboration et qui est impliqué? Qui a la responsabilité de la coordination et la supervision de la mise en œuvre de cette stratégie ?
- B.9. Le plan stratégique national sur la SPSR est-il totalement financé ? Est-il mis en œuvre ? Comment ? (au niveau national, régional, local)
- B.10. S'il n'y a pas de stratégie, les parties prenantes ont-elles la capacité d'en développer une et d'en assurer le suivi et faire des ajustements ?
- B.11. Y'a-t-il au niveau national une unité de gestion logistique de la SPSR ? Y'a-t-il actuellement un mécanisme ou une unité de coordination pour l'approvisionnement et l'expédition des produits avec les donateurs ?

C. ENGAGEMENT

De tous les éléments du cadre de la SPSR, l'engagement est peut être le plus difficile à évaluer en soi. La meilleure preuve serait plutôt lorsque les autres éléments sont en place. Lorsque, par exemple, il existe une politique de soutien et un environnement de régulation, un capital suffisant pour répondre aux besoins des clients et des capacités humaines nécessaires. Toujours est-il qu'il y a des questions que l'on peut se poser sur l'engagement politique, l'engagement du secteur privé et la capacité de faire un plaidoyer pour la SPSR. Il est important de se rappeler que l'engagement à la SPSR n'est pas le même que pour la planification familiale ou la SR. Il est plutôt basé sur la volonté du niveau politique de répondre à la nécessité de rendre les fournitures disponibles aux clients aussi bien les hommes que les femmes. Cette section traite aussi de l'étendue d'engagement sur la SPSR, sur les réformes du secteur de la santé et l'assistance au développement en vue de la réduction de la pauvreté de l'approche multisectorielle (SWAPs) et autre modalité d'efficacité de l'assistance.

C.1. Engagement des secteurs public et privé

- C.1.1. Y a-t-il un engagement politique en faveur de la SPSR ? si oui, quels sont-ils et sinon quelles sont les actions menées pour y arriver
- C.1.2. Qui sont les leaders/champions luttant pour la SPSR au sein du gouvernement ? A quels niveaux sont-ils?
- C.1.3. Comment le leadership initie et soutient-il les efforts pour la réussite de la SPSR ?
- C.1.4. Les leaders soutiennent ou s'opposent-ils à l'utilisation des fonds de l'Etat pour soutenir la SPSR ?
- C.1.5. Existe-t-il une ligne budgétaire pour l'achat des produits contraceptifs et autres produits de la SR ?
- C.1.6. Leur financement et celui d'autres produits par le gouvernement a-t-il augmenté ou diminué avec le temps ?
- C.1.7. Pourquoi les leaders sont-ils motivés pour soutenir la SPSR ? Quel est le degré d'engagement pour satisfaire les besoins des hommes et des femmes en SPSR ?
- C.1.8. Y'a-t-il des leaders/champions dans le secteur privé, parmi les grands employeurs ou autres organisations par exemple?

C.2. Le plaidoyer

- C.2.1. La société civile (ONG, Organisation Communautaire de Base (OCB), organisations de femmes etc.) est-elle mobilisée par le gouvernement et autre parties prenantes et a-t-elle la capacité de faire un plaidoyer pour la SPSR ?
- C.2.2. Sont-elles capables d’agir comme sources d’information pour la prise de décision. Agissent-elles comme « sentinelles » pour l’amélioration de la SPSR ?
- C.2.3. Toutes les couches sociales, les défavorisés en particulier, sont-elles représentées dans les organisations de la société civile qui font le plaidoyer pour la SPSR ?
- C.2.4. Les questions relatives aux produits de la SR sont-elles prises en compte régulièrement dans les efforts pour des plaidoyers intégrés pour la santé et dans les dialogues de la société civile ?
- C.2.5. Les données logistiques (estimation des besoins) sont-elles utilisées pour faire le plaidoyer pour mobiliser les ressources pour la continuité de l’approvisionnement des produits de SR ?
- C.2.6. Quelles sont la fréquence et la qualité de la couverture médiatique des questions/problèmes de la planification familiale et de la SR ? La SPSR est-elle incluse ?

C.3. Réforme du secteur de la santé et développement de l’assistance

- C.3.1. Est-ce que le plan stratégique de réduction de la pauvreté prend en compte la planification familiale et les services de santé de la reproduction ?
- C.3.2. La planification familiale et les services de la SR sont-ils explicitement traités par la SWAP (approche multisectorielle) ? Le financement de contraceptifs, condoms et autres produits est-il inclus dans le programme ?
- C.3.3. La PF et les services de la SR sont-ils explicitement traités dans les processus de programmation des N.U. (CCA, UNDAF) ?
- C.3.4. La Planification Familiale et les services de la SR sont-ils explicitement traités dans d’autres modalités d’aide effectives (soutien au budget, les approches basées sur le programme) ?
- C.3.5. Quel est l’impact de la réforme du secteur de la santé sur la fourniture des produits et services de SR/PF, la décentralisation, l’intégration des systèmes de santé et l’implication du secteur privé ?
- C.3.6. La fourniture des services et produits de SR/PF est-elle explicitement traités dans ces réformes ?
- C.3.7. Quels sont les effets du transfert du pouvoir décisionnel du niveau central au niveau périphérique ? Les charges du financement du secteur public sont-elles aussi transférées ?
- C.3.8. Quel type de partenariat existe-t-il entre le secteur public et le secteur privé pour la fourniture des services de la santé (e.g. établir des contrats)

D.

E. CAPITAL

Cette section examine la variété de financement courant et potentiel pour les produits de la SR :le gouvernement, les donateurs ainsi que les parties tierces. On traite ici des tendances de financement récentes et les attentes du futur. Elle examine surtout l'ampleur des financements à venir, leur efficacité pour assurer la disponibilité des produits aux clients qui en ont besoin. Si par exemple, le soutien du donateur diminue, les parties prenantes doivent trouver d'autres sources de financement susceptibles de satisfaire la demande. Une stratégie peut alors être développée pour assurer qu'un financement adéquat est disponible pour satisfaire la demande du client. Le tableau suivant, comme celui de la section des produits, peut être utilisé pour différents produits.

D.1. Financement du Gouvernement et des donateurs

SOURCE	FINANCEMENT POUR LES PRODUITS				
	Il y a 5 ans	Année passée	Cette année	Année prochaine	Dans 5 ans
Budget du gouvernement¹					
Recettes locales					
Emprunts/Crédits					
Autres fonds des donateurs					
Fonds de roulement pour les médicaments					
Donateurs²					
UNFPA					
USAID					
DFID					
KFW					
Autres					
Autres sources de financement international					
IPPF					
Autres					
Somme totale du financement					

¹ Lorsque le financement par « le budget du gouvernement » passe par le processus du budget gouvernemental. « Gouvernement » fait allusion à tout ce qui est national, étatique, provincial, ou autres autorités locales.

² « Donateurs » veut dire financement de produits directement par les donateurs, généralement à travers leurs propres mécanismes d'approvisionnement.

D.1.1. Quel est le montant actuel de financement public disponible pour les produits de la SR ? Quelles en sont les dépenses ?

D.1.2. Quel est le pourcentage du budget total du Ministère de la Santé alloué à la planification familiale/SR?

- D.1.3. Quel est le pourcentage du budget de la SR alloué à la planification familiale ? Et du budget de la planification familiale consacré aux produits de la SR ?
- D.1.4. Des systèmes de recouvrements des coûts des services et produits sont-ils en place dans le secteur public ? Comment le système fonctionne-t-il et comment les fonds sont-ils utilisés ? Existe-t-il un système d'exemption ou autres filets de sécurité pour les populations à faible revenu?
- D.1.5. Les fonds publics sont-ils utilisés pour fournir des produits ou services subventionnés à travers des prestataires privés (e.g. ONGs, programme de marketing social) ?
- D.1.6. Quel pourcentage des acquisitions de contraceptifs par le ministère de la santé est couvert par des donateurs ? Quels donateurs sont-ils impliqués ?
- D.1.7. Le budget du programme comprend-t-il des lignes budgétaires pour les activités logistiques tels que les produits, l'entreposage et le stockage, la formation du personnel, les salaires du personnel de la logistique et la gestion des produits périmés ou endommagés ?
- D.1.8. Quel est le budget annuel du programme et quelles sont les dépenses pour les médicaments, les contraceptifs et la logistique ?
- D.1.9. Qui finance le budget annuel du programme ? Quel est le processus utilisé pour élaborer le budget du programme ?
- D.1.10. Quel est le pourcentage du coût des produits qui est localement financé ? Estimez le pourcentage de produits achetés localement par rapport à ceux achetés sur le marché international
- D.1.11. Les clients paient-ils pour les services et/ou les produits ? Quel pourcentage approximatif du coût est recouvert (e.g. frais payés par les patients) ? Si possible, séparez les par produit et par service.
- D.1.12. Les recettes tirées du système de recouvrement des coûts sont-elles utilisées pour acheter les produits, effectuer les de la logistique et autres dépenses relatives à la SR ?
- D.1.13. Y a-t-il des produits obtenus à travers un mécanisme en pool de financement ? Quels sont les produits concernés ? Décrivez le processus (e.g. planification, donateurs etc.)
- D.1.14. Quelles sont les perspectives d'avenir pour le financement local ? Les donateurs veulent-ils arrêter ou réduire leur contribution pendant les cinq prochaines années ?

D.2. Financements actuels et futurs

- D.2.1. Le financement courant pour les contraceptifs et autres produits de la SR est-il suffisant? Quel est le gap financier ?
- D.2.2. Le financement actuel d'autres produits SR est-il suffisant ? Quel est le gap financier ?

- D.2.3. Quel est le niveau de dépense des organisations du marketing social, ONGs et autres sur les subventions du gouvernement et des donateurs ?
- D.2.4. Quels sont les grands changements attendus concernant le financement ? Origine et type de changement ?
- D.2.5. Quelles sont les sources de financement fiables, attendues pour les cinq à dix prochaines années ? Quel sera le montant de la contribution de chacune ?
- D.2.6. Quels seront les besoins de financement des contraceptifs, d'autres produits, d'opérations, et renforcement de capacité pour satisfaire la demande future ? A combien estimez vous le gap ?

F. PRODUITS

Cette partie examine les sources des produits de la SR dans un pays et les contributions relatives des différents canaux des secteurs publiques et privés. Ce tableau tient compte des tendances passées et se penche sur les attentes ; peut-être devra-t-il être reproduit pour chacun des différents produits pris en compte dans l'évaluation (contraceptifs, médicaments contre les IST, etc.). Une analyse de ce genre peut aider à déterminer le rôle de chaque secteur dans la provision de produits de la SR.

E.1. Sources et produits de la Santé de la Reproduction

QUANTITE DE PRODUITS ACHETES PAR	5 Dernières années	2 Dernières années	Période actuelle	2 Années à venir	5 Années à venir
Gouvernement ³					
UNFPA					
USAID					
DFID					
KfW					
IPPF					
PSI ou DKT					
Autres					
Autres					

³Ici, « gouvernement » peut faire référence à une autorité nationale, étatique, provinciale ou locale. Les utilisateurs peuvent utiliser le CD ROM et la version du web pour modifier le tableau selon leurs besoins.

POURCENTAGE DE DISTRIBUTION OU DES VENTES DU	5 Dernières années	2 Dernières années	Période actuelle	2 Années à venir	5 Années à venir
Secteur public					
ONG					
Programme de marketing social					
Secteur commercial					
Autres					
Autres					

- E.1.1. Quelles sont les méthodes de planning familial offertes par chaque programme (secteur public, marketing social, ONG, commercial) ? Faites la liste des produits par méthode, par marque et par fournisseur ?
- E.1.2. Faites la liste des produits subventionnés et des entités qui les subventionnent
- E.1.3. Quelles sont les politiques qui affectent l'importation des contraceptifs et autres produits de la SR ? La tarification est-elle appliquée aux approvisionnements des produits SR importés ?
- E.1.4. Quelles sont les procédures en vigueur en matière d'enregistrement/licence ? Sont-elles bien comprises, transparentes et efficaces ?
- E.1.5. Est-ce que le temps nécessaire et les coûts pour l'enregistrement sont perçus comme «normaux» ou exagérés par le secteur privé ? Pourraient-ils être rationalisés ?
- E.1.6. Y'a-t-il des fabricants locaux de produits de la SR ? Quels sont ces produits concernés?

G. UTILISATION ET DEMANDE

Cette section développe des profils de clients (actuels et potentiels) des produits de la SR. Elle examine les répartitions de l'usage du besoin non satisfait par âge, par lieu de résidence, par niveau d'éducation, par niveau de vie, etc. Des questions sont posées sur l'efficacité des prestataires à s'occuper du marché complet des clients tout autant que sur l'accès, l'interruption et l'impact des activités en matière d'augmentation de la demande de produits. Ces informations aideront à formuler des stratégies pour, par exemple, étendre le mélange de méthodes, répondre au besoin non satisfait et mieux cibler les ressources financières pour assurer une meilleure atteinte.

Les tableaux et les questions se concentrent sur les contraceptifs mais peuvent être modifiés pour traiter d'autres produits de la SR. Ils sont conçus pour donner à l'utilisateur un aperçu général de l'usage et du besoin non satisfait. Les données sur les tendances passées et actuelles peuvent être tirées d'études nationales comme le EDS ou les Enquêtes de la Santé de la Reproduction bien que parfois secondaires. Les estimations à venir fournissent des informations importantes pour la planification des besoins en matière de produits. Elles peuvent être difficiles à obtenir et exigent un nouveau travail d'analyse pour l'évaluation en particulier. Les utilisateurs peuvent modifier les tableaux – ôter des cases ou en ajouter d'autres – comme ils pensent que cela sied à la situation du pays.

F.1. Utilisation des contraceptifs

PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION⁴	5 Dernières années	Période actuelle	5 Années à venir
Toutes les méthodes			
PAR METHODE			
Méthodes traditionnelles			
Méthodes modernes			
Pilules			
DIU			
Injectables			
Implants			
Contraceptif masculin			
Contraceptif féminin			
Méthode vaginale			
Contraception d'urgence			
Stérilisation féminine			
Stérilisation masculine			
PAR AGE			
<15			
15-19			
20-49			
>49			

PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION	5 Dernières	Période	5 Années à
PAR PARITE			
PAR LIEU DE RESIDENCE			
Urbain			
Rural			
PAR ZONE GEOGRAPHIQUE			
PAR NIVEAU D'EDUCATION			
Aucun			
Primaire			
Secondaire			
Tertiaire			
Autres			
PAR NIVEAU DE RICHESSE			
Bas			
Moyen			
Elevé			
POURCENTAGE D'UTILISATEURS DES METHODES MODERNES PROVENAT DU			
Secteur public			
ONG			
Programme de marketing social			
Secteur commercial			

⁴ Pourcentage de femmes mariées ou de femmes en âge de procréer utilisant la contraception.. Aux endroits où les données sont disponibles, les utilisateurs du guide peuvent examiner l'usage de la contraception par sexe et situation matrimoniale en ajoutant des rangées au tableau en utilisant le CD-ROM ou les versions de la toile. L'accès aux contraceptifs et leur usage par les hommes peut être une préoccupation spéciale pour les programmes de prévention du VIH.

- F.1.1. Quels sont les produits généralement utilisés et leur implication logistique pour la SPSR.
- F.1.2. Est-ce que les ressources du secteur public sont affectées essentiellement aux services des populations défavorisées ? Fournit-il des services dans les zones où le secteur privé est absent ?

F.2. Demande non satisfaite

BESOIN DE PLANNING FAMILIAL NON SATISFAIT⁵	5 Dernières années	Période actuelle	5 Années à venir
Pour l'espace			
Pour la limitation			
Total			
BESOIN NON SATISFAIT TOTAL⁶			
PAR AGE			
<15			
15-19			
20-49			
PAR PARITE			
PAR LIEU DE RESIDENCE			
Urbain			
Rural			
PAR ZONE GEOGRAPHIQUE (ex., province, état)			
PAR NIVEAU D'EDUCATION			
Aucun			
Primaire			
Secondaire			
Tertiaire			
Autres			
PAR NIVEAU DE RICHESSE			
Bas			
Moyen			
Elevé			

⁵ Les définitions du besoin de planning familial non satisfait varient. Dans le EDS, le besoin non satisfait fait référence aux femmes fécondes qui choisissent d'attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant (celles qui espacent) ou d'arrêter la procréation (celles qui limitent), mais n'emploient aucune méthode contraceptive. Des définitions plus larges incluent, par exemple, les femmes qui emploient une méthode de planning familial mais ont besoin d'une méthode plus efficace ou qu'elles apprécient plus.

⁶ Ce tableau examine la répartition du besoin non satisfait total. La répartition du besoin non satisfait pour l'espace contre celui de la limitation peut aussi avoir un intérêt. Le besoin d'espace contre celui de limitation peut changer de manière significative selon certaines caractéristiques des clients, comme, l'âge et la parité, avec des implications sur la disponibilité de la méthode.

- F.2.1. Quelles sont les raisons principales du besoin non satisfait (Programmatiques, opérationnelles, culturelles, religieuses, prix, autres) ?
- F.2.2. Quelles sont les activités clés (actuelles ou planifiées) destinées à résoudre le problème du besoin non satisfait ?

F.3. Accès au services et utilisation

- F.3.1. Quelles sont les principales insuffisances du secteur public en terme d'accès et d'utilisation de service (zones urbaines, rurales ou régions géographiques) ?
- F.3.2. Quel est le taux d'abandon de la contraception parmi les différents groupes (ex, par âge, par statut socioéconomique ou par niveau d'éducation) ?
- F.3.3. Quelles sont les raisons de l'abandon de l'utilisation des contraceptifs (ex, insatisfaction, effets secondaires, refus du conjoint, accessibilité à un centre ou une autre source d'approvisionnement, non disponibilité des produits, contraintes financières, non obtention de la méthode désirée) ?

H. CAPACITE

G.1. Utilisation des produits

- G.1.1. Existe-t-il des directives standard écrites pour le traitement des pathologies avec les produits de SR de la chaîne d'approvisionnement évaluée ? Les directives sont-elles distribuées à tous les points de prestation de services.
- G.1.2. Y a-t-il des procédures écrites pour le contrôle et la supervision des pratiques des prescriptions (ex., contrôler le nombre de produits/médicaments prescrits/dispensés par ordonnance) ? Sont-elles distribuées à tous les prestataires de services à tous les niveaux ?
- G.1.3. Existe-t-il des directives universelles de prévention écrites (ex, destruction des aiguilles utilisées, lavage des mains avant et après contact avec le patient) ? Les directives sont-elles distribuées aux prestataires de services à tous les niveaux ?
- G.1.4. Quels sont les mécanismes et les ressources en place pour assurer la mise en œuvre des directives standard de traitement et des directives universelles de prévention/sécurité ? Jusqu'à quel point sont-elles suivies ? Si ce n'est pas le cas, quelles sont les barrières qui empêchent leur mise en œuvre ?
- G.1.5. Les produits sont-ils fournis seulement aux établissements qui possèdent un personnel formé et l'équipement nécessaire pour les utiliser (ex, DIU seulement dans les endroits où il y a des prestataires formés) ?
- G.1.6. Les pratiques de prescription sont-elles contrôlées et comparées aux directives standard de traitement ? Si oui, quelle en est la fréquence ? Par qui cela est-il fait ?

- G.1.7. Y'a-t-il des campagnes d'information pour le changement de comportement en cours (ou qui ont eu lieu durant les 2 – 3 dernières années) qui encouragent l'utilisation des méthodes de contraception modernes, plus particulièrement les méthodes de longue durée et/ou permanentes. Si oui, décrivez les campagnes et précisez qui est responsable de ces activités.
- G.1.8. Quels sont les facteurs qui constituent des barrières ou qui limitent l'accès du client aux services et produits de la chaîne d'approvisionnement qui est étudiée aujourd'hui ? (Programmation, opérationnels, culturels, religieux, prix, autres) ? L'accès aux services du programme est-il négativement affecté par les perceptions de la qualité en ce qui concerne les points de prestation de service ? Quels sont les problèmes le plus souvent soulevés par les clients ?
- G.1.9. Y a-t-il une segmentation du marché des contraceptifs ?

G.2. Système d'Information de Gestion Logistique

- G.2.1. Y a-t-il un système d'information de la gestion logistique ? Décrivez-le s'il vous plaît
- G.2.2. Si non, l'information logistique est-elle collectée par un autre système (ex, HMIS) ? Faites une brève description
- G.2.3. Le système d'information (SIGL, HMIS, autre) inclut-il les documents de stock (ex, fiches de contrôle de l'inventaire, fiches de stock, registres de stock) à tous les niveaux, des documents de commande et de sortie (ex, connaissements, documents d'envoi, bons de commande/sortie) à tous les niveaux, documents des produits dispensés aux utilisateurs aux points de prestation de services, résumés des données de consommation aux niveaux supérieurs (ex, districts, régions, central, etc.)
- G.2.4. Les rapports du système d'information à tous les niveaux montrent-ils les données logistiques essentielles (solde du stock ou stock disponible, quantité dispensée ou sortie durant une période de rapport précise, pertes et ajustements, quantités reçues)
- G.2.5. Les rapports du SIGL ou d'un autre système d'information reçus au niveau central fournissent-ils des informations sur l'état des stocks au niveau du PPS (i.e., le personnel du niveau central a-t-il des informations correctes sur les produits en rupture de stock, en stock insuffisant, en stock adéquat et en stock excédentaire) ?
- G.2.6. Quelle est la fréquence de l'envoi des rapports à chaque niveau supérieur du Système ? Faites une représentation de la circulation du rapport
- G.2.7. Comment les administrateurs contrôlent et évaluent le taux des rapports et comment font-ils le suivi pour obtenir les rapports logistiques manquants ?
- G.2.8. Quel est le pourcentage approximatif des rapports du système d'information reçus à temps pour être utilisés dans les décisions logistiques (commande, distribution, etc.) à tous les niveaux (Central, Régional, District). Si le taux est inférieur à 100% à n'importe quel niveau, expliquez pourquoi les centres ne font pas de rapports ou ne les envoient pas à temps.
- G.2.9. Les documents du système d'information sont-ils ajustés par rapport aux inventaires physiques à chaque niveau ? Si oui, quelle en est la fréquence ?

- G.2.10. Les données sur les sorties ou les données sur les quantités distribuées aux utilisateurs sont-elles vérifiées par rapport à d'autres sources de données (ex, statistiques de service, statistiques démographiques, données d'études, rapports des superviseurs, autres). Quelle est la fréquence de cette vérification pour chaque type de données ? (semestriel, mi-annuel, annuel, autre) ? Qui est responsable de la vérification ?
- G.2.11. Le système d'information est-il automatisé à tous les niveaux ? (Central, Régional, District, Points de prestation de service). Décrivez brièvement les fonctions et les processus qui sont automatisés
- G.2.12. Comment les données logistiques sont-elles enregistrées, gérées, analysées et utilisées à chaque niveau ?
- G.2.13. L'assistance technique pour gérer le système d'information est-elle fournie ? Si oui, par qui, quelle genre d'assistance et comment est-elle fournie
- G.2.14. Le système d'information est-il utilisé pour contrôler et évaluer la performance du programme ? Quels sont les indicateurs liés à la logistique et/ou à la disponibilité du produit ? Le système d'information suit-il (ex, taux de rupture de stock, pourcentage des rapport, pratiques rationnelles de prescription, etc.) ? Qui suit ces indicateurs ? Quelle en est la fréquence ?
- G.2.15. Quels sont les mécanismes de feedback en place pour renvoyer l'information logistique aux niveaux périphériques ? (téléphone, rapports, réunions, visite de supervision, autre ou aucun)
- G.2.16. Les informations logistiques sont-elles fournies aux décideurs appropriés pour la planification logistique (ex., Ministère de la Santé, Ministère des Finances, UNFPA, USAID, Banque Mondiale, les ONG) ? Quelles sont les informations fournies ? Qui fournit l'information ? Qui reçoit l'information ? Quelle en est la fréquence (mensuelle, semestrielle, mi-annuelle, annuelle, autre) ? Comment l'information est-elle utilisée ?

G.3. Prévision

- G.3.1. Qui est responsable de la prévision et quelles sont les capacités et la formation de la personne ? La personne a-t-elle besoin d'assistance technique pour achever ses prévisions ?
- G.3.2. Décrivez le processus de prévision. Qui en est l'initiateur ? Quelle est la fréquence du processus ? Quel est le rôle du niveau régional et des niveaux périphériques dans le processus de prévision ?
- G.3.3. Les prévisions sont-elles faites en utilisant : (les données sur les quantités distribuées aux utilisateurs, les données de distribution/sortie, les stocks disponibles) à tous les niveaux ? Les prévisions sont-elles faites en utilisant les éléments suivants : (données démographiques ou prévalence de la maladie/morbidité, statistiques de service). Les prévisions sont-elles validées par la comparaison entre l'ancienne consommation estimée et la consommation réelle ?
- G.3.4. Les prévisions tiennent-elles compte des plans programmatiques (ex., expansion des points de prestation de services, formation, IEC ou les campagnes de changement comportemental, activités d'autres organisations, etc.) ?

- G.3.5. Quels autres facteurs sont pris en compte dans la préparation des prévisions (ex., consolider les prévisions ou les quantifications décentralisées, les variations saisonnières et régionales, les directives de traitement standard, la liste nationale des médicaments essentiels, les périodes de rupture de stock, etc.) ?
- G.3.6. Combien de produits ont connu de sérieux problèmes de prévision au cours des deux dernières années (+/- 25%) Lesquels ? Quels produits ont le moins de problèmes en ce qui concerne prévisions ? L'assistance technique, dans le but d'effectuer des prévisions correctes, est-elle apportée ? Si oui, par qui ? Les prévisions sont-elles actualisées au moins une fois par an ?
- G.3.7. Les prévisions sont-elles préparées sur la base d'un programme qui coïncide avec le budget local et les cycles d'approvisionnement ? Les prévisions à long terme (ex., 3ans ou plus) sont –elles préparées ? Les prévisions sont-elles chiffrées et incorporées dans la planification budgétaire par le Ministère de la Santé et/ou les donateurs ? Expliquez

G.4. Acquisition des stocks/Approvisionnement

- G.4.1. Le gouvernement se charge-t-il de l'approvisionnement en produits de la SR ? Si oui, quels sont ces produits (planning familial etc.). Si non pourquoi ?
- G.4.2. Quelles sont les procédures d'approvisionnements du gouvernement (ex., appels d'offre, évaluation des enchères, contrôle de la performance du fournisseur) ? Est-ce qu'ils respectent les procédure des appels d'offres internationaux des bailleurs de fonds ? Quels sont les délais des réapprovisionnements du gouvernement ? Sont-ils raisonnables pour que les programmes fonctionnent avec efficacité ?
- G.4.3. Qui est responsable de la planification de l'approvisionnement, de la commande et du programme des envois (ex., unité logistique, unité d'approvisionnement) aux niveaux appropriés ? Quel genre de formation en matière d'approvisionnement la personne a-t-elle reçue, s'il y'en a ?
- G.4.4. Décrivez la coordination entre le personnel ou l'/les unité(s) responsable(s) de la logistique et le personnel de la section approvisionnement
- G.4.5. Les plans d'approvisionnement sont-ils basés sur les besoins estimés ?
- G.4.6. Les approvisionnements sont-ils limités à des fournisseurs spécifiques et/ou aux produits de la liste nationale des médicaments essentiels ?
- G.4.7. En général, les quantités correctes de tous les produits sont-elles achetées et obtenues en temps opportun aux niveaux suivants : (Central, régional, District, Points de prestation de services ?). Précisez le nom des produits, s'il y en a, qui n'arrivent pas à temps ou en quantités suffisantes et dites pourquoi
- G.4.8. Quels sont les procédures et les délais pour la commande de produits auprès de fournisseurs et de donateurs ? Les restrictions en matière de commerce, de réglementation et de monnaie sont-elles prises en compte ? Comment ? Qu'est-ce qui est fait pour contrôler/gérer la coordination des plans d'approvisionnement parmi les fournisseurs/donateurs ?

- G.4.9. L'état de pipeline est-il régulièrement contrôlé pour que les décisions de réapprovisionnement puissent être prises et les actions lancées à temps pour éviter les ruptures de stock ? Si oui, qui le fait et comment ? Quelle a été l'efficacité de ce contrôle ? Expliquez.
- G.4.10. Y a-t-il eu des interruptions, ou des menaces d'interruption, dans les stocks des programmes à cause des retards et autres difficultés au niveau des réapprovisionnements du gouvernement ? Pour quelles raisons ? Qu'est-ce qui est fait pour éviter ce la dans l'avenir ?
- G.4.11. Le programme a-t-il rédigé des procédures pour s'assurer que le produit respecte des normes de qualité définies ?
- G.4.12. Quelles sont les procédures pour l'assurance de la qualité, qui en est responsable et quelle est la fréquence de la vérification de cette assurance de la qualité.
- G.4.13. Y a-t-il une procédure pour enregistrer et faire un rapport sur les plaintes concernant la qualité du produit et les faire parvenir au fournisseur ?

G.5. Procédures de contrôle d'inventaire

- G.5.1. Précisez quel type de système de contrôle de l'inventaire est utilisé (ex, allocation, réquisition, etc.) et décrivez le système. Dessiner un diagramme montrant les relations entre les différents niveaux.
- G.5.2. Y a-t-il des directives et des politiques établies concernant les niveaux maximum et minimum des stocks entre auxquels les produits devraient être maintenus (veuillez s'il vous plaît écrire les maximum et minimum actuels dans la partie réservée aux commentaires) ? (Au niveau Central, niveau Régional, niveau du District, niveau du Points de prestation de services ?)
- G.5.3. Les directives de contrôle de l'inventaire pour un approvisionnement adéquat des produits sont-elles respectées à tous les niveaux de façon que les stocks soient toujours entre maximum et minimum ? Si non, pourquoi ?
- G.5.4. Les niveaux de stock (maximum et minimum) pour un approvisionnement adéquat des produits sont-ils revus périodiquement ? Les révisions prennent-elles en compte les changements au niveau du transport et de la disponibilité de l'information ?
- G.5.5. Comment les produits qui ne peuvent pas être maintenus en quantité suffisante sont-ils alloués au niveaux suivants : (Central, Régional, District, Points de prestation de services ?)
- G.5.6. Y a-t-il des dispositions écrites pour la redistribution des produits sur stockés ? Comment les déséquilibres de stock sont-ils traités par les superviseurs /directeurs aux niveaux suivants (Central, Régional, District, Points de prestation de services) ?
- G.5.7. Le programme a-t-il une politique d'entreposage et de sortie du stock selon les procédures premier périmé, premier sorti (PPPS) à tous les niveaux ? Si non, quel est le système utilisé ? Dans la pratique, est-ce que le programme gère et fait sortir le stock selon les procédures de contrôle d'inventaire PPPS à tous les niveaux ? Décrivez

- G.5.8. Les produits endommagés/périmés sont-ils physiquement séparés de l'inventaire et retirés des documents de stock à tous les niveaux : (Central, Régional, District, Points de prestation de services ?)
- G.5.9. Le programme possède-t-il un système pour suivre les pertes de produit et autres ajustements ? Y a-t-il des pertes et des ajustements significatifs ? Si oui, comment sont-ils traités ? Des actions appropriées sont-elles prises pour prévenir une récurrence ?
- G.5.10. Comment chaque niveau du système calcule-t-il les quantités de réapprovisionnements ? (Central, Régional, District, Points de prestation de services). Y a-t-il des procédures établies pour envoyer des commandes d'urgence ?
- G.5.11. Y a-t-il eu des ruptures de stock pour un quelconque produit durant les douze derniers mois aux niveaux suivants : (Central, Régional, District, Points de prestation de services ?)
- G.5.12. Quels sont les produits le plus souvent en rupture de stock ? Combien de temps durent normalement les ruptures de stock ? Par quoi sont-elles causées ? A quel niveau ou dans quelles parties du pays les ruptures de stock arrivent-elles le plus souvent ?
- G.5.13. Comment les ruptures de stock ont-elles affecté les services et la performance du programme (précisez les produits et les niveaux) ?
- G.5.14. Y a-t-il eu expiration de produits du programme au cours de l'année dernière ? Si oui, quels produits ont expiré, à quel niveau de la chaîne les expirations ont-elles eu lieu et pourquoi les produits ont-ils expiré ?
- G.5.15. Relevez les quantités approximatives des produits qui ont expiré au cours des deux dernières années.

G.6. Entreposage et stockage

- G.6.1. Le programme possède-t-il des directives écrites pour l'entreposage et la manutention de tous les produits à tous les niveaux du système (ex. guides, affiches, etc.) ?
- G.6.2. Y a-t-il des directives écrites pour la disposition des objets tranchants, du matériel dangereux pour la santé et d'autres déchets médicaux ?
- G.6.3. Le programme conduit-il au moins une fois par an l'inventaire physique de tous les produits dans les entrepôts aux niveaux suivants : (Central, Régional, District, Points de prestation de services)

- G.6.4. Y a-t-il des exigences de la chaîne du froid dans cette chaîne d'approvisionnement ? Les éléments de la chaîne du froid (réfrigérateur, pétrole/kérosène, et tableau de température) sont-ils disponibles à tous les niveaux du système, là où il le faut ? Comment la chaîne de froid est-elle contrôlée pour s'assurer que les produits sont constamment maintenus à la bonne température ? (Directives écrites, supervision, fiches de températures, autre)
- G.6.5. La capacité de stockage est-elle adéquate pour s'occuper des quantités actuelles de produits aux niveaux suivants : (Central, Régional ? District, Points de prestation de services ?) ?
- G.6.6. Comment le programme s'occupe-t-il des espaces de stockage inadéquats aux niveaux suivants : (Central, Régional, District, Points de prestation de services ?)
- G.6.7. La capacité de stockage existante peut-elle recevoir toutes les quantités nécessaires pour s'assurer qu'aucune rupture de stock n'intervient aux niveaux suivants : (Central, Régional, District, Points de prestation de services ?)
- G.6.8. Le programme possède-t-il des plans pour répondre aux exigences de stockage pour les cinq années à venir. Décrivez le plan d'accroissement (ex. infrastructure, distribution, etc.) Précisez les conditions de stockage qui nécessitent une amélioration, s'il y en a (ex., propreté, organisation, température, structure du bâtiment, etc.)
- G.6.9. Les inspections de l'assurance de la qualité visuelle des produits se déroulent-elles dans l'entrepôt aux niveaux suivants : si c'est le cas, quelle en est la fréquence (Central, Régional, District, Points de prestation de services)
- G.6.10. Y a-t-il des directives écrites pour la destruction des produits endommagés ou expirés ? Si oui, décrivez les procédures écrites/les directives pour la destruction des produits endommagés ou expirés.
- G.6.11. Dans la pratique, les produits endommagés ou expirés sont-ils détruits selon les directives du programme aux niveaux suivants : (Central, Régional, District, Points de prestation de services ?)
- G.6.12. Décrivez les problèmes notables rencontrés durant l'année passée, s'il y en a, concernant le gaspillage du aux dégâts et aux expirations. Notez s'il vous plaît le nom du produit, le niveau, le lieu, la quantité approximative de produits et les actions menées.

G.7. Transport et distribution

- G.7.1. Le programme possède-t-il des directives écrites pour l'entreposage et la manutention de tous les produits à tous les niveaux du système (ex. guides, affiches, etc.) ?
- G.7.2. L'un des éléments ci-dessus bénéficie-t-il de fonds externes ? Si oui, combien ? De qui cela provient-il ? Y a-t-il des plans pour retirer ou arrêter ce soutien ?
- G.7.3. Les procédures écrites précisent-elles quel type de système de distribution devrait être utilisé pour distribuer tous les produits à chaque niveau ?
- G.7.4. Comment les produits sont-ils livrés entre les différents niveaux du système (incluez la fréquence et les moyens de transport) ? Précisez entre quels niveaux.

- G.7.5. Comment les itinéraires sont-ils déterminés ? Y a-t-il un document de distribution pour tous les niveaux ?
- G.7.6. Quels produits essentiels de santé sont distribués ensemble (ex., contraceptifs, médicaments essentiels, médicaments contre le VIH, médicaments et kits de dépistage pour le VIH et les IST)
- G.7.7. Y a-t-il un nombre suffisant de véhicules en bon état, avec des chauffeurs, de l'essence, aux niveaux appropriés, pour respecter le programme de distribution désiré ? Les véhicules sont-ils régulièrement disponibles pour la supervision ?
- G.7.8. Les véhicules sont-ils disponibles pour transporter les produits nocifs et tranchants ?
- G.7.9. Les véhicules sont-ils effectivement utilisés pour la tournée et pour les livraisons d'urgence à tous les niveaux ? Expliquez (ex., capacité maximum d'utilisation du véhicule, coordination de la distribution des itinéraires, etc.)
- G.7.10. Tous les véhicules sont-ils en état de rouler ? Comment se fait l'entretien du véhicule aux différents niveaux ?
- G.7.11. En général, les commandes sont-elles livrées comme prévu au niveau suivant (Central, Régional, District, Points de prestation de services ?)
- G.7.12. Le transport est-il sous-traité à un quelconque niveau ? Si oui, quelle a été son efficacité ?

G.8. Suivi et évaluation

- G.8.1. Existe-t-il un manuel de supervision ? Prend-t-il en compte les activités de RHCS ?
- G.8.2. Est-ce que les rapports logistiques sont régulièrement évalués ?
- G.8.3. Est-ce que les rapports reflètent les véritables quantités de contraceptifs distribuées ?
- G.8.4. Y a-t-il un pool de superviseurs en Santé de la Reproduction ?
- G.8.5. Si oui, les superviseurs ont-ils les compétences pour suivre les activités de RHCS ?
- G.8.6. Quels moyens disposent-ils pour les supervisions ?
- G.8.7. Quelle est la fréquence des supervisions à tous les niveaux ?