PROGRAMME DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DE LA SANTÉ MONDIALE DE L'USAID

Gestion des achats et de l'approvisionnement

Évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement de la Guinée

Capacités et performances

Septembre 2019

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE CDC U.S. President's Malaria Initiative

Le projet Programme de la chaîne d'approvisionnement de la santé mondiale - Gestion des achats et de l'approvisionnement (GHSC-PSM) de l'USAID est financé sous l'égide du contrat n° AID-OAA-I-15-0004 de l'USAID. Le projet GHSC-PSM allie solutions techniques et processus commerciaux éprouvés pour mettre en place des chaînes d'approvisionnement sanitaire présentant le meilleur rapport coût-efficacité dans le monde entier. Notre objectif est d'assurer l'approvisionnement continu en produits de santé afin de sauver des vies et de construire un avenir plus sain pour tous. Nous achetons et distribuons des produits de santé, proposons une assistance technique complète pour renforcer les systèmes de chaîne d'approvisionnement et assurons le leadership de la chaîne d'approvisionnement mondiale.

Le projet GHSC-PSM est mis en œuvre par Chemonics International, en collaboration avec Arbola Inc., Axios International Inc., IDA Foundation, IBM, IntraHealth International, Kuehne + Nagel Inc., McKinsey & Company, Panagora Group, Population Services International, SGS Nederland B.V. et University Research Co., LLC. Pour en savoir plus, visitez ghsupplychain.org

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ :
Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence américaine pour le développement international ou du gouvernement des États-Unis.

Remerciements

Cette évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement (NSCA) a été réalisée en étroite collaboration avec le ministère guinéen de la Santé et l'Agence américaine pour le développement international (USAID). L'équipe d'évaluation tient à remercier le ministère guinéen de la Santé, la Direction nationale de la pharmacie et du médicament (DNPM), la Pharmacie Centrale de Guinée et l'USAID pour leur rôle de leadership, la mise à disposition de ressources, les conseils et le soutien reçus tout au long de la planification et de la mise en œuvre de cette évaluation.

Nous remercions tout particulièrement le gouvernement de la Guinée, notamment la direction du ministère de la Santé, pour nous avoir mis en contact avec le personnel à tous les niveaux du système de santé avant, pendant et après la collecte des données. Nous remercions également le Professeur Falaye Traore de la DNPM et son équipe pour leur engagement et leur dévouement tout au long de l'évaluation, ainsi que pour la coordination de plusieurs entretiens et pour leur participation en tant qu'informateurs clés de cette évaluation. Nous tenons à remercier sincèrement tous les collecteurs de données pour leur dévouement et leurs efforts dans la collecte de données de première qualité, ainsi que les personnes interrogées dans les établissements de santé pour leurs opinions à propos du système de chaîne d'approvisionnement de la Guinée. (Voir l'Annexe 2 pour connaître la liste complète des collecteurs de données.)

À propos du projet GHSC-PSM

En associant des solutions techniques avancées à une équipe d'experts hautement qualifiés et à des processus commerciaux éprouvés, le projet GHSC-PSM vise à réduire les coûts et à optimiser les chaînes d'approvisionnement nationales et internationales. Le projet soutient directement le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, l'Initiative présidentielle contre le paludisme et les programmes de l'USAID en faveur de la santé néonatale, infantile et maternelle, de la santé des populations et de la santé reproductive. L'objectif est d'assurer un approvisionnement ininterrompu en produits de santé, afin de sauver des vies et de créer un avenir meilleur pour des familles du monde entier. Déployé en Afrique, en Asie, en Amérique centrale et dans les Caraïbes, le projet GHSC-PSM intervient dans certains des environnements les plus difficiles au monde. Il fait face à des problèmes complexes, tels que des infrastructures inadaptées, des bureaucraties inefficaces, des crises politiques et financières ou des catastrophes naturelles, pour s'assurer que les produits de santé qui permettent de sauver des vies parviennent à ceux qui en ont le plus besoin. Pour plus d'informations, visitez https://www.ghsupplychain.org/home.

Citation recommandée

GHSC-PSM (2019). Rapport d'évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement de la Guinée : Capacités et performances. Soumis à l'Agence américaine pour le développement international par le projet Programme de la chaîne d'approvisionnement de la santé mondiale - Gestion des achats et de l'approvisionnement (GHSC-PSM), sous le numéro de contrat USAID : AID-OAA-I-15-00004.

Programme de la chaîne d'approvisionnement de la santé mondiale - Gestion des achats et de l'approvisionnement de l'USAID

251 18th Street South
Arlington, VA 22202
États-Unis

Téléphone : +1 202.955.3300

Site Web : https://www.ghsupplychain.org/

Ce rapport a été réalisé dans le cadre du contrat USAID n° : AID-OAA-I-15-00004.

Table des matières

Acronymes **3**

Résumé analytique **4**

Contexte **7**

Contexte de la santé publique en Guinée 7

La chaîne d'approvisionnement de la santé publique de la Guinée 8

Présentation de l'évaluation de la chaîne d'approvisionnement **11**

Méthodologie **12**

La boîte à outils NSCA 12

Limites **19**

Établissements exclus : Postes de santé et directions préfectorales de la santé 19

Qualité des données et données incomplètes 19

Comparaison des scores CMM et KPI 20

Comparaison des scores NSCA 2016 et 2019 21

Résultats récapitulatifs **22**

Cartographie de la chaîne d'approvisionnement 22

Comprendre les résultats de l'enquête CMM 24

Modèle CMM : Tableaux récapitulatifs 25

KPI sélectionnés : Tableau récapitulatif 27

Par module fonctionnel : Résultats globaux du modèle CMM et des KPI **28**

Gestion et planification stratégiques 28

Politique et gouvernance 33

Ressources humaines 36

Viabilité financière 41

Prévisions et planification des approvisionnements 45

Achats et dédouanement 50

Entreposage et stockage 52

Distribution 59

Systèmes d'information de gestion logistique 64

Assurance qualité et pharmacovigilance 70

Gestion des déchets 74

Analyse transversale **79**

Récapitulatif des recommandations **82**

Conclusion **85**

Acronymes

ART	traitement antirétroviral (Antiretroviral Therapy)
ARV	Antirétroviraux
ASAQ	artésunate + amodiaquine
BL	bon de livraison
BND	Budget National de Développement
CMC	centre médico-communal
CMM	modèle de maturité de la capacité (Capability Maturity Model)
CSU	centre de santé urbain
DNPM	Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament
eSIGL	système d'information en gestion logistique électronique
FFOM/SWOT	forces, faiblesses, opportunités, menaces
GDG	Gouvernement de Guinée
IGS	Inspection Générale de la Santé
KPI	indicateur clé de performance (Key Performance Indicator)
LNME	liste nationale des médicaments essentiels
mRDT	test de diagnostic rapide du paludisme (Rapid Diagnostic Test for malaria)
MS	Ministère de la Santé
NSCA	évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement (National Supply Chain Assessment)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLAT	Programme National de Lutte Antituberculeuse
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLSH	Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PPA	prévision et planification des approvisionnements
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PPS	point de prestation de services
RFID	identification par radiofréquence (Radio-Frequency Identification)
RH	ressources humaines
RMS	magasin régional de fournitures médicales (Regional Medical Store)
RTK	kit de test rapide (Rapid Test Kit)
S&E	suivi et évaluation
SIGL	système d'information en gestion logistique
SOA	summum (State Of the Art)
SOP	procédures opérationnelles standard
SR	santé reproductive
STG	directive thérapeutique standard (Standard Treatment Guideline)
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
WMS	système de gestion des entrepôts (Warehouse Management System)

Résumé analytique

Le ministère guinéen de la Santé, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et le Programme de la chaîne d'approvisionnement de la santé mondiale – Gestion des achats et de l'approvisionnement (GHSC-PSM) de l'USAID ont opéré sur le terrain en Guinée dans le cadre de l'évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement (NSCA 2.0) du 10 au 28 juin 2019. La NSCA mesure les capacités, le bon fonctionnement et les performances des fonctions de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux du système de chaîne d'approvisionnement de la santé nationale. La boîte à outils d'évaluation collecte des informations au moyen de trois méthodes principales : exercice de cartographie de la chaîne d'approvisionnement, questionnaire du modèle de maturité de la capacité (CMM) et relevé des indicateurs clés de performance (KPI). Les 11 domaines fonctionnels des chaînes d'approvisionnement opérationnelles évalués par le CMM sont répertoriés ci-dessous.

Domaines fonctionnels évalués par le CMM pour la NSCA 2.0
Prévision et gestion des approvisionnements
Achats
Gestion de pharmacie et de stock
Distribution
Politique et gouvernance
Gestion et planification stratégiques
Qualité et pharmacovigilance
Systèmes d'information de la gestion logistique
Ressources humaines
Viabilité financière
Gestion des déchets

L'évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement de la Guinée 2019 avait quatre objectifs, à savoir :

- Analyser et mesurer les performances, les capacités opérationnelles et la maturité de la chaîne d'approvisionnement nationale des produits de santé financés par le secteur public
- Identifier les déficits de performance afin de guider le développement de plans d'investissement destinés à renforcer le système
- Évaluer les progrès réalisés à ce jour par le Gouvernement de Guinée (GDG) dans la mise en œuvre des réformes prévues par le plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement 2017–2024 (le plan stratégique) et fournir des recommandations pour combler les lacunes
- Évaluer de manière globale les progrès réalisés à ce jour au regard du plan stratégique

Cette évaluation portait exclusivement sur la chaîne d'approvisionnement financée par le secteur public, à savoir les composantes financées directement par le GDG ou autre financement public. L'échantillon utilisé par la NSCA incluait des établissements publics ayant pour fournisseur le réseau d'entrepôts de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG).

Il s'agit de la deuxième évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement réalisée dans le pays au cours des dernières années. La première NSCA avait été effectuée en 2016, au moyen de la méthodologie NSCA 1.0. Elle avait contribué au développement du plan stratégique. Cette NSCA 2.0 a évalué les progrès accomplis depuis 2016, ainsi que le niveau de mise en œuvre des activités prioritaires mentionnées dans le plan stratégique.

L'équipe d'évaluation a examiné chaque domaine technique séparément. Les sections suivantes présentent le statut de chaque domaine technique dans la NSCA de 2016, les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le plan stratégique 2017 et l'état des capacités et performances tel qu'évalué en 2019. Cette évaluation globale de la chaîne d'approvisionnement de la Guinée au regard de la NSCA de 2016 et du plan stratégique 2017 axe l'analyse sur les défis connus et les priorités définies. Elle permet ainsi d'identifier des lacunes non résolues ou des opportunités non saisies à faire passer en priorités immédiates, de manière à assurer la progression vers les objectifs établis.

De manière générale, l'évaluation a révélé que la chaîne d'approvisionnement de la santé publique de la Guinée bénéficiait d'un très grand nombre de plans stratégiques destinés au système de santé global, ainsi qu'au secteur pharmaceutique et à la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Il s'agit d'un point de départ très important pour améliorer les capacités et les performances du système. Néanmoins, un grand nombre des actions prioritaires définies dans les plans stratégiques n'ont pas été mises en œuvre, ou l'ont été partiellement. Ainsi, le CMM et les KPI ont révélé des performances généralement faibles.

Un engagement renouvelé de la part des responsables, associé à une gouvernance efficace des principales fonctions de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique, contribueraient grandement à l'amélioration du système global. L'unité de gestion logistique (UGL) de la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM) était envisagée pour la supervision et la consolidation des processus de prévision et planification des approvisionnements, pour tous les programmes nationaux. Or, l'UGL n'a pas encore endossé ce rôle, ce qui explique l'hétérogénéité des processus de prévision et des résultats en matière de précision des prévisions sur l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement. Les achats font également partie des principaux domaines fonctionnels susceptibles d'être fortement améliorés par une meilleure coordination. Bien qu'un accord de services d'achat ait été établi entre l'organisation parapublique qu'est la PCG et le GDG, ce partenariat n'a pas encore été suffisamment exploité pour permettre l'achat efficace, adapté et en temps voulu de produits destinés à la chaîne d'approvisionnement de la santé publique. L'évaluation a révélé que la PCG obtenait de très bons scores pour ses propres fonctions d'achat, mais était limitée par un soutien stratégique insuffisant. Si les autorités nationales donnaient davantage de moyens à la PCG pour remplir le rôle qui lui incombe, cela pourrait se traduire par de meilleurs résultats au niveau des achats et par un renforcement du système global.

Nous disposons d'exemples précis dans lesquels un leadership fort a permis de développer de manière significative les capacités d'une chaîne d'approvisionnement, notamment des systèmes d'information en gestion logistique (SIGL). Le plan stratégique 2017 recommandait en tant que priorité stratégique l'amélioration du système d'information logistique afin d'optimiser la prise de décisions. Au cours des dernières années, le pays a vu la création d'un SIGL intégré unique, associé au déploiement d'un SIGL électronique (eSIGL). Ces deux systèmes ont exigé un investissement conséquent sur le plan financier et des ressources humaines. Se doter d'un SIGL représente pour le gouvernement de la Guinée une excellente occasion d'accroître la visibilité sur les niveaux de stock de produits de santé dans l'ensemble du pays, un élément fondamental de toute chaîne d'approvisionnement réussie.

Cela dit, les performances sont inférieures aux capacités du SIGL et dans tous les domaines techniques évalués par la NSCA. Dans le cas du SIGL, les centres de santé représentaient en moyenne 71 % des capacités de base et ont signalé une utilisation quasi généralisée (97 %) du SIGL papier. Pourtant,

l'exactitude du SIGL était médiocre. Selon les évaluations, seuls 46 % des centres de santé et 33 % des hôpitaux disposent d'enregistrements SIGL/eSIGL parfaitement exacts. Une mauvaise visibilité sur les données entraîne des répercussions en aval. Sur les 14 produits traceurs inclus dans les évaluations, les centres de santé et les hôpitaux ont déclaré un taux de rupture de stock moyen de 34 % et 23 %, respectivement, le jour de la visite. Si l'on examine les six mois précédents (décembre 2018 à mai 2019), les centres de santé étaient approvisionnés en moyenne 18 % du temps pour les 14 produits traceurs utilisés dans cette évaluation. Les hôpitaux avaient un taux moyen de rupture de stock de 11 % du temps pour la même période et les mêmes produits traceurs.

Nous avons relevé des cas semblables d'augmentation des capacités, mais de mise en œuvre incohérente et de rendement retardé dans d'autres domaines techniques, notamment l'entreposage et le stockage, la distribution et l'approvisionnement. Toutefois, il n'est pas surprenant qu'il y ait un décalage entre les performances et les capacités puisque bon nombre des capacités du système de la chaîne d'approvisionnement de la santé de la Guinée ont été récemment mises en place. Il est essentiel de continuer à investir dans le renforcement des capacités pour tirer pleinement parti du potentiel latent et obtenir des performances élevées dans les domaines où des investissements ont été récemment réalisés. De même, il sera important d'accroître la connaissance et la supervision des fonctions de la chaîne d'approvisionnement, c.-à-d. en incluant officiellement les rôles et responsabilités concernant la chaîne d'approvisionnement dans les descriptions de poste en santé publique, pour institutionnaliser les performances dans l'ensemble du système.

L'évaluation a révélé que l'assurance qualité et la pharmacovigilance étaient les domaines techniques les moins performants de la chaîne d'approvisionnement en santé publique de la Guinée. Les centres de santé ayant obtenu un score de maturité des capacités à un chiffre, pratiquement aucune activité de pharmacovigilance n'est menée dans les installations du dernier kilomètre. Seuls 31 % des centres de santé et 59 % des hôpitaux ont déclaré que des outils étaient disponibles pour signaler les effets indésirables des médicaments, et 0 % des centres de santé et 5 % des hôpitaux ont déclaré que la pharmacovigilance figurait dans la description de poste des membres du personnel. Ces résultats devraient être mis à profit pour combler cette lacune apparente et donner lieu à des rapports sur la surveillance de la pharmacovigilance dans tout le pays.

En résumé, la NSCA 2019 fournit une évaluation récente de l'état actuel des capacités et des performances du système de la chaîne d'approvisionnement de la santé en Guinée. Elle offre une excellente occasion de s'engager à nouveau, à tous les niveaux, à tirer parti des capacités existantes, à combler les lacunes et à redéfinir les priorités en matière d'action stratégique. Avec un leadership fort, une UGL pleinement habilitée et une priorisation réfléchie des activités clés identifiées ci-dessous, la Guinée peut réaliser les objectifs et la vision énoncés dans son plan stratégique. Fondé sur des analyses minutieuses, ce rapport fournit des recommandations clés pour éclairer la mise en œuvre ciblée des activités qui permettront au bout du compte de renforcer la chaîne d'approvisionnement et d'optimiser ses performances.

Contexte

Contexte de la santé publique en Guinée

Selon les estimations de 2016, la population de la Guinée dépasserait les 12 millions de personnes avec un taux de croissance démographique de 2,6 %.[1] L'indice de développement humain du pays pour 2017 était de 0,457, ce qui place le pays dans la catégorie des pays à faible développement humain à la 175e place sur 189 pays et territoires.[2] Les infrastructures sont faibles, et sur les 44 000 km de réseau routier du pays, seuls 8 000 km sont asphaltés.[3] La densité du personnel de santé (médecins, infirmières, sages-femmes, dentistes, pharmaciens et psychiatres) est inférieure à 1,5 pour 10 000 habitants, bien en deçà du seuil minimum de 23 recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS),[4] et la Guinée dispose de trois lits d'hôpital au total pour 10 000 habitants.[5]

Au cours des trois dernières décennies, des progrès ont été réalisés pour améliorer les résultats en matière de santé dans le pays ; toutefois, les mesures demeurent médiocres. Entre 1990 et 2017, l'espérance de vie à la naissance de la Guinée a augmenté de 10,7 ans (49,9 à 60,6 ans), l'espérance de scolarisation a augmenté de 6,2 ans (2,9 à 9,1 ans),[6] et le revenu national brut par habitant a augmenté d'environ 70,8 % (de 1 210 $ à 2 067 $). Au cours de la même période, la mortalité des enfants de moins d'un an est passée de 145,9 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 89 en 2016.[7] L'allocation au titre de la santé représentait 2,8 % du budget national total en moyenne sur la période 2010-2016 ; ce pourcentage est passé à 7,3 % à partir de 2019[12]. Au cours de la même période, les dépenses directes de santé en Guinée sont passées de 65 % à 50 %, mais restent supérieures à la moyenne subsaharienne de 37 % en 2016 et à la moyenne de 52 % pour les pays les moins avancés.[8] En 2017, les principales causes de décès dans le pays étaient les infections des voies respiratoires inférieures, le paludisme, les pathologies néonatales, la tuberculose, les maladies diarrhéiques et le VIH/sida.[9]

---

[1] « Guinée », Organisation mondiale de la Santé, 2019, données extraites de la page https://www.who.int/countries/gin/fr/.
[2] « Guinea », UNDP, Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update, 2018, données extraites de la page http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/GIN.pdf. Il s'agit d'une mesure sommaire permettant d'évaluer les progrès à long terme dans trois dimensions fondamentales du développement humain : une vie longue et saine, l'accès au savoir et un niveau de vie décent.
[3] « Guinea Road Network », 2018, WFP: Logistics Cluster, accessible à l'adresse https://dlca.logcluster.org/display/public/DLCA/2.3+Guinea+Road+Network.
[4] OMS. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque de l'Organisation mondiale de la Santé. 2010.
[5] Haitham Shoman, Emilie Karafillakis et Salman Rawaf, 2017, « The link between the West African Ebola outbreak and health systems in Guinea, Liberia and Sierra Leone: a systematic review », *Globalization and Health* (13:1), accessible à l'adresse https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-016-0224-2.
[6] Toutefois, le nombre moyen d'années de scolarité reste faible, passant de 1,2 an en 1990 à seulement 2,6 ans en 2019.
[7] « Monitoring Health for the SDGs », World Health Statistics, 2018, données extraites de la page https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1.
[8] Base de données de l'Organisation mondiale de la Santé sur les dépenses mondiales de santé, accessible à l'adresse http://apps.who.int/nha/database.
[9] « Guinea, Cause, Deaths », GBD Compare: Viz Hub, 2019, données extraites de la page https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.

De 2013 à 2016, la Guinée a lutté contre l'épidémie d'Ebola la plus importante et la plus complexe de l'histoire, ce qui a gravement entravé les progrès en matière de santé à ce jour.[10] L'épidémie a commencé en Guinée et s'est propagée à d'autres pays, notamment les pays voisins de Sierra Leone et du Libéria qui ont été durement touchés. L'épidémie a décimé l'infrastructure sanitaire déjà surchargée de la Guinée et a contribué à diminuer les ressources humaines et matérielles disponibles pour la santé. L'épidémie a interrompu d'autres interventions sanitaires, comme les campagnes de vaccination, ce qui a entraîné l'apparition d'autres maladies infectieuses et un nombre élevé de comorbidités et de décès dus au paludisme, à la diarrhée et à la pneumonie[12]. Les professionnels de la santé font face à un risque particulièrement élevé d'infection et de décès[13], ce qui entraîne des coûts indirects supplémentaires dûs au stress, à la peur, au rejet social, à l'épuisement, à la rotation importante du personnel et à la mauvaise gestion. La mobilisation internationale organisée pour faire face à l'Ebola et aider les pays touchés à s'en remettre pourrait éventuellement contribuer à atténuer les impacts causés par l'épidémie sur les systèmes de santé, mais les effets nets demeurent à ce jour ambigus[14].

La chaîne d'approvisionnement de la santé publique de la Guinée

Le gouvernement guinéen, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, a fait des progrès pour assurer aux Guinéens l'accès à des médicaments de qualité à un prix abordable. Le système de santé publique est organisé de façon hiérarchique. Au sommet se trouve le ministère de la Santé, qui se charge de réglementer le secteur, d'orienter les actions et de coordonner et d'allouer les ressources. Au sein du ministère de la Santé siège la Direction nationale de la Pharmacie et du Médicament (DNPM), dont les responsabilités consistent notamment à assurer la disponibilité et l'accessibilité de médicaments et de soins de santé de qualité dans tout le pays. En 2017, une subdivision a été créée, l'Unité de gestion logistique (UGL), en vue de soutenir les fonctions de la chaîne logistique.

Le ministère de la Santé a sous-traité les opérations d'approvisionnement, de stockage et de distribution à une institution parapublique, la Pharmacie centrale de Guinée. Créée en 1992, la Pharmacie centrale de Guinée a pour mission d'acheter et de distribuer des médicaments et autres produits de santé en Guinée. Sous la supervision du ministère de la Santé, elle bénéficie d'une autonomie dans la gestion de ses opérations. Un protocole d'entente officiel avec le gouvernement stipule que la Pharmacie centrale de Guinée est censée être le seul acheteur de produits de santé financés par l'État (à l'exclusion des achats des bailleurs de fonds) ; toutefois, cet accord n'a pas été entièrement mis en œuvre. En vertu du même protocole d'entente, le ministère de la Santé est censé fournir régulièrement des fonds suffisants à la Pharmacie centrale de Guinée pour effectuer les achats. Cette mesure n'a pas non plus été pleinement mise en œuvre. La dernière subvention du gouvernement à la Pharmacie centrale de Guinée remonte à 2015, une somme d'environ 2 milliards de francs guinéens (environ 220 000 dollars américains).

---

[11] La Guinée a enregistré 3 811 cas de la maladie et, dans le monde entier, l'épidémie a entraîné plus de 28 000 cas et 11 000 décès.

[12] « Guinée : voici le budget 2019 de l'Etat en chiffres et en rubriques », Guinée Matin, accessible à l'adresse https://guineematin.com/2018/12/27/guinee-voici-le-budget-2019-de-letat-en-chiffres-et-en-rubriques/

[13] L'épidémie a entraîné la mort de 109 professionnels de santé guinéens. Savini et al., 2017, « Occupational Exposures to Ebola Virus in Ebola Treatment Center, Conakry, Guinea », *Emerging infectious diseases*, vol. 23 (8), 1380–1383.

[14] Marston, Barbara J et al, 2017, « Ebola Response Impact on Public Health Programs, West Africa, 2014–2017 ». *Emerging infectious diseases* vol. 23,13: S25–S32.

La dernière tranche de fonds versée à la Pharmacie centrale de Guinée provient d'un projet financé par l'Union européenne visant à soutenir le secteur de la santé, soit environ 2,4 millions d'euros versés en 2017.

Le réseau de la PCG s'étend au-delà des magasins centraux de fournitures médicales de Conakry afin d'inclure six autres entrepôts à Boké, Conakry, Faranah, Kankan, Labé et Nzérékoré. Chaque dépôt dessert les établissements de santé des alentours. Les dépôts régionaux reçoivent les produits pour l'ensemble des programmes sanitaires prioritaires lors de distributions effectuées tous les trimestres par la PCG centrale. Les centres de santé fournissent ensuite les produits à des établissements de niveau inférieur, y compris à des postes de santé et des agents de santé communautaires. Ce dernier maillon de la chaîne d'approvisionnement guinéenne ne rentre pas dans le cadre de la NSCA.

Parallèlement au système d'approvisionnement public, un secteur pharmaceutique privé fournit des produits de santé essentiels (produits commercialisés) directement aux patients mais également aux établissements de santé lorsque ceux commandés auprès de la PCG sont insuffisants. En 2019, un exercice visant à cartographier toutes les pharmacies privées de Conakry a recensé un total de 811 établissements pharmaceutiques dans les huit régions de Guinée, dont 53 grossistes et 518 pharmacies privées. Les résultats de cette cartographie suggèrent que le secteur pharmaceutique privé en Guinée reste exposé à d'importantes difficultés d'ordre réglementaire.

Ce problème n'est pas propre à la Guinée. Des travaux de recherche en santé publique avancent que la mondialisation rapide de la production et de la distribution pharmaceutiques n'a pas été soutenue par l'harmonisation des systèmes réglementaires à l'échelle mondiale.[11] Ainsi, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les systèmes d'approvisionnement restent exposés au risque d'une piètre qualité des médicaments.

Plusieurs réglementations, politiques et plans stratégiques encadrent et structurent l'approche de la Guinée en matière d'amélioration des soins de santé en général et de la chaîne d'approvisionnement en particulier. Élément fondamental, le Plan National de Développement Sanitaire 2015–2024 (PNDS) met en avant trois objectifs :

1. Renforcer la prévention et la prise en charge des maladies et des situations d'urgence
2. Protéger la santé des mères, des enfants, des adolescents et des personnes âgées
3. Consolider le système de santé du pays

Ainsi, le PNDS reconnaît l'importance cruciale d'un approvisionnement fiable en médicaments et autres produits de santé nécessaires à la lutte contre les maladies pour atteindre des objectifs sanitaires globaux.

Parallèlement, en 2014, le pays a revu sa Politique Pharmaceutique Nationale (PPN), initialement développée en 1994, dans le but d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'assurance qualité et l'utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques. S'appuyant sur cette refonte, en 2018, le président a ratifié un amendement de la loi de réglementation pharmaceutique du pays qui remontait à 24 ans. Celui-ci avait pour but d'aider à garantir une réglementation appropriée de la

[11] C'est ce qu'affirment, par exemple, Van Assche, K., Nebot. Giralt A., Caudron, J. M., *et al.*, en 2018, dans leur étude « Pharmaceutical quality assurance of local private distributors: a secondary analysis in 13 low-income and middle-income countries, » *BMJ Global Health* (3).

[15] La première évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement (NSCA) a été élaborée dans le cadre du projet de gestion de la chaîne d'approvisionnement du programme de l'USAID en 2012.

fabrication, du commerce et de l'utilisation des médicaments en Guinée et l'accès du public à des informations fiables sur les médicaments et autres produits de santé. Cette modification de la loi confère à la DNPM toute autorité sur l'assurance qualité et la surveillance des médicaments en circulation. De même, en 2016, le ministère de la Santé (MS) a révisé et mis à jour la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) afin de refléter les dernières recommandations de l'OMS concernant les médicaments les plus efficaces, les plus sûrs et présentant le meilleur rapport coût-efficacité pour traiter les problèmes de santé prioritaires.

Enfin, et directement lié au sujet qui nous intéresse, la Guinée a adopté en 2017 un plan stratégique de la chaîne d'approvisionnement (plan stratégique) en complément du Plan National de Développement Sanitaire. Le PNDS et le PPN ont souligné l'importance d'une chaîne d'approvisionnement sûre, fiable et durable en vue de garantir la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits de santé à tous les niveaux du système de santé. En 2017, le besoin d'un plan stratégique applicable à la chaîne d'approvisionnement nationale a été identifié afin de permettre aux différents acteurs de se coordonner autour d'une vision commune, et aux partenaires techniques et financiers de soutenir la concrétisation de celle-ci.

La création du plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement a commencé en 2016 par une évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement (méthodologie NSCA 1.0[15]). Celle-ci était destinée à mesurer l'état de la chaîne d'approvisionnement du pays, à identifier les lacunes et les opportunités et à définir des priorités. Elle était accompagnée d'entretiens avec des parties prenantes et des partenaires, et incluait un examen étendu des précédentes évaluations des composantes de la chaîne d'approvisionnement. Des ateliers ont été organisés tout au long de 2016 et 2017 afin de développer, corriger et approuver le plan. Y ont participé le ministère, des programmes de santé verticaux, des ONG internationales, des acteurs de la chaîne d'approvisionnement et des partenaires techniques et financiers. Le plan final a défini la gestion de la chaîne d'approvisionnement comme la gestion active de toutes les activités, y compris les achats, l'entreposage, la distribution, la gestion des informations et la coordination. L'objectif général était de fournir des produits de qualité, en quantité suffisante, en bon état, au bon endroit, au bon moment et au coût approprié. Le plan incluait une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de six fonctions opérationnelles clés et de cinq fonctions transversales de la chaîne d'approvisionnement guinéenne, ayant donné lieu à une liste de mesures correctives prioritaires pour chacune. Ces actions prioritaires ont été ensuite organisées en trois principaux créneaux temporels et quatre axes stratégiques. L'un des objectifs de cette NSCA 2.0 est d'évaluer les progrès accomplis au vu des actions prioritaires du plan stratégique depuis la première NSCA 1.0 en 2016.

Présentation de l'évaluation de la chaîne d'approvisionnement

Sous le leadership du ministère de la Santé, l'USAID, le projet GHSC-PSM et la DNPM ont soutenu le travail de terrain nécessaire pour la conduite de la NSCA en Guinée du 10 au 28 juin 2019. Les principaux objectifs de cette évaluation étaient les suivants :

- Évaluer la chaîne d'approvisionnement de la santé publique guinéenne (ses capacités et ses performances) afin d'identifier ses forces, ses lacunes et ses opportunités d'amélioration.
- Suivre l'impact des activités récentes d'amélioration de la chaîne d'approvisionnement et des derniers investissements effectués en la matière, en évaluant en particulier les progrès accomplis depuis la NSCA de 2016 (version 1.0) ainsi que la mise en œuvre des actions prioritaires identifiées dans le plan stratégique de la chaîne d'approvisionnement de 2017 (2017–2024).
- Identifier les domaines d'opportunités prioritaires pour la planification du ministère de la Santé et la coordination des parties prenantes afin d'affiner les plans stratégiques et d'orienter les futurs investissements visant à renforcer le système.

La NSCA 2.0 comporte trois éléments distincts : l'*atelier de cartographie de la chaîne d'approvisionnement* qui aboutit à une représentation visuelle de la chaîne d'approvisionnement du pays, l'*enquête sur le modèle de maturité de la capacité (CMM)* qui mesure de façon générale les capacités, les ressources, les processus et le bon fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement du pays, et les données au niveau des sites associées aux *indicateurs clés de performance (KPI)* qui sont collectés en vue de mesurer les performances de la chaîne d'approvisionnement. En fonction des résultats obtenus, le GDG, en collaboration avec des principaux acteurs de la chaîne d'approvisionnement, peut revoir et affiner les priorités stratégiques et les plans opérationnels, tirer parti d'une compréhension commune du contexte actuel pour renforcer l'implication des parties prenantes dans l'action collective, et se servir d'analyses ciblées des causes initiales pour assurer un suivi des domaines de faible performance relative identifiés.

La NSCA s'est concentrée sur les aspects de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique guinéenne directement financés ou guidés par le GDG. L'équipe d'évaluation a recueilli des indicateurs de capacité et de performance concernant le ministère de la Santé, les magasins régionaux et centraux de fournitures médicales, les hôpitaux et les centres de santé. Les bailleurs de fonds jouent un rôle important dans le système de santé publique guinéen, en particulier pour la fourniture des principaux produits, et leur action influe incontestablement sur le système public. Toutefois, le fait que les bailleurs de fonds figurent dans la NSCA a pour but d'évaluer l'efficacité avec laquelle les *acteurs de la santé publique* en Guinée gèrent leurs relations avec eux, plutôt que d'évaluer directement leurs capacités et leurs performances. De même, si le marché de la santé privée est un acteur influent au sein du système de santé Guinéen, il reste toutefois en grande partie hors du champ d'intervention de cette évaluation. À l'avenir, des évaluations de l'efficacité des bailleurs de fonds et du marché de la santé privée seront certainement les bienvenues pour compléter la NSCA. Actuellement, l'intérêt de la NSCA réside dans le fait qu'elle se concentre sur les dimensions publiques, à travers 11 domaines techniques et divers niveaux, afin de contribuer au futur renforcement du système public.

La discussion qui suit porte sur l'interprétation des résultats relatifs aux capacités et aux performances, et sur leur traduction sous forme de recommandations pour de futures interventions au niveau de la chaîne d'approvisionnement. Les sections Résumé des résultats et Conclusions soulignent les principaux points à retenir et suggèrent des domaines qui pourront faire l'objet d'analyses ultérieures. Les annexes de rapport qui figurent dans un second volume incluent l'ensemble des outils d'évaluation et d'autres informations détaillées.

Méthodologie

Pendant cinq mois, de février à juin 2019, l'équipe d'évaluation a impliqué les parties prenantes nationales concernées pour définir l'étendue des travaux, déterminer les produits traceurs nécessaires à l'évaluation, et constituer et former les équipes de collecte des données. Cette approche visait à renforcer à la fois l'adhésion et l'investissement du ministère de la Santé, de l'USAID et des autres principales parties prenantes de la chaîne d'approvisionnement dans la démarche. Cette section décrit en détail la méthodologie de l'évaluation.

L'équipe a utilisé la boîte à outils NSCA 2.0 pour orienter la planification, la collecte des données et l'analyse.

La boîte à outils NSCA

La NSCA 2.0 est une boîte à outils actualisée qui mesure les capacités, le bon fonctionnement et les performances des fonctions de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux voulus du système de la chaîne d'approvisionnement de la santé nationale. Cette boîte à outils inclut trois principaux éléments d'évaluation : la cartographie de la chaîne d'approvisionnement, l'outil de modèle de maturité de la capacité (CMM) et l'outil d'évaluation des indicateurs clés de performance (KPI) (voir Figure 1). Elle est téléchargeable gratuitement à l'adresse www.ghsupplychain.org

Figure 1. Présentation des trois éléments de la NSCA 2.0

ACTIVITÉ	DESCRIPTION
Cartographie de la chaîne d'approvisionnement	L'objectif de la cartographie de la chaîne d'approvisionnement est d'obtenir une compréhension approfondie de la chaîne d'approvisionnement, y compris le rôle et les responsabilités de ses principaux acteurs. Ceci suppose de permettre le travail de groupe afin d'identifier les similitudes et les disparités entre différentes catégories de produits en circulation dans le système.
Outil de diagnostic CMM	L'outil de diagnostic CMM évalue les capacités et les processus à travers divers domaines fonctionnels et catalyseurs transversaux (p. ex., RH, viabilité financière) par le biais d'entretiens et d'observations directes.
KPI de la chaîne d'approvisionnement	Les KPI sont des indicateurs servant à mesurer la performance de la chaîne d'approvisionnement dans des domaines fonctionnels choisis.

La boîte à outils inclut également des ressources pour la planification et la mise en œuvre de l'activité d'évaluation, ainsi que pour l'analyse et la diffusion des données.

Étendue des travaux

L'étendue des travaux exigeait que l'équipe d'évaluation réalise un examen complet du système de santé publique guinéen aux niveaux suivants : central, régional (y compris le ministère de la Santé), et prestation de services (ce qui incluait le ministère de la Santé, les magasins centraux et

régionaux de fournitures médicales, les hôpitaux de référence, les hôpitaux, les centres médicaux communaux [CMC], les centres de santé et les centres de santé urbains [CSU]). La Figure 2 dresse la liste exhaustive des sites auprès desquels les données ont été recueillies en juin 2019. L'étendue des travaux complète est jointe au présent rapport en annexe.

Échantillonnage

La boîte à outils NCSA 2.0 est conçue pour évaluer l'infrastructure de la chaîne d'approvisionnement d'un pays, avec une désagrégation au niveau du type d'établissement. En Guinée, la base d'échantillonnage était constituée de tous les établissements de santé publics du pays ayant pour fournisseur des antennes de la PCG, qui bénéficiaient d'un financement public et dont les sites étaient recensés par le gouvernement national. Elle comprenait donc 410 centres de santé, 44 hôpitaux et six magasins régionaux de fournitures médicales. Le ministère de la Santé, à travers ses différentes directions préfectorales et ses divers programmes, et les magasins centraux de fournitures médicales (PCG) en faisaient également partie. Les postes de santé, niveau le plus bas de prestation de services, étaient exclus de la base d'échantillonnage, car aucune liste de population complète et précise des postes existants n'est actuellement disponible.

L'équipe d'évaluation a déterminé la taille de l'échantillon minimum à l'aide d'une formule de calcul hypergéométrique, avec une marge d'erreur de +/- 10 pour cent et un niveau de confiance de 90 pour cent, comme le suggèrent les directives NSCA 2.0. Pour sélectionner les centres de santé, l'équipe a eu recours à un processus d'échantillonnage aléatoire en deux étapes. Dans un premier temps, la taille de l'échantillon a été calculée pour le nombre de districts, puis pour le nombre d'établissements de santé nécessaires, sur la base des paramètres ci-dessus et en supposant un effet de conception de 1,6. L'effet de conception appliqué repose sur l'analyse post-évaluation des pilotes NSCA 2.0. Les districts ont été sélectionnés avec une probabilité d'inclusion dans l'évaluation proportionnelle au nombre d'établissements de santé dans chacun d'eux. Au sein de chaque district choisi, quatre centres de santé ont été sélectionnés au hasard. En 2016, la première NSCA a évalué l'ensemble des hôpitaux, des CMC et des magasins régionaux de fournitures médicales. En 2019, nous avons décidé de recenser également tous ces types d'établissements afin de permettre une comparaison plus directe.

L'échantillon incluait 98 centres de santé, 41 hôpitaux et CMC, trois hôpitaux de référence, six magasins régionaux de fournitures médicales, le magasin central de fournitures médicales, quatre bureaux nationaux du programme de santé publique et le ministère de la Santé (voir Figure 2). Nous avons évalué 154 sites au total. La liste exhaustive des sites évalués figure en annexe.

Figure 2. Base d'échantillonnage et échantillon sélectionné

Type d'établissement	Population	Échantillon
Centres de santé et CMC	410	98
Hôpitaux et CMC	41	41
Hôpitaux nationaux	3	3
Magasins régionaux de fournitures médicales	6	6
Magasins centraux de fournitures médicales (PCG)	1	1
Ministère de la Santé	1	1
Programmes nationaux de santé	8	4
Total	**470**	**154**

Au sein de chaque établissement sélectionné, les collecteurs de données ont réalisé une enquête CMM et recueilli des informations concernant les KPI. Ils ont systématiquement cherché à s'entretenir avec les informateurs clés les plus qualifiés pour aborder tel ou tel module d'évaluation ou domaine technique (p. ex., viabilité financière, entreposage et stockage, politique et gouvernance). Dans les établissements les plus grands, ceci s'est souvent traduit par plusieurs entretiens par site (p. ex., avec le directeur financier, le responsable d'entrepôt et le pharmacien en chef). Cela a été en particulier le cas du ministère de la Santé, où nous avons réalisé plus d'une douzaine d'entretiens afin de mener à bout l'évaluation CMM. En revanche, dans les établissements de taille plus modeste, les membres du personnel (p. ex., le pharmacien responsable) assumaient souvent plusieurs rôles au sein de la chaîne d'approvisionnement et ont donc répondu à différents modules dans le cadre de l'évaluation.

Composition des équipes et formation

Des équipes de niveau central et de terrain ont été constituées et formées afin de réaliser l'évaluation. Les entretiens de niveau central avec le ministère de la Santé et les représentants de la PCG ont été menés par le personnel de direction du projet GHSC-PSM, notamment par le directeur technique, deux conseillers techniques, trois spécialistes de l'évaluation et des opérations basés à Washington, D.C., et un haut-conseiller en évaluation basé en Guinée.

Pour ce qui concerne les sites sous-centraux, 20 équipes de deux personnes (40 membres au total) se sont rendues sur 148 sites en 12 jours afin de recueillir les données. Ces équipes étaient composées d'étudiants en dernière année de pharmacie et de représentants du ministère de la Santé. Nombre d'entre eux avaient récemment participé à un autre exercice de collecte de données visant à recenser les pharmacies privées de la capitale, et ont été sélectionnés pour celui-ci sur la base de leur excellence professionnelle et de leurs performances antérieures en matière d'évaluation. Tous les collecteurs de données ont suivi une formation intensive de cinq jours sur les outils d'évaluation, SurveyCTO, les produits traceurs et les bonnes pratiques associées aux méthodes d'enquête. Le quatrième jour, certains collecteurs de données ont réalisé l'évaluation pilote de six établissements de santé de Conakry. Celle-ci a constitué un exercice pratique pour les collecteurs de données, une opportunité de régler les problèmes liés à la technologie en l'absence d'enjeux trop importants, et une ultime occasion de donner un retour ciblé à l'équipe d'évaluation afin d'affiner ensuite l'enquête en fonction du contexte guinéen.

Procédures

Six semaines avant le début de la collecte des données, des lettres portant l'en-tête du ministère de la Santé ont été envoyées aux bureaux de santé publique concernés afin de les informer que les établissements de leurs districts avaient été sélectionnés au hasard pour participer à la NSCA. Lorsque cela était possible, ces lettres ont également été envoyées directement aux sites sélectionnés. Les bureaux de santé publique des districts ont été chargés de communiquer l'exercice aux principaux points de contact de chaque centre de santé sous leur supervision. Les collecteurs de données avaient sur eux un exemplaire de la notification signée par le MS (en cas d'échec de la communication) et avaient été formés pour expliquer, en insistant encore davantage, le but et l'intérêt de l'évaluation à leur arrivée.

Les données sous-centrales ont été recueillies du 16 au 30 juin. En moyenne, les équipes ont passé une journée entière à évaluer les centres de santé, 1,5 jour les hôpitaux et deux jours les entrepôts, sans compter les journées de trajet. Un membre de l'équipe réalisait les entretiens d'enquête CMM,

tandis que l'autre recueillait les données relatives aux KPI. Si l'un finissait avant (généralement le responsable CMM), les collecteurs de données aidaient le membre de l'équipe.

L'équipe au niveau central recueillait les données auprès des représentants des différents départements du MS, y compris les responsables de programmes verticaux, et de plusieurs personnes haut placées de la PCG. L'accès avait été facilité par les relations tissées à travers le processus de planification avec les principales parties prenantes et points d'accès au sein du ministère. Les entretiens au niveau central ont été réalisés sur trois semaines, du 17 juin au 5 juillet. Au total, 63 entretiens ont été menés avec de hauts représentants centraux dans des institutions et des départements de niveau central.

Questionnaire sur le modèle de maturité de la capacité (CMM)

Le questionnaire CMM mesure le niveau de capacité et de fonctionnement actuel de la chaîne d'approvisionnement à travers 11 domaines fonctionnels, dont le stockage et l'entreposage, la distribution, la viabilité financière, la gestion des déchets et les ressources humaines. Seuls les modules pertinents ont été évalués sur chaque site, en fonction du niveau de l'établissement. Par exemple, les établissements de santé n'ont pas été évalués sur leurs capacités de prévision et planification des approvisionnements. La consultation des homologues guinéens en vue de comprendre quelles étaient les fonctions de la chaîne d'approvisionnement attendues dans les différents types d'établissements du système a permis de déterminer cette pertinence.

L'enquête consistait principalement en une longue série de questions à réponses binaires (Oui/Non) établissant la présence (ou l'absence, donc) d'un ensemble de capacités, processus et bonnes pratiques liés à la chaîne d'approvisionnement. Cette structure permet de collecter les données de manière normalisée, de réduire l'impact de la subjectivité sur l'évaluation (par rapport à la NSCA 1.0) et facilite la comparaison des résultats entre les pays et dans le temps.

Les données ont été recueillies grâce à des entretiens réalisés auprès d'informateurs clés, ainsi qu'à des observations directes et la vérification de documents de support. Les collecteurs de données ont été formés pour demander à s'entretenir avec le personnel de l'établissement le plus à même de répondre à chaque module, en fonction du domaine d'intervention du répondant. Par exemple, le cas échéant, un responsable de stock était considéré comme la personne la plus qualifiée pour répondre aux questions concernant l'entreposage et le stockage, et le chef comptable à celles liées à la viabilité financière. S'inscrivant dans l'outil, un sous-ensemble de réponses importantes fournies par les répondants ont fait l'objet de demandes de documentation structurées à des fins de vérification, p. ex., rapports logistiques, procédures opérationnelles standard et dossiers financiers. Pour le module Entreposage et stockage, les collecteurs de données avaient pour consigne de réaliser l'entretien dans l'espace de stockage même et d'y observer directement les capacités en présence (p. ex., paquets, générateurs et équipement de sécurité). En fonction du nombre de modules complétés, de la disponibilité des informateurs clés et de la rapidité avec laquelle les documents de vérification étaient récupérés, plusieurs heures à une journée entière ont pu être nécessaires pour remplir le questionnaire CMM. Les données ont été collectées par voie électronique à l'aide de la plateforme SurveyCTO installée sur des tablettes individuelles.

La Figure 3 présente les domaines fonctionnels abordés dans le questionnaire relatif aux capacités en fonction du type d'établissement. Les annexes incluent la liste exhaustive des établissements évalués ainsi que la couverture géographique sur une carte.

Figure 3. Domaine fonctionnel CMM par niveau dans le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement guinéen

N°	MODULES FONCTIONNELS ÉVALUÉS	MS	PCG	PCG régionale	Hôpitaux de référence	Hôpitaux et CMC	Centres de santé
1	Gestion et planification stratégiques	✓	✓	✓	✓		
2	Ressources humaines	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Viabilité financière	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Politique et gouvernance	✓	✓	✓			
5	Qualité et pharmacovigilance	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	Prévision et planification des approvisionnements	✓	✓	✓	✓		
7	Achats et dédouanement		✓	✓			
8	Entreposage et stockage		✓	✓	✓	✓	✓
9	Distribution		✓	✓			
10	Systèmes d'information de la gestion logistique	✓			✓	✓	✓
11	Gestion des déchets	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Indicateurs clés de performance

Les indicateurs clés de performance (KPI) permettent de mesurer la performance de la chaîne d'approvisionnement actuelle. Les équipes d'évaluation ont utilisé l'outil KPI afin de recueillir des données quantitatives granulaires liées à un ensemble d'indicateurs de base, conformes aux normes internationales en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement sanitaire. Ces KPI étaient les suivants : pourcentages de stocks conformes au plan (par produit traceur), exactitude des fiches de stock, taux de rupture de stock (par produit traceur), écarts de température, taux de rotation du personnel. La liste complète des KPI et le niveau de l'établissement dans lequel ils ont été recueillis figurent dans la Figure 4.

Les données relatives aux KPI provenaient des sources suivantes : fiches de stock, rapports du système d'information en gestion logistique (SIGL) et du SIGL électronique (eSIGL), factures, commandes, bons de livraison, registres de surveillance de la température, bordereaux d'expédition. Dans certains cas, les données rétrospectives (de six mois à un an) ont été également collectées afin de mieux illustrer la régularité des performances passées. La collecte des données relatives aux KPI est un processus plus ou moins long suivant la taille de l'établissement, la disponibilité et l'état de la documentation, ainsi que la quantité de stock à disposition. Ce processus exige de la part du collecteur de données qu'il consacre plusieurs heures, voire deux journées entières, à examiner les rapports et à compter le stock. Les données ont été recueillies sur des tablettes équipées de l'outil SurveyCTO.

Figure 4. KPI par niveau dans le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement guinéen							
N°	Indicateurs clés de performance	MS	PCG	PCG régionale	Hôpitaux nationaux	Hôpitaux	Centres de santé
1	Données sur les stocks		✓	✓	✓	✓	✓
2	Livraison en aval			✓			
3	Ressources humaines	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Données sur la rotation des stocks	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	Taux de rapports pour l'établissement				✓	✓	✓
6	Écarts de température		✓	✓	✓	✓	✓
7	Précision des prévisions	✓	✓				
8	Précision du plan d'approvisionnement	✓	✓				
9	Données sur les sources de financement	✓					
10	Prix payés		✓				
11	Tests de contrôle de la qualité		✓				

Les produits traceurs mentionnés dans la Figure 5 ont été sélectionnés pour la NSCA en collaboration avec le MS. À eux tous, ils offrent une juste représentation des types de produits susceptibles de se trouver dans la chaîne d'approvisionnement de la santé publique guinéenne, sont la cause des problèmes spécifiques liés à la chaîne d'approvisionnement (p. ex., transport sous chaîne du froid), sont en principe accessibles dans les centres de santé et fournissent suffisamment d'informations pour aider à la prise de décision stratégique.

Figure 5. Produits traceurs			
N°	NOM DU PRODUIT	DOSAGE	CATÉGORIE DE PRODUIT
1	Determine HIV 1/2 (kit de test)	Sans objet	VIH/SIDA
2	Zidovudine/Lamivudine/Névirapine	60/30/50 mg	VIH/SIDA
3	Artéméther/Luméfantrine 6x1	Comp. 20/120 mg	Paludisme
4	Test de diagnostic rapide du paludisme	Sans objet	Paludisme
5	Contraceptifs oraux combinés	28 comprimés (150/30 µg)/cycle	FP/RH
6	Implant à un bâtonnet	Un bâtonnet	FP/RH
7	Ocytocine injectable	10 UI/ml	SNMI
8	Sulfate de magnésium	50 mEq/ml	SNMI
9	Vitamine K1	10 mg/ml	SNMI
10	Comprimé RH (150 + 75) mg	150/75 mg	Tuberculose
11	Comprimé RHZE (150 + 75 + 400 + 275) mg	150 + 75 + 400 + 275 mg	Tuberculose
12	Amoxicilline	500 mg	Médicaments essentiels
13	Vaccin pentavalent	0,5 mg	Vaccins
14	Solution d'eau de Javel	Concentration 5 %	Intrants de lutte contre Ebola existants

Au cours de la visite de la PCG, un second produit traceur figurant sur la liste a été utilisé en complément afin de mesurer plus efficacement les performances de la PCG en matière d'achats et de prévision/planification des approvisionnements. Dans la mesure où la PCG n'effectue pas d'achats au nom du gouvernement, un petit échantillon des produits qu'elle achète pour son propre compte a été utilisé pour analyser ces domaines.

Figure 6. Produits traceurs pour l'analyse de la PCG			
N°	NOM DU PRODUIT	DOSAGE	CATÉGORIE DE PRODUIT
1	Paracétamol	Comprimé de 500 mg	Médicaments essentiels
2	Kétamine	Flacon de 10 ml	Médicaments essentiels
3	Lactate de Ringer	Poche de perfusion de 500 ml	Médicaments essentiels
4	Solution de chlorure de sodium (0,9 %)	Flacon de 500 ml	Médicaments essentiels
5	Ceftriaxone	En poudre, flacon de 1 g	Médicaments essentiels

Gestion des données

Nous avons doté chacun des collecteurs de données d'une tablette équipée du logiciel SurveyCTO pour qu'ils puissent collecter, saisir et télécharger les données par voie électronique. Tous les questionnaires CMM et KPI complétés ont été téléchargés quotidiennement sur le serveur de données sécurisé, une fois les contrôles qualité quotidiens effectués par l'équipe technique de la NSCA. Les copies originales des données collectées ont été conservées sur le serveur SurveyCTO. Les deux collecteurs de données d'une équipe terrain ont collecté les données à l'aide de tablettes, mais chacun d'eux a l'a fait sur différents modules, afin de s'assurer qu'une seule enquête collective complétée a été téléchargée par site. Un spécialiste du suivi et de l'évaluation issu du programme GHSC-PSM a examiné, vérifié et téléchargé les données une fois par jour. Il a ainsi été possible de vérifier que toutes les réponses ont été correctement codées et que les points de données sans réponse ont été supprimés, ce qui a permis de renforcer l'efficacité de l'analyse. La fréquence de cet examen des données (appelé parfois « nettoyage ») nous a également permis de détecter des problèmes imprévus, qui ont tous été résolus. Après cet examen quotidien, les équipes de collecte des données ont été immédiatement contactées (souvent par un point de contact au niveau central via WhatsApp) afin de clarifier les incohérences dans les données téléchargées ou les questions liées à ces données.

SurveyCTO exporte les données au format CSV (valeurs séparées par des virgules). Les classeurs d'analyse de données inclus dans les boîtes à outils NSCA 2.0 standard ont été conçus de façon coordonnée dans Microsoft Excel pour tirer parti de ce format. Cela a permis de réduire au minimum le processus de transformation des données, de rationaliser le nettoyage des données et d'accroître l'automatisation du calcul des KPI au cours de l'analyse des données. Avec l'utilisation de valeurs de codage ayant généré des « pics de signal » explicites, les valeurs sans réponse ont été facilement identifiées par les valeurs alimentant une page de critères récapitulatifs. Les classeurs d'analyse de données ont également produit des graphiques et des tableaux de bord de données, afin de permettre des analyses de haut niveau qui ont servi de base aux acteurs locaux pour leurs comptes-rendus de terrain. Les résultats obtenus seront analysés avec un examen des trois composants du recueil des données, à savoir la cartographie de la chaîne d'approvisionnement, les entretiens CMM et les données KPI collectées.

Limites

Établissements exclus : Postes de santé et directions préfectorales de la santé

Une évaluation idéale aurait inclus deux types d'établissements supplémentaires. Les postes de santé constituent un point de prestation de services important, de type « dernier kilomètre », dans la chaîne d'approvisionnement guinéen. Malheureusement, le gouvernement ne possède pas de liste exhaustive (ni même à peu près complète) de postes de santé actuellement actifs dans le pays. L'équipe d'évaluation n'a donc pas pu disposer d'une base d'échantillonnage lui permettant de déterminer les sites à évaluer. Des stratégies alternatives de sélection et d'évaluation des postes de santé ont été brièvement envisagées, mais n'ont finalement pas été retenues. En effet, sans un recensement complet des postes de santé du pays, il est impossible d'affirmer que les données collectées sont représentatives au niveau national ou qu'elles atteignent un degré de rigueur identique à celui exigé dans le cadre de l'évaluation des autres niveaux. Sans une évaluation directe, il est raisonnable de supposer que les postes de santé disposent de moins de ressources et de capacités que les autres points de prestation de services (PPS) évalués dans le cadre de la NSCA, mais cette supposition nécessite d'être vérifiée. Nous recommandons vivement que le pays mène un recensement initial de ses postes de santé afin d'étayer les évaluations rigoureuses portant sur le dernier kilomètre et de faciliter une prise de décision éclairée à l'avenir.

Par ailleurs, les directions préfectorales de la santé (DPS) n'ont pas été prises en compte dans l'évaluation. Rétrospectivement, il aurait peut-être été utile de compléter le module CMM du SIGL dans ces établissements, étant donné leur rôle dans le processus d'information/le SIGL papier en amont. Ceci dit, la quantité de données obtenues ne justifiait sans doute pas le surcroît de temps et de dépenses nécessaires à la redirection des équipes vers plusieurs dizaines de sites supplémentaires pour un module unique d'enquête. Les postes de santé et les DPS demeurent ainsi des « boîtes noires » dans cette évaluation, mais ils méritent d'être pris en compte dans les prochaines évaluations de la chaîne d'approvisionnement.

Qualité des données et données incomplètes

Les difficultés liées à la collecte de données complètes, précises et à jour sont apparues tout au long du plan stratégique 2017, mais également au niveau de la NSCA. L'équipe d'évaluation s'est efforcée de prévenir et de corriger autant que possible les problèmes de qualité de données. Elle a recruté et formé sur cinq journées complètes des collecteurs de données hautement qualifiés, préalablement à l'évaluation de 10 jours. Chacune des enquêtes transmises a été redressée au cours de la nuit et l'équipe d'évaluation a immédiatement adressé aux collecteurs ses commentaires au sujet des problèmes de qualité. Malgré tout, en raison du contexte difficile, certains de ces problèmes ont persisté. On peut globalement les regrouper suivant trois dynamiques principales.

- *Dossiers manquants, inexacts ou incomplets au niveau des types d'établissements.* De nombreux KPI sont construits sur le principe que les établissements conservent des dossiers complets et précis, à partir desquels les collecteurs de données peuvent extraire des points de données. La situation est souvent différente en Guinée. Dans de nombreux cas, les collecteurs de données ont été confrontés à des dossiers périmés, largement inexacts, partiels ou totalement absents. Même si l'absence d'archivage est en elle-même un résultat important, elle limite fortement la capacité de cette évaluation à fournir des indicateurs de performance fiables, à partir desquels il est possible de comparer les capacités.

- *Familiarité insuffisante avec les concepts de la chaîne d'approvisionnement ou mauvaise compréhension de ces concepts* La NSCA utilise une terminologie d'une grande précision pour la chaîne d'approvisionnement. D'un côté, cela permet de distinguer précisément les niveaux des capacités. En revanche, si les établissements n'emploient pas de personnel spécialisé dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement (lorsque le pharmacien est également responsable du local de stockage et de la gestion des déchets et fait office de référent SIGL), certaines nuances terminologiques en matière de chaîne d'approvisionnement peuvent être perdues ou mal comprises. Les collecteurs de données ont été formés aux concepts de la chaîne d'approvisionnement, et la NSCA comporte autant que possible des questions de vérification de la documentation, qui aplanissent quelque peu cette difficulté. Ceci dit, certaines capacités mentionnées dans les rapports ont été surprenantes et difficilement explicables étant donné le contexte. Très probablement, ces résultats sont le reflet d'une mauvaise perception ou d'une mauvaise compréhension, plutôt que de la réalité elle-même.

- *Opacité au niveau central.* En définitive, la collecte de données au niveau central s'est avérée difficile. La NSCA a largement bénéficié des services de personnes chargées des contrôles au sein du ministère. Celles-ci n'ont pas été avares de leur temps et ont parfois passé plusieurs heures lors d'entretiens avec l'équipe d'évaluation. Ceci dit, la distribution des rôles et des responsabilités dans le cadre de la chaîne d'approvisionnement n'est pas toujours clairement établie au sein du ministère. En conséquence, de nombreuses personnes officiellement responsables d'une fonction spécifique dans la chaîne d'approvisionnement n'ont pas pu répondre de manière exhaustive, avec certitude ou avec précision aux questions de l'évaluation. Dans ce type de situations, l'équipe d'évaluation de niveau central a poursuivi sans relâche ses investigations auprès d'autres responsables afin de pallier les insuffisances dans les réponses obtenues au cours des entretiens et fini par mener plusieurs dizaines entretiens en vue d'aboutir à une enquête CMM unique. Au final, l'absence d'informations transparentes, disponibles et facilement vérifiables au sujet des capacités, politiques et processus liés à la chaîne d'approvisionnement constitue en elle-même un résultat important pour l'état des capacités et des performances de la chaîne d'approvisionnement au niveau central. Dans quelques cas, les personnes interrogées semblaient vouloir induire en erreur l'équipe de la NSCA. Là encore, l'exigence structurée de la NSCA en matière de documentation et de vérification des questions spécifiquement liées aux capacités s'est avérée utile pour déterminer précisément l'état desdites capacités. Pour finir, dans certains cas, aucun collaborateur du ministère n'a semblé disposé à répondre aux questions, ce qui témoigne d'un manque de transparence dans certaines parties du système de chaîne d'approvisionnement. Les conclusions au niveau central doivent être interprétées à la lumière de ces difficultés.

Comparaison des scores CMM et KPI

La NSCA 2.0 recourt à une approche de type « échantillonnage en grappes à deux étapes », conçue pour garantir un pourcentage d'erreur maximum de ±10 %. Nous avons utilisé cette approche afin d'obtenir un échantillon représentatif des établissements de santé publique et d'extrapoler les conclusions à l'ensemble des établissements de santé du pays à l'aide de principes statistiques. Le modèle d'analyse de données de la NSCA 2.0 sous sa forme actuelle ne permet pas de calculer l'erreur type des nombreuses variables évaluées avec les données collectées. Sans l'erreur type, la précision du KPI ou du score du module CMM n'est pas connue (mais elle est probablement < ±10 %)

Même si les scores individuels sont significatifs, il est plus difficile de comparer deux types d'établissements pour un score CMM ou un KPI. Sans les erreurs calculées, aucune différence inférieure à 20 % (en supposant une erreur maximale possible de ±10 %) ne peut être établie de manière totalement fiable. Par conséquent, dans un souci de prudence, ce rapport ne tentera pas d'interpréter les différences entre les types d'établissements étudiés dans le cadre d'un module

CMM, sauf si la différence calculée est supérieure à 20 %. Chaque KPI sera examiné individuellement, par type d'établissement, dans le contexte de ce type d'établissement, et non en faisant des comparaisons sur l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement.

Cela ne signifie pas pour autant que les scores ou les KPI sont sans importance ou que les données sous-jacentes sont inutiles, mais c'est uniquement une fonction d'échantillonnage qui limite la distinction entre les petites différences dans les scores en raison d'une précision trop faible ou non connue. Dans ce cas, il n'est pas judicieux d'affirmer qu'un score est plus élevé qu'un autre (à moins que l'écart entre ces scores soit supérieur à 20 %). Les questions sous-jacentes posées dans le CMM demeurent pertinentes et permettront d'orienter les analyses et les recommandations.

Comparaison des scores NSCA 2016 et 2019

La comparaison des résultats des NSCA 2016 et 2019 en Guinée nécessite une attention particulière, dans la mesure où le questionnaire et les méthodes ont été significativement révisés à l'occasion de la création de la NSCA 2.0. Ceci se vérifie particulièrement dans le questionnaire CMM. Dans la version 2.0, le contenu de tous les modules CMM a été actualisé et étendu sur la base de l'expérience acquise avec les précédentes évaluations NSCA 1.0. Le nombre de questions par module a été accru et leur type a été significativement révisé dans le sens d'une plus grande objectivité et d'une moindre dépendance aux jugements subjectifs des collecteurs de données. Les questions faisant appel à des impressions personnelles ont été remplacées par des séries d'interrogations élémentaires de type « Oui/Non », complétées par une vérification physique. En conséquence, les scores généraux du modèle de maturité *ne sont pas* directement comparables entre les versions 1.0 et 2.0 de la NSCA, ni entre les évaluations 2016 et 2019 en Guinée.

Ceci dit, dans le cas de questions complémentaires, les pourcentages sous-jacents des établissements faisant état de capacités spécifiques sont significatifs et largement comparables. Par exemple, l'évaluation NSCA 1.0 menée en Guinée en 2016 a montré que seuls 24 % des centres de santé sont dotés d'incinérateurs. En 2019, la NSCA 2.0 a déterminé de manière similaire que 28 % des centres de santé utilisaient l'incinération (sur site) comme mode d'élimination des déchets pharmaceutiques. Même si les questions spécifiques ont évolué, elles révèlent dans leur ensemble que peu de progrès ont été accomplis dans le développement de l'utilisation des incinérateurs pour l'élimination des déchets dans les centres de santé au cours des trois dernières années. Cet exemple permet de faire ressortir des points de comparaison de capacités à peu près aussi significatifs entre les deux évaluations. Enfin, il est à noter que la version 2.0 de la NSCA contient des modules CMM supplémentaires (gouvernance, viabilité financière, ressources humaines) qui n'étaient pas considérés comme des modules complets dans la version 1.0.

À l'inverse, la section KPI de la NSCA 2.0 conserve les indicateurs de base définis dans la NSCA 1.0. Le processus d'échantillonnage utilisé dans la NSCA de 2019 a également été mené de manière à refléter les niveaux et intervalles de confiance de l'évaluation de 2016. Ainsi, il est possible de comparer directement ces indicateurs entre la NSCA 1.0 effectuée en Guinée en 2016 et la NSCA 2.0 de 2019.

Résultats récapitulatifs

Au total, nous avons collecté des données issues de 154 visites sur site, dont six au niveau central (MS, [y compris la DNPM], PCG et quatre programmes verticaux), six au niveau régional (PCG régionales) et 142 au niveau des points de prestation de services (hôpitaux nationaux, hôpitaux, CMC, centres de santé, CSU). Ce niveau comporte les hôpitaux de référence nationaux (n = 3), les hôpitaux et les CMC (n = 41) ainsi que les centres de santé et les CSU (n = 98).

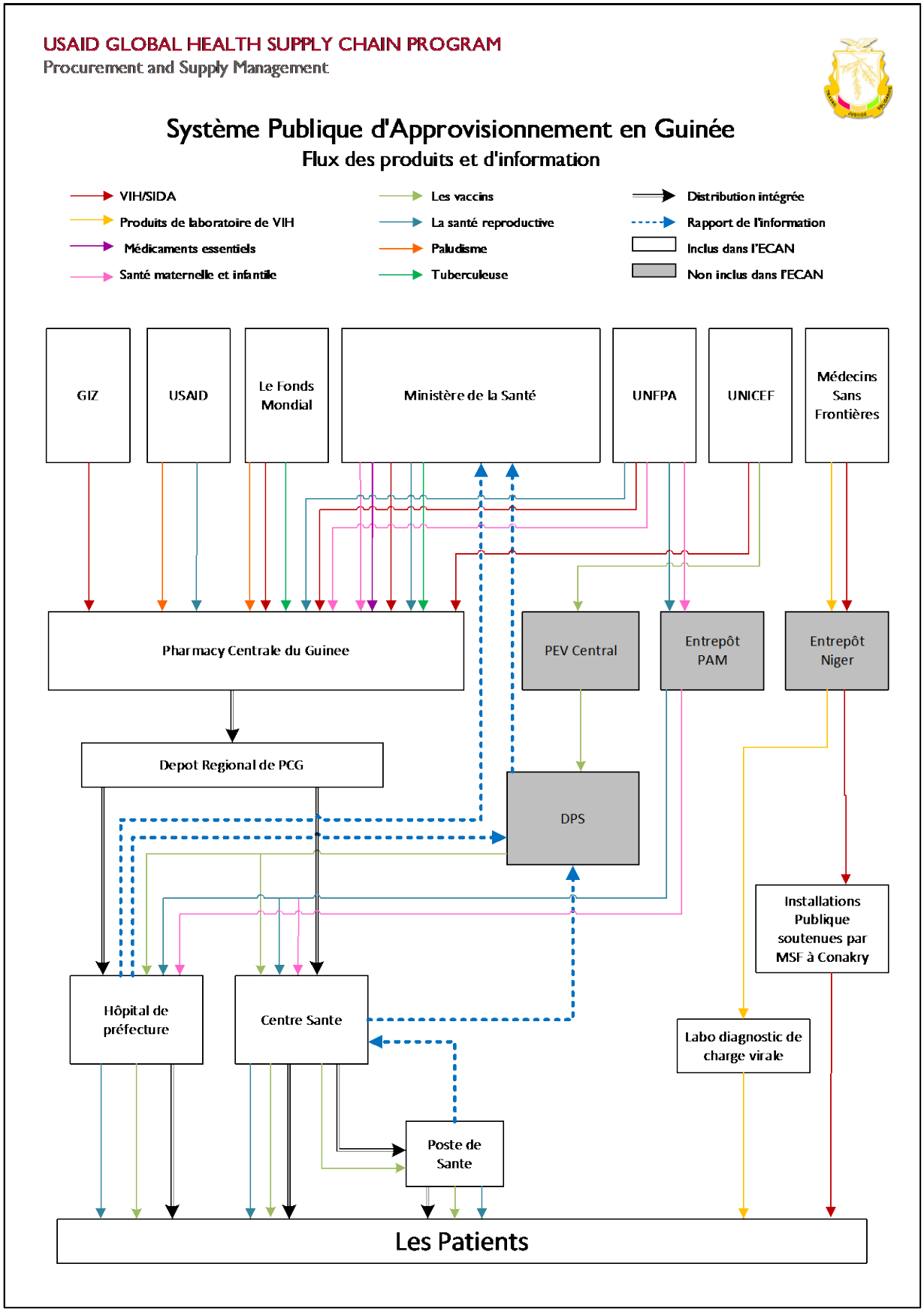
Cette section offre un aperçu instantané des données collectées. La présentation commence par une carte de la chaîne d'approvisionnement qui établit le flux de produits et des informations tout au long du système de chaîne d'approvisionnement de santé publique guinéenne. Les conclusions de l'évaluation sont ensuite synthétisées sous la forme d'un tableau global des résultats CMM, suivi de quelques KPI. Dans les autres sections du rapport, les résultats et conclusions de l'évaluation sont détaillés pour chaque module fonctionnel, puis pour chaque niveau de service. Pour chaque module, les indicateurs clés de performance (KPI) pertinents sont présentés en premier, suivis des scores CMM. Les discussions et recommandations spécifiques de ce module ou niveau de service viennent ensuite.

Cartographie de la chaîne d'approvisionnement

Toutes les mises en œuvre de l'outil NSCA 2.0 comportent en première étape un exercice participatif destiné à dresser une cartographie exhaustive de la chaîne d'approvisionnement nationale. Le but recherché n'est pas seulement de faire comprendre en profondeur la structure et les processus de la chaîne d'approvisionnement, mais également de donner aux acteurs clés l'occasion de contribuer de manière significative à cette évaluation. Cette activité poursuit également les objectifs suivants : inciter les participants à réfléchir au-delà des itinéraires de distribution pour élaborer les rôles et les responsabilités des acteurs-clés, clarifier les flux d'informations, établir des distinctions entre les différents flux de programmes et circuits d'acheminement des produits, identifier les forces, les faiblesses et les opportunités dans l'ensemble du système.

Le 10 juin, 45 participants se sont réunis pour prendre part à un atelier de cartographie de la chaîne d'approvisionnement à Conakry (Guinée). Parmi ces participants, se trouvaient des représentants du MS et d'autres instances gouvernementales, des membres de la PCG et des programmes verticaux, des partenaires de la chaîne d'approvisionnement ainsi que d'autres acteurs du développement international (les diapositives et le programme de l'atelier ainsi que la liste finale des participants figurent en annexe du rapport). Les participants ont été répartis en six groupes selon leur expertise, sur la base des principaux programmes verticaux, et il a été demandé à chacune des équipes de réaliser (1) une cartographie exhaustive des flux de produits et d'informations, depuis les achats jusqu'à la prestation de services, et (2) une analyse FFOM spécifique au programme. Suite à cet atelier, l'équipe d'évaluation a intégré ces cartographies dans une représentation unique de la chaîne d'approvisionnement de santé publique guinéenne dans le but de faire ressortir les goulots d'étranglement, les points faibles et les opportunités d'amélioration. La Figure 7 illustre l'organisation et les éléments de la chaîne d'approvisionnement guinéen, ainsi que le flux de produits et d'informations dans l'ensemble du système. La version finale présentée ici a été examinée et approuvée par le MS.

Figure 7. La chaîne d'approvisionnement guinéenne



Trois caractéristiques notables du système de chaîne d'approvisionnement de santé publique guinéenne ont été mises en évidence lorsque celui-ci a été cartographié :

1. **L'intégration partielle du système de distribution.** Il ressort que la partie la plus performante du système de distribution est l'acheminement trimestriel intégré des produits de santé de la PCG vers les entrepôts régionaux. Les vaccins de l'UNICEF (stockés au niveau du PEV central) ainsi que les produits de santé reproductive, maternelle et infantile du FNAUP (stockés dans l'entrepôt PAM) ne relèvent pas de ce cycle de distribution.

2. À l'inverse, **l'achat et le transfert de produits** distribués par les bailleurs de fonds à la PCG ont fait intervenir un grand nombre d'acteurs qui achètent différents produits selon leur propre calendrier.

3. Le **flux d'informations vers l'amont** est relativement intégré, avec les données mensuelles du SIGL collectées au moyen de formulaires papier transmis au MS via les DPS, ainsi qu'avec les données du SIGL électronique directement transmises des hôpitaux au MS. Le fait que les entrepôts du pays soient exclus du SIGL constitue une exception importante à ce processus. À l'heure actuelle, le système de gestion de l'entrepôt de la PCG et le système SAGE ne sont pas intégrés dans le SIGL national, ce qui soulève des difficultés en termes de partage et de visibilité des informations mais constitue à l'inverse une opportunité certaine d'amélioration.

Comprendre les résultats de l'enquête CMM

L'analyse des résultats de l'enquête CMM présentés ci-dessous doit tenir compte de la manière dont la notation a été effectuée. La capacité et les processus ont été évalués selon un modèle de maturité issu des meilleures pratiques du secteur privé et adapté au contexte de la santé publique. Reportez-vous à la boîte à outils NSCA 2.0 pour plus d'informations sur la manière dont les niveaux de référence ont été pris en compte dans la conception des modules CMM. Dans chaque module fonctionnel, chaque question ou élément évalué se voit attribuer un degré de maturité allant de « de base » à « summum ». Le score CMM global de ce module correspond à la somme des scores pour chaque degré de maturité. La Figure 8 présente un aperçu de chaque degré de maturité, de sa définition et de sa contribution au score CMM global du domaine fonctionnel.

Ce score est un indice composite issu des résultats des questions sur l'ensemble des niveaux de maturité. Sur un score CMM total possible de 100 %, les éléments **de base** contribuent pour 50 %, les éléments **intermédiaires** pour 30 %, les éléments **avancés** pour 15 % et les éléments « **summum** » pour 5 %. Ces scores ne sont pas interprétables directement. Par exemple, un score de 50 % n'indique pas que tous les éléments de base sont présents dans tous les établissements. Toutefois, ces scores permettent d'établir des comparaisons entre les modules fonctionnels. Les composants constitutifs du niveau de base reçoivent une note distincte des composants associés au niveau intermédiaire. La notation est effectuée de cette manière afin de tenir compte du fait que, même à l'intérieur d'un domaine fonctionnel, les niveaux de maturité peuvent être mélangés. Le score global d'une fonction donnée est un indice composite de l'ensemble des scores (« de base », « intermédiaire », « avancé » et « summum »). Un score de maturité globale d'une valeur « intermédiaire » ne signifie donc pas nécessairement que chaque aspect de cette fonction a atteint ce niveau de maturité.

Figure 8. Définitions du degré de maturité et contribution au score général du modèle CMM		
DEGRÉ DE MATURITÉ	DÉFINITION	CONTRIBUTION MAXIMALE AU SCORE DU MODÈLE CMM
De base	Il s'agit des éléments (politiques, structures, processus, procédures, outils, indicateurs, rapports, ressources) **indispensables** au bon fonctionnement d'un système de chaîne d'approvisionnement (p. ex., fiche de stock utilisée pour la gestion des stocks).	50 %
Intermédiaire	Il s'agit des éléments (politiques, structures, processus, outils, indicateurs, ressources) non indispensables, mais d'une importance **intermédiaire** (p. ex., feuille Excel).	30 %
Avancé	Il s'agit des éléments (politiques, structures, processus, procédures, outils, indicateurs, rapports, ressources) **souhaitables** pour le bon fonctionnement d'un système de chaîne d'approvisionnement (p. ex., Rx Solution, un outil électronique de gestion de stock et de distribution).	15 %
Summum	Il s'agit des éléments (politiques, structures, processus, procédures, outils, indicateurs, rapports, ressources) « **summum** », mais **non indispensables** au bon fonctionnement d'un système de chaîne d'approvisionnement (p. ex., système de planification des ressources d'entreprise pour la gestion et le contrôle des stocks).	5 %

Modèle CMM : Tableaux récapitulatifs

Les figures 9–11 présentent une synthèse des conclusions tirées des données clés relatives aux indicateurs de maturité des capacités et portant sur les 11 domaines techniques et les cinq types d'établissement.

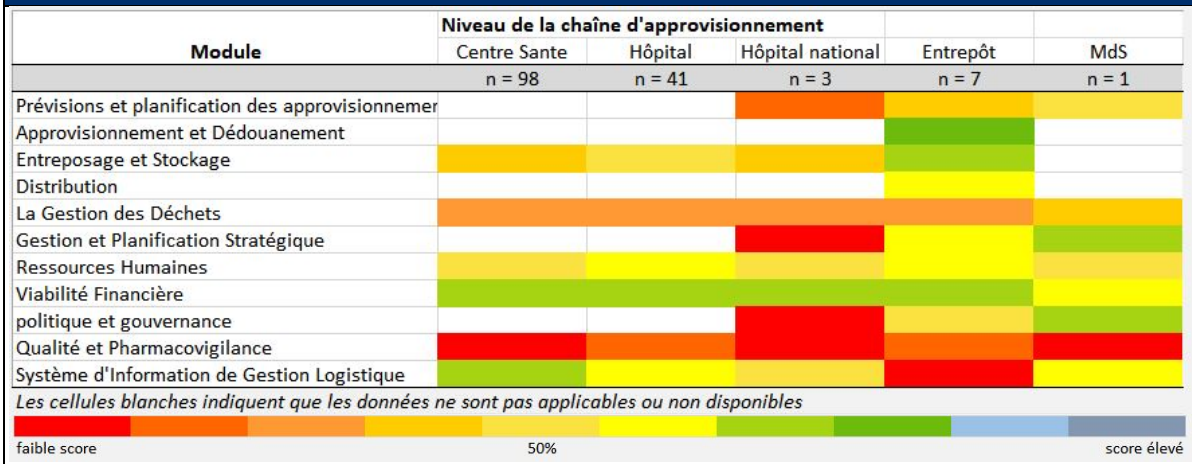
Figure 9. Score CMM moyen et intervalle de scores présentés par niveau d'établissement pour chaque module fonctionnel

MODULE	Ministère de la Santé	Entrepôts PCG	Hôpitaux de référence	Hôpitaux	Centres de santé
	n = 1	n = 7	n = 3	n = 41	n = 98
Gestion et planification stratégiques	66 %	55 % (29 %–77 %)	10 % (0 %–30 %)	--	--
Ressources humaines	45 %	53 % (38 %–76 %)	40 % (24 %–63 %)	54 % (23 %–84 %)	48 % (11 %–79 %)
Viabilité financière	54 %	61 % (24 %–82 %)	64 % (52 %–78 %)	64 % (32 %–91 %)	61 % (30 %–80 %)
Politique et gouvernance	66 %	46 % (15 %–72 %)	--	--	--
Qualité et pharmacovigilance	10 %	16 % (0 %–58 %)	0 % (0 %–0 %)	13 % (0 %–35 %)	8 % (0 %–45 %)
Prévision et planification des approvisionnements	41 %	39 % (24 %–55 %)	14 % (0 %–24 %)	--	--
Achats et dédouanement	--	72 % (n = 1)	--	--	--
Entreposage et stockage	--	66 % (49 %–83 %)	38 % (33 %–44 %)	42 % (23 %–59 %)	39 % (21 %–57 %)
Distribution	--	58 % (26 %–83 %)	--	--	--
Système d'information en gestion logistique	59 %	--	45 % (43 %–46 %)	54 % (24 %–74 %)	60 % (0 %–89 %)
Gestion des déchets	31 %	20 % (0 %–52 %)	30 % (19 %–41 %)	27 % (0 %–56 %)	24 % (0 %–56 %)

Figure 10. Score du modèle de maturité de la capacité (CMM) pour la prévision et la planification des approvisionnements présenté par le Programme national de santé

MODULE	Ministère de la Santé	Programme de contrôle national du SIDA	Programme de contrôle national du paludisme	Programme de contrôle national de la tuberculose	Programme national de santé reproductive
	n = 1	n = 1	n = 1	n = 1	n = 1
Prévision et planification des approvisionnements	41 %	53 %	62 %	46 %	56 %

Figure 11. Carte de chaleur, modèle CMM



KPI sélectionnés : Tableau récapitulatif

La Figure 12 présente les résultats de certains indicateurs clés de performance évalués dans des entrepôts, hôpitaux et centres de santé répartis dans toute la Guinée.

Figure 12. Scores de certains KPI par niveau (score moyen avec intervalles)

Indicateur clé de performance	Entrepôts	Hôpitaux de référence	Hôpitaux	Centres de santé
	n = 6	n = 3	n = 41	n = 98
Stockage selon le plan (produits traceurs)	32 % (6 %–100 %)	36 % (0 %–67 %)	28 % (10 %–58 %)	30 % (17 %–50 %)
Ruptures de stock le jour de l'évaluation	44 % (0 %–100 %)	33 % (0 %–100 %)	23 % (3 %–65 %)	34 % (2 %–85 %)
Nombre moyen de jours de rupture de stock sur une période de 181 jours*	14 jours	23,5 jours	17,1 jours	22,9 jours
Nombre moyen de jours par mois avec ruptures de stock, dans l'hypothèse où une rupture de stock a eu lieu	14,2 jours	15,7 jours	7,3 jours	8 jours
Exactitude des fiches de stock : pourcentage des établissements à 100 % de précision	50 % (0 %–100 %)	28 % (0 %–100 %)	58 % (38 %–79 %)	51 % (0 %–61 %)
Exactitude des fiches de stock : écart moyen par rapport à une précision de 100 % sur l'ensemble des établissements	777 % (85 %–2 400 %)	73 % (22 %–100 %)	2,558 % (42 %–30 830 %)	1,801 % (0 %–15 452 %)
Gaspillage dû aux dommages, aux vols et à la péremption : pourcentage du stock de produits endommagés, perdus et périmés par rapport au stock total disponible	0 %	7 % (0 %–46 %)	7 % (0 %–79 %)	5 % (0 %–27 %)
Nombre moyen de postes dans la chaîne d'approvisionnement	7,2	15,6	7,0	4,9
Pourcentage de postes vacants	18 %	18 %	17 %	12 %
Taux de rotation du personnel	2 %	8 %	7 %	9 %

** Le premier chiffre de ce tableau indique le nombre moyen de jours pendant lesquels le produit était en rupture de stock dans les différents établissements pendant la période de six mois comprise entre décembre 2018 et mai 2019. Cette période comptait 181 jours. Le nombre entre parenthèses correspond au pourcentage moyen de jours pendant lesquels le produit était en rupture de stock. Ainsi, 6,6/181 = 3,6 %.*

Par module fonctionnel : Résultats globaux du modèle CMM et des KPI

Cette section présente de manière exhaustive le contexte, les conclusions et les analyses pour l'ensemble de 11 domaines techniques évalués dans la NSCA : gestion et planification stratégiques, politique et gouvernance, prévision et planification des approvisionnements, approvisionnement et dédouanement, ressources humaines, viabilité financière, SIGL, entreposage et stockage, distribution, assurance-qualité et pharmacovigilance, gestion des déchets.

Gestion et planification stratégiques

La gestion et la planification stratégiques permettent de garantir l'identification des priorités de la chaîne d'approvisionnement, la poursuite des objectifs et des modifications ainsi que la mise en place de dispositifs de suivi des avancées et des performances. La gestion et la planification stratégiques relèvent du MS, mais il appartient à chaque niveau du système de santé de bien comprendre son rôle dans les plans stratégiques. Les principaux domaines pris en compte pour les scores de ce module CMM sont les suivants : existence de plans stratégiques, mécanismes appropriés de suivi tels que les comités de surveillance officiels, largement ouverts aux parties prenantes, plans précis d'engagement du secteur privé (voir Figure 13).

Figure 13. Exemples de capacités en gestion et planification stratégiques

De base	Présence d'un plan stratégique de la chaîne d'approvisionnement approuvé (capacité intermédiaire pour les RH) Suivi du plan de mise en œuvre de la chaîne d'approvisionnement et présence de sous-sections spécifiques Les risques présents au niveau de la chaîne d'approvisionnement sont évalués officiellement deux fois par an.
Intermédiaire	La cartographie des acteurs fait partie intégrante du processus de planification stratégique Présence d'un plan de mise en œuvre de la chaîne d'approvisionnement Mises à jour semestrielles du plan stratégique ou du plan de mise en œuvre de la chaîne d'approvisionnement Le plan stratégique ou le plan de mise en œuvre comportent des mesures visant à réformer le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement Coordination ou engagement avec le secteur privé pour améliorer la chaîne d'approvisionnement au cours de l'année écoulée
Avancé	Les groupes de parties prenantes se réunissent mensuellement pour évaluer les performances de la chaîne d'approvisionnement Présence d'un plan de gestion et de prévention/atténuation des risques Stratégie officielle visant à mettre à profit les partenariats conclus avec le secteur privé/public pour améliorer les performances de la chaîne d'approvisionnement
Summum	Les risques présents au niveau de la chaîne d'approvisionnement sont évalués officiellement de manière continue

Le plan stratégique 2017–2024 pour la Chaîne d'approvisionnement de la santé publique (plan stratégique) est le principal document de gestion et planification stratégiques pour la Guinée. La Guinée est relativement avancée dans ce domaine, dans la mesure où elle s'est dotée d'un plan stratégique visant spécifiquement à améliorer la chaîne d'approvisionnement nationale de la santé publique. Ce plan stratégique identifie six fonctions opérationnelles principales d'une chaîne d'approvisionnement de santé ainsi que cinq domaines transversaux. Ces éléments font tous l'objet d'une analyse FFOM de l'état actuel du système de santé guinéen (voir Figure 14). Ces domaines reflètent étroitement les domaines techniques clés, que la NSCA juge essentiels pour l'efficacité du système de chaîne d'approvisionnement.

Figure 14. Fonctions clés de la chaîne d'approvisionnement, identifiées dans le plan stratégique 2017 pour la Guinée

Fonctions opérationnelles	Fonctions transversales
1. Spécification et quantification des produits sanitaires	1. Gouvernance, leadership et coordination
2. Achat, logistique d'importation et dédouanement	2. Réglementation
3. Entreposage et stockage au niveau des établissements	4. Financement
4. Transport et distribution	4. Ressources humaines
5. Gestion des déchets	5. Informations pharmaceutiques (SIGL, analyses, S&E, performances)
6. Assurance qualité et contrôle qualité	

Le plan a présenté une liste détaillée d'actions destinées à améliorer la chaîne d'approvisionnement sur une durée de sept ans, et organisées en quatre « axes stratégiques » ou ensembles d'actions prioritaires :

1. Accroître la disponibilité des produits de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
2. Renforcer la gestion de la chaîne d'approvisionnement en développant des ressources humaines de qualité
3. Renforcer la coordination, le leadership et la gouvernance de la chaîne d'approvisionnement
4. Améliorer la gestion des données et des informations relatives à la logistique afin d'appuyer la prise de décisions à tous les niveaux

La deuxième partie du rapport mentionne les calendriers d'une nouvelle série d'activités destinées à améliorer le système.

Ces améliorations de la chaîne d'approvisionnement complètent le PNDS 2015–2024, qui reconnaît l'importance cruciale d'un approvisionnement fiable en médicaments et autres produits de santé pour atteindre des objectifs sanitaires globaux, notamment : réduction de la mortalité et de la morbidité associées à des maladies transmissibles et non transmissibles, renforcement de la prévention des maladies, de la gestion des situations d'urgence et du système national de santé.

La création du plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement a commencé par une évaluation nationale de la chaîne d'approvisionnement (NSCA 1.0) en 2016. Cette évaluation était destinée à mesurer l'état de la chaîne d'approvisionnement du pays, à identifier les lacunes et les opportunités et à définir des priorités. Elle était accompagnée d'entretiens avec des parties prenantes et partenaires, et incluait un examen étendu des précédentes évaluations des composantes de la chaîne d'approvisionnement. Des ateliers ont été organisés tout au long de 2016 et 2017 afin de développer, corriger et approuver le plan. Y ont participé le ministère, des programmes de santé verticaux, des ONG internationales, des acteurs de la chaîne d'approvisionnement et des partenaires techniques et financiers. Le plan final a défini la gestion de la chaîne d'approvisionnement comme la gestion active de toutes les activités, y compris les achats, l'entreposage, la distribution, la gestion des informations et la coordination. L'objectif général était de fournir des produits de qualité, en quantité suffisante, en bon état, au bon endroit, au bon moment et au coût approprié. Le plan incluait une analyse FFOM de six fonctions opérationnelles clés et de cinq fonctions transversales de la chaîne d'approvisionnement guinéenne, ayant donné lieu à une liste de mesures correctives prioritaires pour chacune. Ces actions prioritaires ont été ensuite organisées en trois principaux créneaux temporels et quatre axes stratégiques.

Les principes du plan stratégique sont régulièrement repris dans toutes les sections techniques de ce rapport, comme dans la feuille de route nationale officielle pour l'amélioration des capacités et des performances de la chaîne d'approvisionnement de la Guinée, utilisée par la NSCA 2019 pour évaluer les progrès, lacunes et opportunités.

Résultats de la NSCA 2019

Les activités de gestion et planification stratégiques relèvent encore largement des acteurs de niveau central en Guinée (voir les figures 15 et 16). Le MS enregistre un score de 66 % au niveau de ses capacités, avec 86 % de capacités de base en place. Les entrepôts central et régionaux présentent des capacités légèrement inférieures, tandis que les hôpitaux de référence guinéens n'ont que rarement développé une planification stratégique.

Figure 15. Capacités en gestion et planification stratégiques

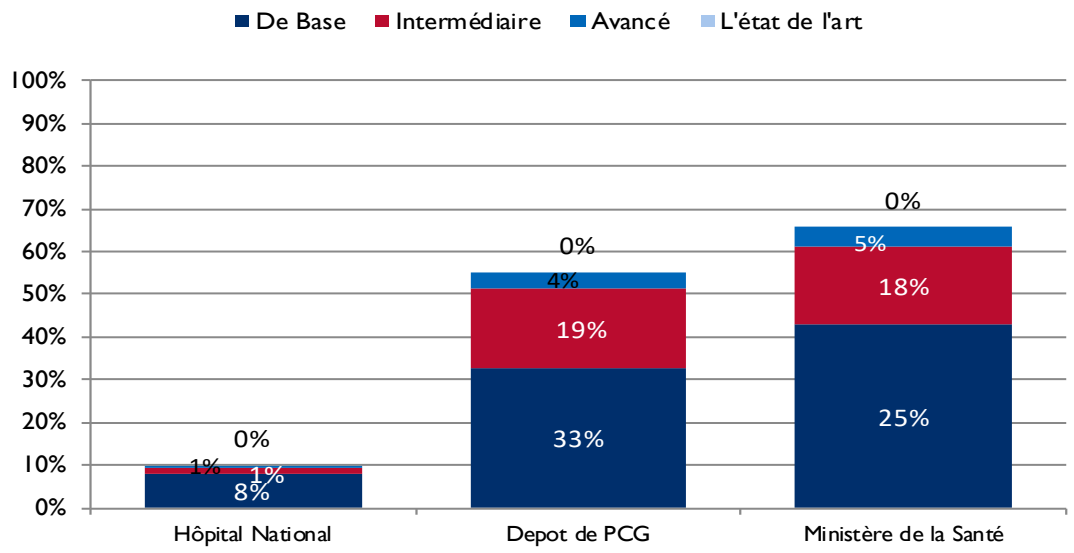


Figure 16. KPI de GPS, score de maturité et capacités de base en place

	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
n =	3	7	1
Score de maturité global (intervalle)	10 % (0 %–30 %)	55 % (29 %–77 %)	66 %
Pourcentage d'éléments de base en place (intervalle)	16 % (0 %–48 %)	66 % (31 %–91 %)	86 %

Planification stratégique et suivi. Le plan stratégique 2017 décrit les priorités de la chaîne d'approvisionnement au niveau du ministère. Par ailleurs, 71 % des entrepôts (central et régionaux) de Guinée déclarent disposer d'un plan stratégique au niveau de l'établissement. En revanche, aucun hôpital de référence n'a développé de plan d'approvisionnement stratégique à ce stade, bien qu'il s'agisse d'une bonne pratique dans des établissements similaires dans d'autres pays.

Le processus de planification stratégique du MS implique plusieurs bonnes pratiques, notamment un exercice de cartographie des parties prenantes, des mises à jour deux fois par an et des efforts d'alignement des priorités de la chaîne d'approvisionnement sur d'autres plans nationaux stratégiques en matière de santé (voir Figure 17). Par ailleurs, le MS et tous les entrepôts ont déclaré disposer de plans de mise en œuvre complémentaires, consistant en une liste détaillée des activités, coûts, difficultés anticipées et échéanciers requis pour atteindre les objectifs de la chaîne d'approvisionnement. Il s'agit donc d'un plan opérationnel. Le MS et environ la moitié des magasins régionaux de fournitures médicales (RMS) ont déclaré posséder un cadre de suivi et une structure formelle permettant de suivre les performances de la chaîne d'approvisionnement au regard des plans en question.

Figure 17. Principales capacités et tâches en matière de planification stratégique, planification de mise en œuvre et suivi			
Capacités et tâches	**Pourcentage de reporting des établissements :**		
	MS	Entrepôts	Hôpitaux de référence
n =	1	7	3
Présence d'un plan de chaîne d'approvisionnement approuvé	✓	71 %	0 %
Exercice de cartographie des parties prenantes*	✓	86 %	0 %
Mise à jour régulière ou nouveau développement de plan*	Deux fois par an	Une fois par an (57 %)	0 %
Présence d'un plan de mise en œuvre de la chaîne d'approvisionnement*	✓	100 %	33 %
Suivi du plan de mise en œuvre de la chaîne d'approvisionnement	✓	100 %	0 %
Présence d'un plan de suivi des performances ou d'un cadre de suivi des performances de la chaîne d'approvisionnement	✓	57 %	0 %
Structure formelle pour le suivi des performances de la chaîne d'approvisionnement	✓	57 %	0 %
Présence d'un plan de gestion et de prévention/atténuation des risques**	X	43 %	0 %
Risques associés à la chaîne d'approvisionnement évalués de manière formelle	X	Une fois par an	0 %
Capacités de base, intermédiaires et avancées			

Gestion des risques. Les risques associés à la chaîne d'approvisionnement ne sont pas évalués de manière formelle par le MS, mais il a été indiqué qu'ils étaient évalués une fois par an par tous les RMS de Guinée. Les informateurs clés interrogés dans tous les établissements importants ont indiqué un certain nombre de risques inhérents à la chaîne d'approvisionnement, la plupart du temps d'ordre financier, opérationnel ou politique, ou ayant trait aux ressources humaines (voir Figure 18).

Figure 18. Trois types de risques majeurs au niveau de la chaîne d'approvisionnement			
Risque	**Pourcentage de reporting des établissements :**		
	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
Financier	100 %	71 %	✓
Ressources humaines (p. ex., direction et rotation du personnel)	33 %	71 %	✓
Opérationnel	33 %	43 %	✓
Technologique	0 %	43 %	
Problèmes liés aux bailleurs de fonds	33 %	43 %	
Environnemental	0 %	29 %	
Politique	67 %	29 %	
Juridique	0 %	29 %	

Partenariats public-privé. Enfin, les partenariats public-privé sont considérés comme un élément important de la stratégie de mise en œuvre et de gestion de chaînes d'approvisionnement de la santé publique. En Guinée, l'exemple le plus proche d'un « partenariat public-privé » est incarné par la relation entre le MS et la PCG. Comme l'ont expliqué les représentants du MS interrogés dans le cadre de la NSCA, en tant qu'institution parapublique, la PCG dispose d'un accord avec le MS, qui définit et délègue des tâches associées à l'entreposage et au stockage, aux achats et à la distribution,

à l'assurance qualité et à la pharmacovigilance. Néanmoins, la PCG n'est pas une entité privée totalement autonome, dans la mesure où sa direction est nommée par décret présidentiel. Elle est donc supervisée et dirigée par le GDG. La NSCA ne présente pas d'opinion arrêtée quant à la forme de partenariats public-privé, et la situation actuelle en Guinée révèle un effort concerté, visant à tirer parti de différentes relations dans le but de soutenir des activités commerciales au sein de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique. Une véritable évaluation de la capacité de ce type de partenariat ou d'accord parapublic à optimiser la chaîne d'approvisionnement dépend avant tout d'une mise en œuvre intégrale de l'accord entre le GDG et la PCG.

Recommandations

Comme l'indique le reste du rapport, il est difficile de déterminer dans quelle mesure ce plan a orienté avec succès les interventions et activités stratégiques destinées à améliorer la chaîne d'approvisionnement guinéenne. Certains domaines techniques ont été davantage améliorés que d'autres au cours des deux dernières années, mais d'une manière non conforme aux priorités et échéances définies dans le plan. En revanche (et notamment de par le manque d'action observé), ce document constitue une excellente analyse des faiblesses du système, et donc une feuille de route exploitable pour mettre en place des améliorations.

En matière de gestion et planification stratégiques (et non de mise en œuvre), cette NSCA dispense les recommandations suivantes :

- Faciliter une révision et une mise à jour du plan stratégique deux fois par an, afin d'analyser, remettre en cause et repenser les progrès, hypothèses, échéances et priorités, ainsi que les rôles et responsabilités spécifiques identifiés pour tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

- S'assurer que le plan et le cadre de suivi des performances de la chaîne d'approvisionnement bénéficient des ressources nécessaires, et que les responsables du suivi sont habilités à agir en fonction des résultats.

- Institutionnaliser la planification stratégique pour tous les niveaux inférieurs du système de santé, en augmentant le nombre d'entrepôts régionaux participant et en intégrant les hôpitaux de référence.

- Formaliser l'analyse de la planification en matière de gestion et prévention/atténuation des risques.

- Mettre en place des accords de partenariat public-privé et s'assurer de la transparence des activités au moyen de procédures de suivi et de reporting.

Figure complémentaire

Figure 19. GESTION ET PLANIFICATION STRATÉGIQUES : Répartition des questions et attribution de poids pour les capacités et niveaux des établissements

	DE BASE (50 %)		INTERMÉDIAIRE (30 %)		AVANCÉ (15 %)		SUMMUM (5 %)	
MODULE	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS
Hôpitaux de référence (3)	30	1,7 %	18	1,7 %	9	1,7 %	2	2,5 %
Entrepôts (7)	36	1,4 %	13	1,2 %	6	2,5 %	1	5 %
MS (1)	36	1,4 %	21	1,4 %	10	1,5 %	1	5 %

Politique et gouvernance

Des politiques, des directives et une supervision claires sont autant d'éléments importants pour garantir que les systèmes de santé publique fournissent les médicaments essentiels, exercent une médecine efficace et révisent les politiques en place afin de s'adapter à l'évolution des bonnes pratiques et d'intégrer les nouvelles technologies. En matière de chaîne d'approvisionnement, les politiques et la gouvernance nationales doivent guider l'ensemble du système, des achats au traitement des patients, en s'assurant que tous les acteurs concernés opèrent sur la base d'instructions standardisées. Les principaux domaines pris en compte dans cette évaluation en ce qui concerne les politiques et la gouvernance sont indiqués dans la Figure 20. On y trouve notamment : présence d'une politique nationale en matière de médicaments avec composantes de la chaîne d'approvisionnement, d'un comité de surveillance actif disposant d'une vaste représentation à tous les niveaux du gouvernement et de la société civile, de délais d'homologation des médicaments et de directives thérapeutiques standard (STG).

Figure 20. Exemples de capacités évaluées en matière de politiques et gouvernance

De base	Présence d'une politique nationale en matière de médicaments (en Guinée, Politique Pharmaceutique Nationale) comprenant des objectifs de gestion de la chaîne d'approvisionnement Mises à jour tous les cinq ans des politiques nationales en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement Présence de directives thérapeutiques standard Présence d'un processus permettant d'homologuer de nouveaux médicaments, produits et technologies Liste de médicaments et produits homologués à disposition du public
Intermédiaire	Réunions trimestrielles organisées par l'organe de surveillance et de gouvernance de la chaîne d'approvisionnement pour évoquer les problèmes observés Adaptation des STG nationales à partir de directives cliniques universelles
Avancé	Présence d'un organe officiel de haut niveau chargé d'assurer la surveillance et la gouvernance de la chaîne d'approvisionnement
Summum	La société civile fait partie de l'organisme officiel de gouvernance et de surveillance de la chaîne d'approvisionnement

La catégorie « médicaments essentiels » a été adoptée en même temps que la création du système de santé primaire en 1987. Par ailleurs, le pays dispose de directives thérapeutiques standard développées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), le Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites (PNLSH) et le Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT), destinées à informer et améliorer la prescription médicale dans l'ensemble du système. La NSCA de 2016 a confirmé l'application de politiques relatives aux médicaments essentiels et aux thérapies standard par le MS. Néanmoins, elle relevait également qu'aucune n'avait été mise à jour régulièrement, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé.

Elle note l'existence de lois et réglementations, ainsi que d'une politique et d'un plan stratégique. Toutefois, le plan stratégique 2017 reconnaissait le manque de mise en œuvre et de suivi des lois et réglementations en vigueur. La NSCA indiquait également parmi les faiblesses observées l'absence de formation du personnel des organismes de réglementation. Le plan stratégique se référait aux recommandations de l'OMS pour la création d'une agence de réglementation des médicaments autonome, susceptible d'améliorer les politiques et la gouvernance du pays. Il incluait également les mesures correctives suivantes :

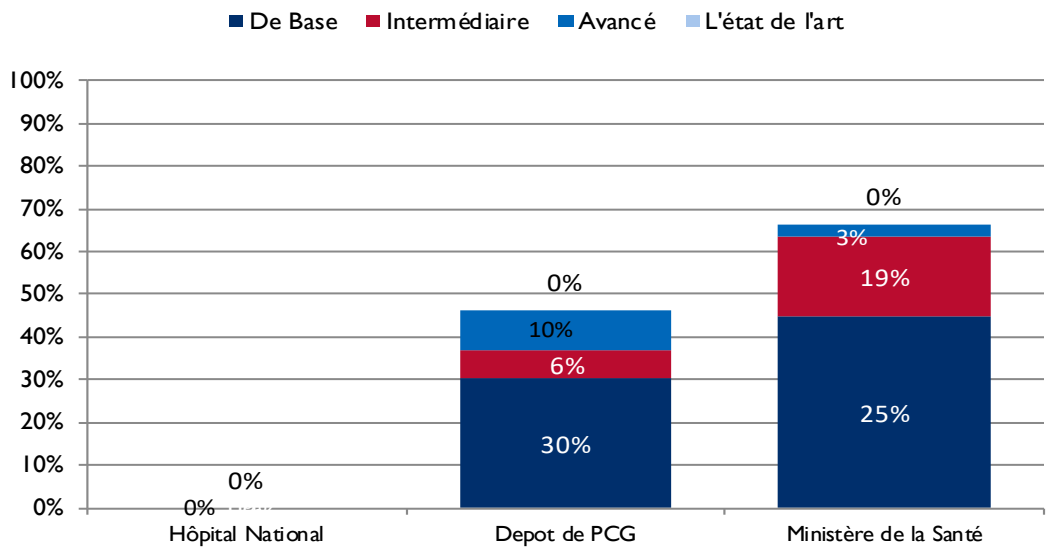
- Évaluation des fonctions réglementaires
- Promotion de l'intégration de l'organe des inspecteurs pharmaceutiques à la DNPM
- Promulgation et diffusion des lois sur le secteur pharmaceutique
- Mise à jour des STG et autres aides à la prescription
- Financement de procédures d'inspection pharmaceutique

De manière générale, sur les cinq domaines fonctionnels transversaux, les aspects « gouvernance, leadership et coordination » et « réglementation » ont été identifiés comme essentiels à une chaîne d'approvisionnement efficace. En 2017, le plan stratégique a identifié le MS, la DNPM et la nouvelle UGL comme autant d'atouts importants pour cet espace fonctionnel, tout en reconnaissant que l'inconstance du leadership au sein du MS représentait une menace pour les politiques et la gouvernance.

Résultats de la NSCA 2019

Les figures 21 et 22 illustrent les résultats de la NSCA en ce qui concerne les capacités et performances de la Guinée dans la planification et la gouvernance de la chaîne d'approvisionnement. Au niveau du ministère, la quasi-totalité (89 %) des capacités de base définies par la NSCA sont en place pour ce qui est de la planification et de la gouvernance. Les niveaux inférieurs, en revanche, affichent un rôle moindre dans ce domaine à l'échelle du pays, diminuant ainsi leurs capacités potentielles. Les magasins centraux et régionaux de fournitures médicales enregistrent un score de maturité de 46 % au niveau de leurs capacités, avec 66 % de capacités de base en place. En parallèle, les hôpitaux de référence guinéens ne jouent pas le rôle attendu en matière de politiques et de gouvernance, tel que défini par la méthodologie de la NSCA 2.0. Ils ne présentent donc pas les capacités et processus évalués.

Figure 21. Capacités en matière de politiques et gouvernance



*Remarque : Les hôpitaux de référence ne reçoivent qu'un nombre limité de questions en matière de politiques et de gouvernance. Ce module a été mis en œuvre dans les hôpitaux nationaux.

Figure 22. KPI de politiques et gouvernance, score de maturité et capacités de base en place

	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
n =	98	41	3	7	1
Score de maturité global (intervalle)	--	--	0 % (0 %–0 %)	46 % (15 %–72 %)	66 %
Pourcentage d'éléments de base en place (intervalle)	--	--	0 % (0 %–0 %)	66 % (31 %–91 %)	89 %
Présence de STG nationales, disponibles dans l'établissement	84 %	83 %	0 %	--	✓

Politiques et directives. La NSCA de 2019 confirme l'existence d'une politique nationale en matière de médicaments et de STG. Ces dernières ont été diffusées avec succès dans la majeure partie du pays :

84 % des centres de santé et 83 % des hôpitaux ont pu fournir des exemplaires papier des STG le jour de leur évaluation. Néanmoins, des représentants du MS ont indiqué que la LNME n'était mise à jour que tous les cinq ans, et n'ont pas su dire à quelle fréquence les STG étaient mises à jour, ou si elles l'avaient déjà été.

En ce qui concerne les directives spécifiques à la chaîne d'approvisionnement, le MS et environ la moitié des entrepôts ont pu fournir des politiques couvrant les fonctions, notamment la gestion des stocks, le stockage, les prévisions et la quantification, ainsi que la gestion des déchets. Les fonctions de la chaîne d'approvisionnement sont également suivies par des organes de gouvernance et de supervision officiels, qui se réunissent chaque trimestre au niveau central.

La Figure 23 résume les principales forces et lacunes observées au niveau des capacités de planification et de gouvernance. Le processus d'homologation de nouveaux médicaments, produits et technologies s'impose comme un aspect à prendre en compte pour de futures améliorations. En effet, bien qu'il existe un processus pour l'homologation de nouveaux produits, celui-ci dure en moyenne trois mois. Par ailleurs, aucune liste des produits homologués n'est actuellement à disposition du public. De manière générale, le processus demeure opaque et souffre d'un suivi insuffisant.

Figure 23. Principales capacités et lacunes observées en planification et gouvernance

	Pourcentage de reporting des établissements :	
	MS	Entrepôts
n =	1	7
Mise en place d'une Politique Pharmaceutique Nationale par le MS	✓	
Organe officiel chargé d'assurer la surveillance et la gouvernance de la chaîne d'approvisionnement**	✓	100 %
Fréquence des réunions de l'organe de gouvernance	Une fois par trimestre*	Une fois par an (57 %) ou moins souvent (43 %)
Présence de STG nationales	✓	
STG adaptées à partir de directives cliniques universelles	✓	
Fréquence de la révision des STG nationales	NSP	
Processus d'homologation des nouveaux médicaments, produits et technologies	✓	
Délai moyen d'homologation d'un nouveau médicament	Plus de trois mois	
Liste publique des produits homologués	X	

Une mise en garde est nécessaire pour cette section. En effet, cette partie de la NSCA évaluait les capacités en matière de politiques et gouvernance en déterminant l'*existence* d'éléments essentiels : politiques, lois et réglementations, institutions et processus formels associés. En revanche, cette section n'a pas pour objectif d'évaluer le degré de *mise en œuvre* ou *l'efficacité* de ces politiques de planification et gouvernance, lois et réglementations à l'échelle de la Guinée. Comme nous l'avons vu plus haut, le système de santé guinéen a le mérite d'avoir institutionnalisé des politiques, organes et processus considérés comme importants au regard de la NSCA. Néanmoins, assimiler l'existence des éléments et la mise en œuvre efficace desdits éléments serait une erreur. Comme l'illustrent d'autres sections du rapport, de nombreuses preuves démontrent que les capacités existantes ne se traduisent pas de manière effective en politiques et gouvernance fructueuses dans l'ensemble du pays.

Recommandations

La Guinée disposant de nombreux éléments de base requis pour une planification et une gouvernance efficaces, nos recommandations à ce stade portent sur l'actualisation et l'amplification des capacités :

- Mise à jour des STG nationales
- Mise à jour plus fréquente de la PPN
- Création d'une liste publiée par voie électronique de médicaments homologués
- Vérification que les politiques et directives existantes sont disponibles de manière universelle, y compris dans les niveaux inférieurs du système

De manière plus globale, nous recommandons aux acteurs concernés de s'assurer que les politiques existantes sont bien mises en œuvre, que les réglementations sont bien suivies et que les institutions de gouvernance sont bien habilitées à corriger les abus. Sur ces derniers points, plusieurs mesures correctives identifiées en 2016 et 2017 demeurent pertinentes :

- Création et habilitation des organes réglementaires et d'inspection requis
- Financement des activités d'inspection pharmaceutique
- Évaluation des fonctions réglementaires

L'amélioration de telles mesures réglementaires et de gouvernance nécessitera des efforts durables de la part du MS en matière de priorisation et de leadership.

Figure complémentaire

Figure 24. GESTION ET PLANIFICATION STRATÉGIQUES : Répartition des questions et attribution de poids pour les capacités et niveaux des établissements

	DE BASE (50 %)		INTERMÉDIAIRE (30 %)		AVANCÉ (15 %)		SUMMUM (5 %)	
MODULE	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS
Hôpitaux de référence (3)	9	5,6 %	1	30 %	1	15 %	1	5 %
Entrepôts (7)	12	4,2 %	4	7,5 %	2	7,5 %	1	5 %
MS (1)	19	2,6 %	8	3,8 %	5	3,0 %	1	5 %

Ressources humaines

Une chaîne d'approvisionnement efficace requiert des ressources humaines considérables, et ce dans un vaste éventail de domaines techniques, à tous les niveaux du système de santé et dans toutes les zones géographiques du pays. C'est à cette condition que des produits de santé de qualité peuvent être distribués de manière sûre et en temps voulu. La NSCA décrit les principaux indicateurs relatifs aux ressources humaines d'une chaîne d'approvisionnement (capacités et performances) afin d'évaluer dans quelle mesure les différents établissements disposent des ressources nécessaires et dans quelle mesure les fonctions se sont vu attribuer des responsabilités formelles. Elle analyse également le degré de formation du personnel, ainsi que le degré de connaissances, le temps alloué et l'étendue des activités sous-tendant la chaîne d'approvisionnement. La plupart des domaines pris en compte pour les scores de ce module CMM sont les suivants : présence des fonctions appropriées dans les descriptifs de poste de la chaîne d'approvisionnement, initiatives régulières de renforcement des capacités du personnel et mécanismes permettant un soutien adapté et une amélioration des performances (voir Figure 25).

Figure 25. Exemples de capacités en ressources humaines évaluées	
De base	Au moins deux sessions de renforcement des capacités (p. ex., SIGL, gestion des déchets, reporting) au cours de l'année précédente SOP ou guides/documents de formation
Intermédiaire	Plan de planification des ressources humaines établissant les besoins futurs en personnel de la chaîne d'approvisionnement Plan de renforcement des capacités en approvisionnement unifié Soutien adapté des fonctions de la chaîne d'approvisionnement au cours des douze derniers mois Présence des fonctions appropriées dans les descriptifs de poste de la chaîne d'approvisionnement
Avancé	Évaluations trimestrielles des performances du personnel La majorité du personnel (51 à 99 %) a participé à des séances de renforcement des capacités au cours des deux dernières années Base de données pour le suivi de la présence du personnel aux sessions de renforcement des capacités en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement Programmes de renforcement des capacités spécifiques à la chaîne d'approvisionnement disponibles à l'échelle nationale (p. ex., apprentissage en ligne, programmes de certification et diplômes)
Summum	Tout le personnel a participé à des séances de renforcement des capacités spécifiques à la chaîne d'approvisionnement au cours des deux dernières années Existence d'une licence ou d'un master propre à la chaîne d'approvisionnement dans le pays

Plan stratégique 2017 : Évaluation des ressources humaines, objectifs et actions prioritaires

Le plan stratégique 2017 de la Guinée a permis d'identifier le « développement de ressources humaines de qualité » comme fonction transversale requise pour des chaînes d'approvisionnement efficaces, ainsi que comme l'un des quatre axes stratégiques, ou série d'activités prioritaires, nécessaire à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique. Le plan stratégique a reconnu l'existence de plusieurs faiblesses dans la gestion actuelle des ressources humaines au sein du système, notamment :

- La plupart des centres de santé ne disposaient pas d'employés dédiés à la gestion des stocks, et leur personnel affecté à la chaîne d'approvisionnement présentait rarement les compétences requises
- Les employés étaient rarement supervisés par les responsables, tandis que la direction préfectorale de la santé n'était que rarement inspectée par la DNPM
- Les ressources humaines existantes étaient insuffisantes et mal réparties à l'échelle du pays. La majorité de la main-d'œuvre qualifiée demeurait concentrée dans la capitale

Le plan précisait que les principales activités de la chaîne d'approvisionnement étaient considérées comme des tâches secondaires par les acteurs de tous les niveaux du système de santé. Par ailleurs, les autorités centrales et au niveau des districts ne remplissaient pas leurs fonctions d'inspection et de supervision.

Pour combler cette lacune, le Plan répertoriait plusieurs actions prioritaires, notamment :

- Évaluer les compétences des ressources affectées à la chaîne d'approvisionnement et établir un plan d'action correctif
- Renforcer les capacités des ressources humaines dans les fonctions de la chaîne d'approvisionnement, dans l'ensemble du système
- Faire en sorte que l'UGL soit opérationnelle
- Améliorer la formation dans les universités publiques et privées

Le renforcement des capacités des ressources humaines et les actions visant à optimiser les performances sont également imbriqués dans d'autres domaines techniques inclus dans le plan. Le plan spécifie également que le développement et la diffusion de formations visant à renforcer les capacités permettent de sensibiliser et d'améliorer les performances dans les principales activités de la chaîne d'approvisionnement, notamment en matière d'assurance qualité, de quantification, ou encore de gestion des déchets.

Résultats et analyses de la NSCA 2019

Pour la première fois, la NSCA 2.0 mesure les capacités en matière de ressources humaines. Cette évaluation réalisée en Guinée a révélé que des progrès avaient été accomplis grâce à l'institutionnalisation des capacités clés en ressources humaines, mais que de nombreuses faiblesses identifiées en 2017 perduraient. Les figures 26 et 27 synthétisent les résultats dans ce domaine technique.

Figure 26. Capacités en ressources humaines

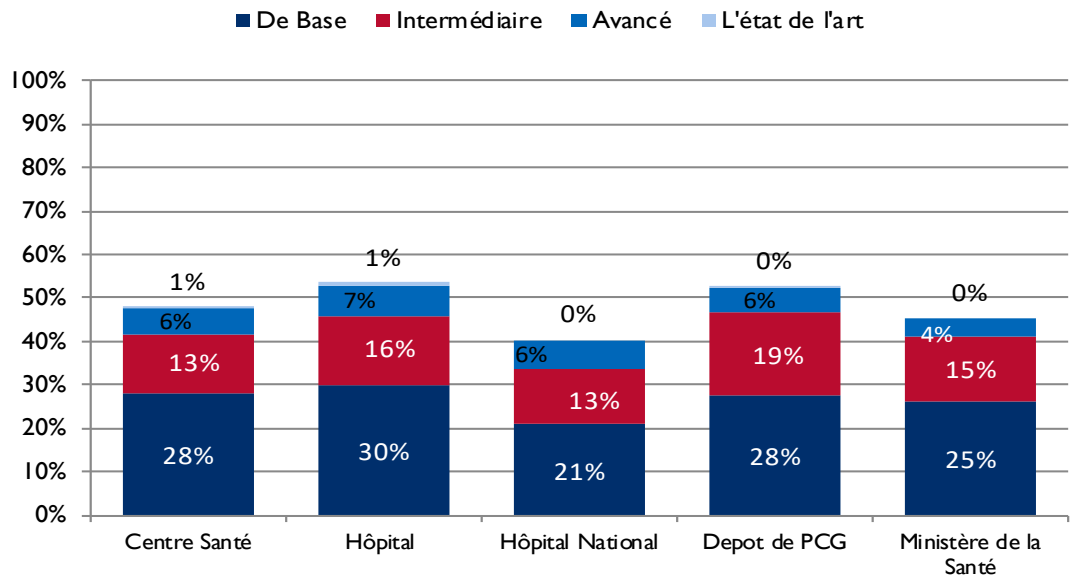


Figure 27. KPI des ressources humaines, score de maturité et capacités de base en place

	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
n =	98	41	3	7	1
Nb moy. de postes dans la chaîne d'approvisionnement	**4,9**	**7**	**15,6**	**7,2**	--
Taux de rotation du personnel	9 %	7 %	8 %	2 %	--
Pourcentage de postes vacants	11 %	17 %	18 %	18 %	--
Score de maturité global (intervalle)	48 % (11 %–79 %)	54 % (23 %–84 %)	40 % (24 %–63 %)	53 % (38 %–76 %)	45 %
Pourcentage d'éléments de base en place (intervalle)	56 % (17 %–94 %)	60 % (33 %–83 %)	42 % (29 %–63 %)	55 % (42 %–77 %)	53 %

Les scores de maturité en matière de ressources humaines tournaient autour de 50 % pour tous les niveaux du système de santé guinéen évalués, avec des variations considérables d'un site à l'autre. De la même manière, en moyenne, les différents sites indiquaient disposer d'environ la moitié des capacités de base incluses dans l'évaluation.

Personnel dédié à la chaîne d'approvisionnement. Le personnel dédié et qualifié demeure centralisé dans les niveaux supérieurs du système de santé guinéen. Les entrepôts et le ministère de la Santé ont globalement indiqué que les fonctions clés de la chaîne d'approvisionnement étaient incluses dans les descriptifs de poste du personnel (voir Figure 28). Inversement, de nombreuses fonctions importantes de la chaîne d'approvisionnement ne sont pas toujours incluses dans les descriptifs de poste officiels du personnel des hôpitaux et centres de santé. À titre d'exemple, seulement 35 % des

centres de santé ont indiqué présenter des postes intégrant officiellement parmi les responsabilités le stockage et la gestion des stocks.

Figure 28. Fonctions et descriptifs de postes de la chaîne d'approvisionnement

Les fonctions de la chaîne d'approvisionnement sont incluses dans les descriptifs de poste d'au moins un membre du personnel du site :	Pourcentage de reporting des établissements :			
	Centres de santé	Hôpitaux	Entrepôts	MS
Gestion de l'entreposage/stockage et des stocks	35 %	46 %	100 %	--
SIGL	31 %	44 %	0 %	✓
Commandes et reporting	35 %	49 %	71 %	✓
Gestion des déchets	24 %	24 %	57 %	✓
Assurance qualité et/ou pharmacovigilance	0 %	5 %	57 %	X
Prévisions et quantification			86 %	✓
Distribution			100 %	✓
Planification des approvisionnements			57 %	✓
Choix des produits			100 %	✓

Bien que le plan stratégique 2017 ait appelé à évaluer les compétences des ressources de la chaîne d'approvisionnement et à élaborer un plan d'action correctif, le MS n'a pas indiqué disposer d'un plan unifié de renforcement des capacités dans ce domaine. Par ailleurs, la plupart des établissements de haut niveau (hôpitaux de référence, entrepôts et le MS lui-même) ont précisé qu'ils n'avaient pas défini de politique de recrutement pour le personnel de la chaîne d'approvisionnement.

Renforcement des capacités La plupart des sites ont indiqué que les fonctions clés de la chaîne d'approvisionnement avaient fait l'objet de sessions de renforcement des capacités au cours de l'année précédente (voir Figure 29). De nombreux établissements ont précisé que seul un petit nombre d'employés (25 % ou moins) pouvait assister à de telles sessions.[12] Les obstacles à cette participation fréquemment invoqués sont des difficultés financières, la charge de travail, la documentation et l'absence de formateurs expérimentés (voir Figure 30).

Figure 29. Possibilités de renforcement des capacités de la chaîne d'approvisionnement

Les fonctions de la chaîne d'approvisionnement sont incluses dans les descriptifs de poste d'au moins un membre du personnel du site :	Pourcentage de reporting des établissements :		
	Centres de santé	Hôpitaux	Entrepôts
SIGL	85 %	93 %	14 %
Commandes et reporting	86 %	88 %	71 %
Gestion de l'entreposage/stockage et des stocks	81 %	71 %	86 %
Gestion des déchets	66 %	56 %	
Contrôle de la qualité des médicaments	34 %	32 %	57 %
Achats			71 %
Distribution			86 %

[12] 43 % des centres de santé et 46 % des hôpitaux ont indiqué qu'un maximum de 25 % des employés avait participé à de telles formations, et précisaient souvent lors des entretiens que seul le directeur de l'établissement était présent. En revanche, environ un quart des points de prestation de services ont indiqué que la plupart des employés ou tous les employés avaient pu y assister. Notez que cette question permet uniquement de recueillir la perception du principal informateur ; par conséquent, la réponse peut ne pas être entièrement exacte. Preuve en sont les plus de 700 employés de la chaîne d'approvisionnement formés par l'équipe du projet GHSC-PSM en 2018 lors du déploiement de l'eSIGL, un chiffre qui ne concorde pas avec les faibles scores relevés en matière de capacités de formation.

Figure 30. Principaux obstacles aux programmes de renforcement des capacités en gestion de la chaîne d'approvisionnement

Obstacle	Pourcentage de reporting des établissements :			
	Centres de santé	Hôpitaux	Entrepôts	MS
Finances	66 %	66 %	71 %	✓
Charge de travail	54 %	39 %	43 %	
Documentation	35 %	34 %	14 %	✓
Formateurs expérimentés	14 %	17 %	29 %	✓
Temps	11 %	5 %	0 %	✓
Absence d'intérêt	8 %	12 %	0 %	✓
Langue	4 %	2 %	14 %	✓

Certains sites (21 % des centres de santé, 15 % des hôpitaux et 43 % des entrepôts) ont indiqué appliquer un suivi de la participation du personnel à de telles sessions de renforcement des capacités au moyen d'une base de données (capacité « avancée »). Une généralisation de cette pratique améliorerait considérablement la participation aux futures formations.

Supervision. Enfin, nous constatons que le système de santé guinéen présente certaines capacités de supervision. Tous les entrepôts régionaux ont indiqué que leur personnel de la chaîne d'approvisionnement avait bénéficié d'un soutien adapté par la PCG, le MS ou par des partenaires de développement au cours de l'année précédente. Une majorité (86 %) a déclaré que ces visites avaient permis de collecter immédiatement des retours pour le personnel et de prendre des mesures correctives. Moins nombreux, mais dans une proportion notable, les sites de niveau inférieur ont également mentionné des visites de soutien adapté (44 % des centres de santé et 49 % des hôpitaux).

Une grande majorité des sites ont indiqué que des évaluations des performances du personnel étaient réalisées trimestriellement, ce qui correspond à une capacité « avancée » de la NSCA.[13] Les évaluations des performances ont permis d'élaborer des plans de développement des performances et, dans environ la moitié des cas, ont donné lieu à des mesures incitatives. Bien qu'il s'agisse d'une bonne pratique utile en matière de gestion des ressources humaines, le fait que les évaluations des performances ne soient actuellement pas associées à l'attribution officielle des principales responsabilités au personnel des niveaux inférieurs de la chaîne d'approvisionnement reste préoccupant. En effet, le personnel peut faire l'objet d'évaluations régulières et formelles, mais ces évaluations peuvent se baser sur des descriptifs de postes incomplets quant aux responsabilités, particulièrement au niveau de la chaîne d'approvisionnement.

Recommandations

La NSCA 2019 a révélé des capacités importantes en matière de RH dans la chaîne d'approvisionnement guinéenne. Néanmoins, un grand nombre des principales actions prioritaires proposées en 2017 dans ce domaine doivent encore être menées à bien, notamment :

- Élaborer un cadre de compétences pour les employés à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, y compris la PCG
- Mettre à jour et diffuser les descriptifs des postes

[13] 84 % des centres de santé, 59 % des hôpitaux et 71 % des entrepôts

- Concevoir un plan opérationnel en ressources humaines détaillé, incluant formation et inspections annuelles
- Répartir les pharmaciens et responsables des stocks dans l'ensemble du pays, selon les besoins des districts sanitaires
- Renforcer le rôle de supervision de la DRS, de la DPS et de l'UGL

Cette évaluation permet de souligner l'importance des principales lacunes et des recommandations associées :

- Formaliser l'intégration des principales responsabilités de la chaîne d'approvisionnement dans les descriptifs des postes, dans l'ensemble du système de santé
- Continuer de soutenir les formations en renforcement des capacités pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement, en incluant des solutions aux obstacles actuels à la participation du personnel et des recommandations pour le suivi de la participation
- Envisager une analyse situationnelle de la force de travail de la chaîne d'approvisionnement, qui pourra être utilisée comme référence pour les futures initiatives de développement des capacités en ressources humaines
- Continuer d'investir dans le soutien adapté, particulièrement pour les niveaux inférieurs du système

Figure complémentaire

Figure 31. Ressources humaines : Répartition des questions et attribution de poids pour les capacités et niveaux des établissements

	DE BASE (50 %)		INTERMÉDIAIRE (30 %)		AVANCÉ (15 %)		SUMMUM (5 %)	
MODULE	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS
Centre de santé (n = 98)	18	2,8 %	14	2,1 %	7	2,1 %	3	1,7 %
Hôpitaux (41)	18	2,8 %	14	2,1 %	7	2,1 %	3	1,7 %
Hôpitaux de référence (3)	21	2,4 %	17	1,8 %	8	1,9 %	3	1,7 %
Entrepôts (7)	23	2,2 %	27	1,1 %	10	1,5 %	6	0,8 %
MS (1)	16	3,1 %	24	1,3 %	9	1,7 %	6	0,8 %

Viabilité financière

Une chaîne d'approvisionnement efficace requiert des sources de financement suffisantes et prévisibles, s'appuyant sur des pratiques de gestion financière saines. La NSCA évalue la viabilité financière de tous les niveaux du système de santé pour s'assurer que la chaîne d'approvisionnement bénéficie d'un financement suffisant, que les établissements appliquent de bonnes techniques de gestion financière et que toute lacune d'ordre financier a été identifiée. Le module CMM et ses scores se focalisent particulièrement sur l'application d'une gestion financière prudente, ainsi que sur la compréhension des coûts d'exploitation, plus importantes que la capacité de l'entité à se financer elle-même. Bien qu'il soit difficile d'obtenir un score élevé sans autonomie financière, l'objectif de ce module est de comprendre de quelle manière les établissements gèrent les fonds qu'ils reçoivent.

Figure 32. Exemples de capacités évaluées en matière de viabilité financière	
De base	Les coûts de la chaîne d'approvisionnement (p. ex., produits, entreposage, distribution, personnel, frais généraux, prestations de services, etc.) sont enregistrés et des registres sont tenus Le gouvernement ***ou*** les revenus/frais de l'établissement contribuent de manière **minime** au budget total de la chaîne d'approvisionnement/aux produits de santé (contribution inférieure à 25 %) Les budgets sont établis tous les ans L'unité financière du MS prépare et soumet régulièrement des rapports financiers/comptes de résultat L'unité financière du MS évalue régulièrement les passifs/le cycle de trésorerie ou le flux de trésorerie/l'amortissement, réalise des audits et un inventaire des immobilisations chaque année Il existe un processus permettant de soumettre une demande non prévue au budget
Intermédiaire	La stratégie de financement de l'établissement intègre explicitement les coûts relatifs à la chaîne d'approvisionnement Le gouvernement ou les revenus de l'établissement constituent une source de financement pour les activités de la chaîne d'approvisionnement Le gouvernement ***ou*** les revenus/frais de l'établissement contribuent de manière **partielle** au budget total de la chaîne d'approvisionnement/aux produits de santé (contribution comprise entre 25 et 50 %) Le soutien des bailleurs de fonds fait l'objet d'un suivi régulier par le MS Le budget comprend une section de fonds « divers »
Avancé	Le gouvernement ***ou*** les revenus/frais de l'établissement contribuent de manière **majoritaire** au budget total de la chaîne d'approvisionnement/aux produits de santé (contribution comprise entre 51 et 99 %) Aucun déficit budgétaire n'a été enregistré pour les produits au cours de l'année précédente Le financement peut être réaffecté par la direction
Summum	Le gouvernement ***ou*** les revenus/frais de l'établissement contribuent de manière **intégrale** au budget total de la chaîne d'approvisionnement/aux produits de santé (contribution de 100 %)

Le plan stratégique 2017 identifiait le financement comme l'une des cinq fonctions transversales requises pour une chaîne d'approvisionnement efficace. Son analyse de l'état du financement de la chaîne d'approvisionnement mettait en lumière l'existence d'une ligne budgétaire dans le Budget National de Développement (BND) pour l'acquisition de médicaments, le système de recouvrement des coûts et l'engagement de partenaires techniques et financiers, autant d'éléments considérés comme des forces. Mais, en parallèle, le plan stratégique identifiait plusieurs faiblesses, notamment : financement insuffisant pour la ligne budgétaire BND ; manque de coordination du financement accordé par les partenaires entraînant doublons, gaspillage et redondances ; incapacité des entrepôts de la PCG à récupérer l'ensemble des coûts par le biais des activités ; capacité insuffisante de la PCG à fournir des médicaments autorisés ; barrières financières empêchant les patients d'accéder aux traitements et produits de santé. Parmi les menaces plus globales pesant sur la chaîne d'approvisionnement étaient également notées la mauvaise situation économique du pays, ainsi que la dépendance aux bailleurs de fonds.

Le plan stratégique proposait plusieurs mesures correctives, notamment :

- Augmenter la part du budget national pour l'achat de produits de santé
- Affecter des coûts budgétaires à la chaîne d'approvisionnement, à tous les niveaux, et augmenter la part du budget attribué
- Régler les anciens passifs financiers avec la PCG en fournissant à l'unité d'achat de la PCG des capacités de travail suffisantes, tout en réalisant un suivi des indicateurs de viabilité financière

Résultats de la NSCA 2019

La viabilité financière telle qu'exprimée par les scores du modèle de maturité et le pourcentage d'établissements ayant communiqué leurs capacités clés sont indiqués aux figures 33 et 34. De manière générale, tous les types d'établissements ont présenté de relativement bons résultats ; il

convient toutefois d'insister sur le fait que cette évaluation mesure les capacités destinées à soutenir la gestion financière et la compréhension des coûts d'exploitation. Il ne s'agit donc pas, une fois encore, d'évaluer l'autosuffisance de l'entité en elle-même. Au vu du pourcentage élevé d'établissements indiquant des déficits budgétaires en matière de produits de santé à tous les niveaux du système de santé publique, nous pouvons en conclure que l'autonomie financière n'est pas encore acquise.

Figure 33. Capacités en matière de viabilité financière

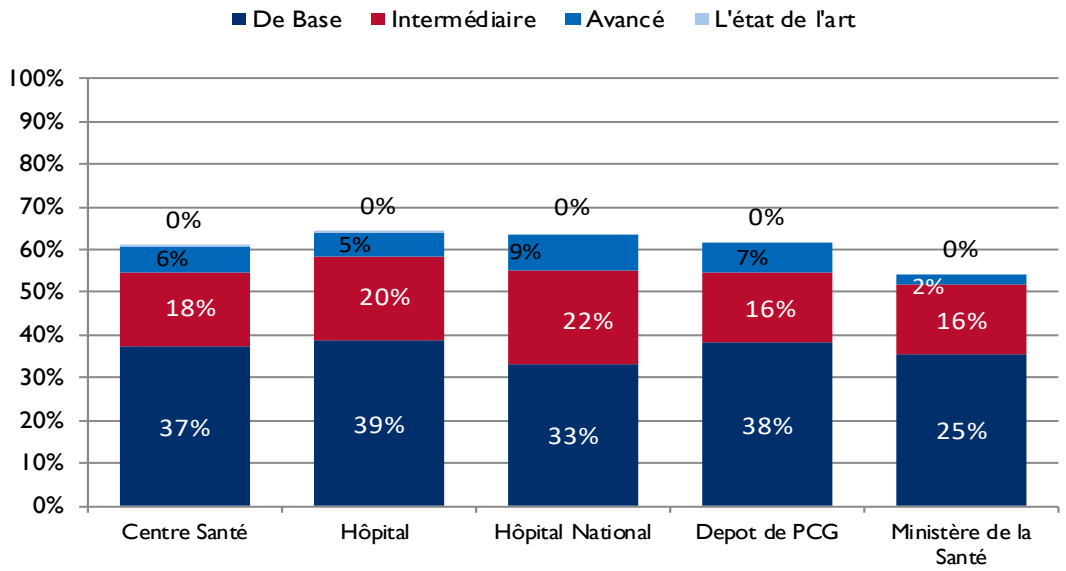


Figure 34. KPI de viabilité financière, score de maturité et capacités de base en place

	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
n =	98	41	3	7	1
Score de maturité global (intervalle)	61 % (30 %–80 %)	64 % (32 %–91 %)	64 % (52 %–78 %)	61 % (24 %–82 %)	54 %
Pourcentage d'éléments de base en place (intervalle)	74 % (29 %–100 %)	78 % (48 %–100 %)	67 % (43 %–100 %)	77 % (29 %–100 %)	71 %
Pourcentage d'établissements présentant un déficit budgétaire pour les produits de santé	66 %	37 %	67 %	57 %	Oui
Les coûts de la chaîne d'approvisionnement (p. ex., produits, entreposage, distribution, personnel) sont enregistrés et des registres sont tenus (capacité de base)	64 %	68 %	33 %	86 %	Non
Pourcentage des établissements dont la stratégie de financement inclut explicitement les coûts de la chaîne d'approvisionnement (« B »)	56 %	24 %	0 %	71 %	Oui

Pourcentage des établissements indiquant que le gouvernement ***ou*** les revenus de l'établissement contribuent majoritairement ou intégralement au budget opérationnel de la chaîne d'approvisionnement (« I »/ « SUMMUM »)	43 %	42 %	67 %	43 %	Non

Comme illustré par la Figure 34, de nombreux sites ont indiqué que les coûts de la chaîne d'approvisionnement (p. ex., produits, entreposage, distribution, personnel) sont enregistrés et que des registres sont tenus. En revanche, un nombre plus limité a déclaré que leur stratégie de financement incluait ces coûts de manière explicite. La plupart des établissements ont indiqué que le gouvernement contribuait au financement opérationnel de la chaîne d'approvisionnement (voir Figure 35). Dégager un pourcentage exact n'est pas possible pour cette évaluation, car les questions de la NSCA à ce sujet portent sur la part des contributions provenant du gouvernement ***ou*** des revenus des établissements (voir Figure 35). Ceci étant dit, une minorité de centres de santé et d'hôpitaux a indiqué que les fonds du gouvernement ***ou*** les revenus des établissements contribuaient majoritairement au budget de la chaîne d'approvisionnement ou à l'achat de produits de santé. Un pourcentage élevé d'établissements a également indiqué que les bailleurs de fonds ou partenaires de mise en œuvre et les revenus ou le recouvrement des coûts des établissements constituaient d'importantes sources de financement pour les activités de la chaîne d'approvisionnement.

Figure 35. Sources de financement pour les activités de la chaîne d'approvisionnement

Source de financement	Pourcentage de rapportage des établissements :				
	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
Budget gouvernemental	57 %	100 %	100 %	71 %	Oui
Bailleurs de fonds/partenaires de mise en œuvre	64 %	66 %	33 %	86 %	100 %
Revenus/recouvrement des coûts de l'établissement	83 %	88 %	100 %	57 %	0 %
Autre	1 %	0 %	0 %	14 %	0 %

La Figure 36 présente plusieurs bonnes pratiques financières incluses dans la NSCA, non spécifiques à la chaîne d'approvisionnement mais contribuant de manière significative à une gestion financière viable. La plupart des sites préparent leurs budgets annuellement, et beaucoup ont déclaré que le budget comprend une section de fonds « divers » (capacité « intermédiaire »). Certains ont également indiqué que des processus destinés à soumettre des demandes non prévues au budget étaient en place (notamment la plupart des entrepôts) et que le financement pouvait être réaffecté par la direction de l'établissement.

Figure 36. Viabilité financière, capacités clés en place

	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
n =	98	41	3	7	1
Les budgets sont établis annuellement (capacité de base)	78 %	88 %	67 %	57 %	Oui
Il existe un processus permettant de soumettre une demande non prévue au budget (capacité de base)	44 %	49 %	33 %	71 %	Non

Le budget comprend une section fonds divers (capacité intermédiaire)	85 %	51 %	100 %	57 %	Non
Le financement peut être réaffecté au niveau de la direction (capacité avancée)	39 %	51 %	67 %	57 %	Non

En dépit des progrès observés, les menaces sous-jacentes pesant sur la viabilité financière identifiées dans le plan stratégique 2017 sont toujours présentes. Le pays souffre toujours d'une mauvaise situation économique et d'une dépendance aux bailleurs de fonds, deux facteurs ayant un impact négatif sur les performances financières de la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Recommandations

- *Lignes budgétaires de la chaîne d'approvisionnement.* Clarifier les lignes budgétaires pour les fonctions de la chaîne d'approvisionnement, afin de garantir l'allocation de ressources suffisantes et de mieux suivre les coûts et performances.
- *Renforcement des capacités et accompagnement.* Former les niveaux inférieurs afin de garantir la mise en œuvre constante des bonnes pratiques en matière de gestion financière et de tenue des registres, et dispenser des conseils budgétaires spécifiques aux fonctions de la chaîne d'approvisionnement.
- *Résoudre les lacunes.* Au niveau stratégique, résoudre les lacunes en répondant aux besoins de financement pour les produits de santé.

Figure complémentaire

Figure 37. Viabilité financière : Répartition des questions et attribution de poids pour les capacités et niveaux des établissements

	DE BASE (50 %)		INTERMÉD. (30 %)		AVANCÉ (15 %)		SUMMUM (5 %)	
MODULE	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS
Centres de santé (n = 98)	7	7,1 %	11	2,7 %	6	2,5 %	4	1,3 %
Hôpitaux (41)	7	7,1 %	11	2,7 %	7	2,1 %	4	1,3 %
Hôpitaux de référence (3)	14	3,6 %	11	2,7 %	7	2,1 %	4	1,3 %
Entrepôts (7)	14	3,6 %	11	2,7 %	7	2,1 %	4	1,3 %
MS (1)	7	7,1 %	12	2,5 %	7	2,1 %	4	1,3 %

Prévisions et planification des approvisionnements

La section Prévisions et planification des approvisionnements (PPA) permet de vérifier que les prévisions sont réalisées à l'aide de données de qualité et de méthodes éprouvées, et qu'elles font l'objet d'un suivi régulier, afin qu'elles puissent soutenir les décisions en matière d'achats. Les domaines pris en compte pour les scores de ce module CMM incluent des prévisions impliquant plusieurs parties prenantes sur plusieurs années, des procédures opérationnelles standard bien établies impliquant des données issues de plusieurs sources, le suivi actif d'un plan d'approvisionnement et le partage de plans d'approvisionnement entre les partenaires (voir Figure 38).

Figure 38. Exemples de capacités en matière de prévisions et planification des approvisionnements évaluées	
De base	Le ministère de la Santé dispose d'une unité chargée des prévisions et de la planification de l'approvisionnement en produits de santé Les prévisions servent à solliciter des financements auprès du gouvernement et des bailleurs de fonds
Intermédiaire	Les hypothèses relatives aux données sont documentées dans le plan d'approvisionnement La qualité des données est évaluée pour les données de la consommation avant qu'elles ne soient utilisées pour les prévisions
Avancé	Des normes de performance ou points de repère permettent d'évaluer la précision des prévisions Les procédures opérationnelles standard en matière de prévisions sont mises à jour au moins une fois par an
Summum	Des logiciels de prévision spécialisés utilisant l'apprentissage automatisé ou des algorithmes avancés sont employés pour déterminer les besoins futurs Le plan d'approvisionnement est suivi et mis à jour en continu ou quotidiennement

Plan stratégique 2017 et NSCA 2016

La NSCA de 2016 a révélé que les prévisions n'étaient pas réalisées de manière systématique et coordonnée. Les programmes verticaux de lutte contre les maladies utilisaient diverses sources de données et méthodologies pour déterminer leurs besoins en produits. Par conséquent, le plan stratégique 2017 recommandait la mise en place de l'UGL au sein de la DNPM. Cette nouvelle unité devrait coordonner et superviser tous les processus PPA sur lesquels se basent les programmes sanitaires du MS. Le plan stratégique recommandait également que cette nouvelle unité inclue des capacités PPA renforcées afin de superviser cette fonction pour l'ensemble des programmes gouvernementaux. Il préconisait aussi l'intégration d'activités destinées à « rendre opérationnel le comité de quantification national », à « institutionnaliser les sous-comités trimestriels de quantification pour tous les programmes, notamment pour les tâches d'amélioration des données » et à « développer le manuel intégré des procédures de quantification ».

Résultats de la NSCA 2019

L'examen des pratiques de prévisions et planification des approvisionnements dans toutes les entités concernées du MS a révélé que les procédures PPA restaient principalement financées par des bailleurs de fonds. Tous les programmes majeurs indiquaient que le soutien des bailleurs de fonds était crucial pour l'exécution de cette fonction. Les programmes verticaux dirigent les processus de prévision pour le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose, tandis que le MS est en charge de la planification familiale et de la santé reproductive. La Figure 39 présente les scores CMM pour chaque programme vertical évalué, tandis que la Figure 40 compare les différents processus et sources de données utilisés pour les prévisions. La recommandation de 2017 pour la consolidation et la standardisation du processus de prévision sous l'égide de l'UGL n'a pas encore été appliquée. Les disparités illustrées par la Figure 41 traduisent cette situation.

L'examen des scores CMM de chaque programme vertical nous permet de conclure qu'aucun programme n'a atteint l'objectif de référence de 80 %. Parmi tous les programmes évalués, celui contre le paludisme présente le score le plus élevé. Par conséquent, il affiche également les prévisions les plus précises pour 2018. La Figure 39 décrit la précision des prévisions et du plan d'approvisionnement pour certains produits traceurs des programmes verticaux de lutte contre les maladies, du MS/de la DNPM et de la PCG. Bien que chaque produit présente une demande de profil unique, des défis en matière de précision des prévisions et des limitations qui lui sont propres, nous considérons qu'une standardisation et une supervision de la DNPM par le biais de l'UGL permettraient d'améliorer les prévisions et la planification des approvisionnements de manière générale.

Figure 39. Scores CMM en matière de prévisions et planification des approvisionnements pour les programmes verticaux de lutte contre les maladies

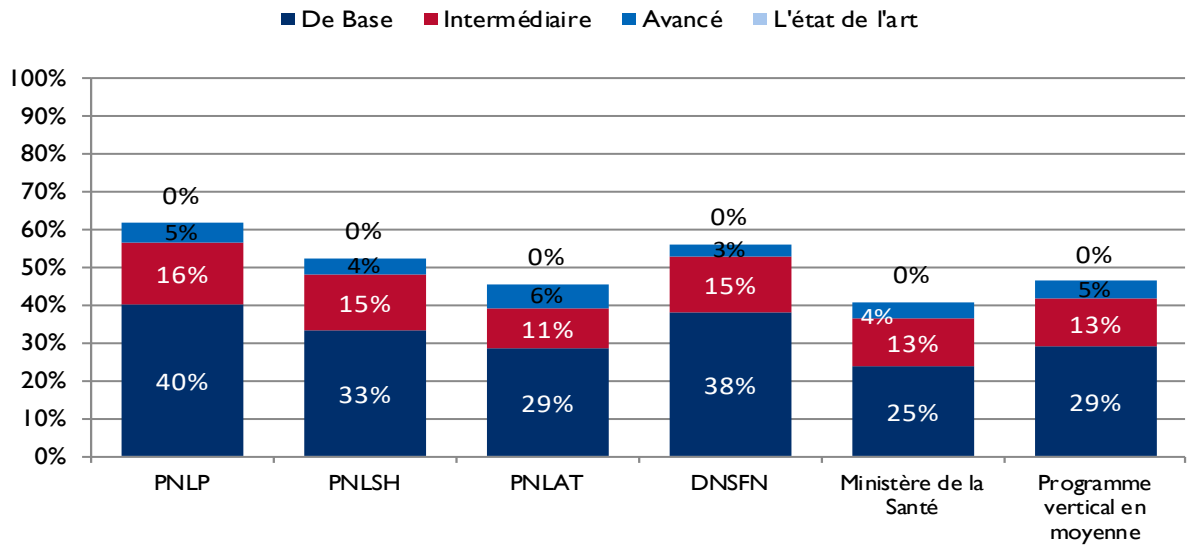


Figure 40. Processus de prévision utilisés par le MS

	Programmes verticaux de niveau central			
	Paludisme	VIH/SIDA	Tuberculose	Planification familiale/Santé reproductive (MS)
Leader du processus de prévision	Programme vertical	Programme vertical	Programme vertical	MS
Horizon des prévisions	Trois ans ou plus	Un an ou moins	Un an ou moins	Trois ans ou plus
Méthodologies utilisées pour les prévisions	Méthode de morbidité Méthode de consommation Projections démographiques Statistiques des services	Méthode de morbidité Méthode de consommation Projections démographiques	Méthode de morbidité Méthode de consommation	Méthode de morbidité Méthode de consommation Projections démographiques
Prévisions utilisées pour solliciter des financements/orienter l'approvisionnement en produits de santé	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
Des SOP en matière de PPA sont disponibles	X	X	X	X
La précision des prévisions est évaluée chaque année	X	X	✓	X
Planification de l'approvisionnement en produits	✓	✓	✓	✓
Potentiels interruptions et retards d'approvisionnement communiqués aux établissements	✓	X	✓	X
Entité responsable du financement des activités PPA	Bailleurs de fonds	Bailleurs de fonds	Bailleurs de fonds et MS (25-50 %)	Bailleurs de fonds
Score CMM obtenu en matière de PPA	62 %	53 %	46 %	56 %
Pourcentage d'éléments de base en place	81 %	57 %	57 %	76 %

Figure 41. Précision des prévisions et du plan d'approvisionnement pour certains produits

Produit	Responsable du programme	Précision des prévisions	Précision du plan d'approvisionnement
Tuberculose : rifampicine-isoniazide (RH)	PNLAT	48 %	100 %
Tuberculose : RHZE	PNLAT	–3 %	–800 %
Artéméther/Luméfantrine 6x1	PNLP	80 %	--
Test de diagnostic rapide du paludisme	PNLP	94 %	--
Determine HIV 1-2 (kit de test rapide)	PNLSH	--	100 %
Zidovudine/Lamivudine/Névirapine	PNLSH	--	100 %
Contraceptifs oraux combinés	Planification familiale/SR (MS)	–86 %	--
Implant à deux bâtonnets	Planification familiale/SR (MS)	–4 %	--
Inj. d'ocytocine (10 ui/ml)	SMNI (MS)	–119 %	--
Solution de sulfate de magnésium (50 %)	SMNI (MS)	23 %	--
Amoxicilline, comprimé de 500 mg	SMNI (MS)	32 %	--
Amoxicilline, comprimé de 500 mg	PCG	–787 %	--
Paracétamol, comprimé de 500 mg	PCG	–383 %	--
Kétamine, flacon de 10 ml	PCG	–471 %	100 %
Lactate de Ringer, poche de perfusion de 500 ml	PCG	2 %	--
Solution de chlorure de sodium (0,9 %), 500 ml	PCG	–240 %	--
Ceftriaxone en poudre, flacon de 1 g	PCG	92 %	100 %

L'équipe a également évalué les pratiques en matière de prévisions et planification des approvisionnements dans les hôpitaux nationaux et les entrepôts de la PCG. Selon la méthodologie NSCA 2.0, les hôpitaux de référence doivent s'engager dans des activités PPA, dans la mesure où ils sont supposés constituer le type d'établissement le plus avancé du système de santé pour la prestation de services. Or, l'évaluation a révélé que les activités PPA déployées sur ces sites se trouvent à un stade extrêmement précoce. Les hôpitaux nationaux ne présentent que 18 % des éléments de base en place et enregistrent un score CMM de seulement 14 %. La maturité du système de santé n'étant pas encore atteinte et les activités PPA étant institutionnalisées au niveau du MS, il convient d'apporter un soutien supplémentaire à ces établissements afin qu'ils puissent également standardiser leurs pratiques. À titre d'exemple, seul un hôpital national sur les trois évalués a bénéficié d'une formation formelle, ou présente des activités PPA dans le descriptif de poste officiel d'un membre du personnel.

Les entrepôts de la PCG présentent également de faibles capacités, illustrées par un score de maturité de 39 %. En effet, une grande partie des processus de base sont absents de ces établissements. Seuls 43 % des entrepôts utilisent Excel pour établir des prévisions, et aucun n'utilise de logiciel spécialisé tel que PipeLine. Les prévisions ne sont réalisées que pour un an dans 86 % des entrepôts de la PCG. Par ailleurs, seuls 29 % des entrepôts documentent la méthodologie, les sources de données et les hypothèses utilisées pour la prévision la plus récente. Il est en revanche encourageant de constater que 71 % des entrepôts ont bénéficié d'une formation en PPA formelle, et que 86 % des entrepôts de la PCG ont inclus les activités PPA dans les descriptifs de postes officiels. Certains points n'ont pas été attribués aux établissements de la PCG pour cause de non-intégration d'autres parties prenantes dans le processus de prévision. Notez néanmoins que cette situation peut être expliquée par le fait que le GDG n'ait pas pleinement tiré parti de ses relations avec la PCG. La maturité des processus PPA et les performances de la fonction PPA au sein de la

PCG pourraient être considérablement améliorées par un effort coordonné de la DNPM via l'UGL. La PCG devrait ainsi être incluse dans tous les exercices de prévision nationaux.

Figure 42a. Processus de prévision utilisés par le MS

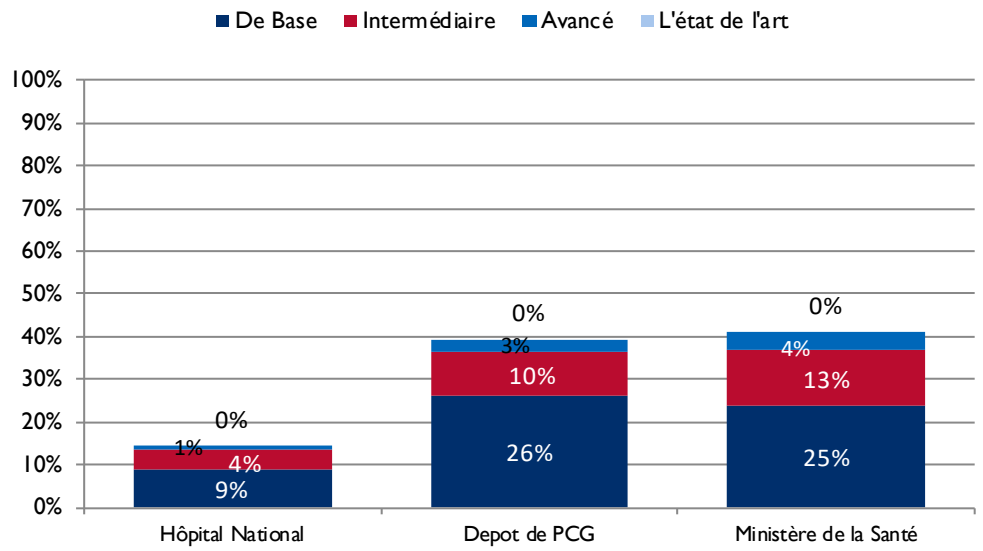


Figure 42b. KPI de prévisions et planification des approvisionnements, score de maturité et capacités de base en place

		Hôpitaux de référence	Entrepôts PCG	MS
	n =	3	7	1
Score de maturité global (intervalle)		14 % (0 %–24 %)	39 % (24 %–55 %)	41 %
Pourcentage d'éléments de base en place (intervalle)		18 % (0 %–27 %)	52 % (40 %–65 %)	48 %

Recommandations

Les principales recommandations de 2017 n'ont pas été matérialisées. Par conséquent, dans la mesure où les éléments préconisés ne sont toujours pas en place à ce jour, cette évaluation présente des suggestions similaires. Pour améliorer les prévisions et la planification des approvisionnements actuelles, le GDG doit :

- conférer à la DNPM toute autorité sur les processus de prévisions et planification des approvisionnements au sein du ministère de la Santé, de manière à standardiser ces processus et à amener toutes les parties prenantes autour de la table (programmes verticaux, PCG, représentants du MS, partenaires de développement, etc.), pour une quantification et une planification efficaces et précises ;
- suivre les recommandations du plan stratégique 2017 et créer un manuel de prévision intégré, de manière à assurer la cohérence et la transparence du processus de prévision pour tous les programmes et parties prenantes ;
- mettre en place un cadre de suivi des performances pour tous les programmes verticaux, de manière à suivre régulièrement les performances PPA et à utiliser ces informations pour orienter les prévisions.

Achats et dédouanement

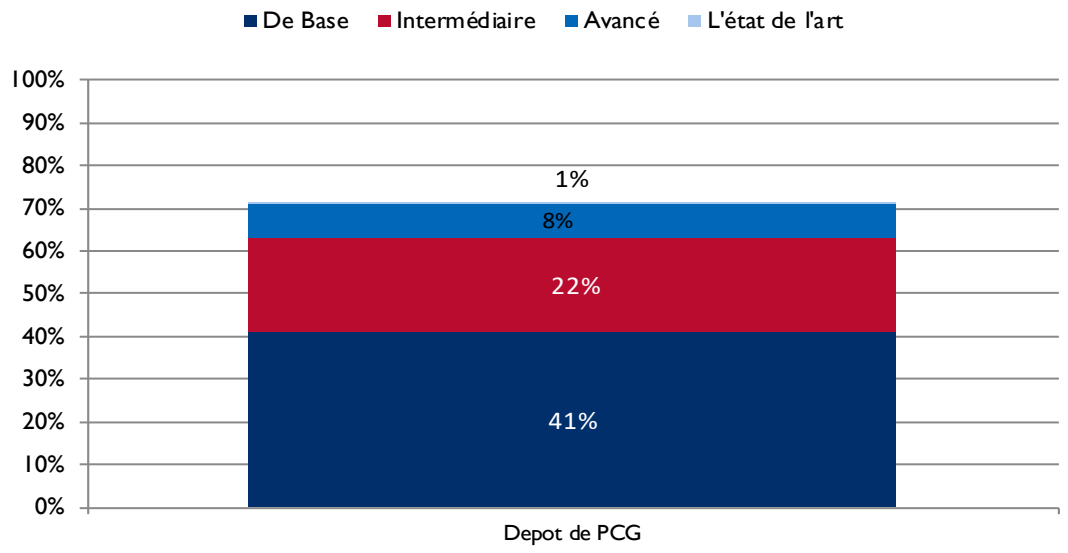
La section sur les achats et le dédouanement vise à déterminer la transparence des achats et la conformité des procédures aux bonnes pratiques. Les figures 43 et 44 illustrent les résultats en matière d'achats et de dédouanement. Les principaux domaines pris en compte pour les scores de ce module CMM sont des systèmes d'achat transparents, pouvant faire l'objet d'un audit, régis par des politiques et procédures, une gestion active des performances des fournisseurs et des processus de dédouanement opérationnels. Ce module a été conçu pour des systèmes d'achat relevant du secteur public.

Avertissement

Obtenir des informations sur les processus d'achat dirigés par le gouvernement s'est avéré une tâche complexe. Les entretiens avec des informateurs clés de la PCG ont révélé que, malgré l'existence d'un protocole d'entente (PE) signé avec le gouvernement de Guinée désignant la PCG comme unique fournisseur des programmes de santé publique du GDG, la PCG n'a pas encore acheté un seul produit avec un financement du gouvernement guinéen. Néanmoins, la PCG est toujours tenue responsable du stockage de tous les produits achetés par le gouvernement, acquis sans stratégie de prévisions et planification coordonnée des approvisionnements. Cela constitue un défi de taille pour la stabilité financière de la PCG. En effet, si cette dernière n'a pas de clients pour qui acheter, stocker et distribuer les produits, il peut être difficile de générer suffisamment de revenus d'une année à l'autre. Les auteurs de ce rapport sont conscients du fait que le GDG achète des produits de manière groupée, sous forme de « kits de santé ». Néanmoins, le contenu, le degré de planification et les méthodes utilisées pour les prévisions sont inconnus. Par conséquent, cette section examine uniquement les capacités et performances de la PCG en matière d'achats, et non le gouvernement lui-même.

Entrepôt central de la PCG

Figure 43. Scores CMM pour l'entrepôt central de la PCG en matière d'achats et de dédouanement



Au niveau de la PCG, les procédures d'achats et de dédouanement montrent des signes encourageants. De manière générale, le score de l'entrepôt central de la PCG était de 72 %, se rapprochant ainsi de l'objectif de référence de 80 %. Les contrôles internes appliqués aux achats sont en place, tels que des seuils de valeur, des protocoles de commande et d'approbation appliqués de

manière formelle, un Comité d'examen des achats et des appels d'offres, ainsi qu'une nette séparation des rôles dans le processus d'achat. Le système d'achat fait l'objet d'audits externes une fois par an ou plus (capacité avancée). La NSCA de 2016 avait recommandé ces audits, qui ont été mis en place dans les années qui ont suivi. En matière d'appels d'offres, tous les appels présentent des conditions générales, des processus formels pour assurer la confidentialité des informations propriétaires des fournisseurs, ainsi qu'un processus d'achat documenté.

L'établissement affiche 83 % d'éléments de base en place. Les éléments de base manquants sont les suivants :

- Fréquence standard pour la mise à jour des directives, manuels ou procédures d'achat (p. ex., SOP)
- Examen/Utilisation de la liste des fournitures médicales et de laboratoire lors de l'approvisionnement et des achats
- Pourcentage des achats nécessitant un appel d'offres inférieur à 50 %

Par ailleurs, l'entrepôt central de la PCG affiche 73 % d'éléments intermédiaires en place. Certains des éléments intermédiaires manquants sont les suivants :

- Suivi actif des KPI associés aux performances en matière d'achats
- Gestion active des contrats dans les systèmes d'achat internes
- Site Web pour les achats accessible aux parties prenantes externes
- Contrat formellement approuvé pour les services externes de dédouanement
- Rapport qualité/prix intégré à l'évaluation formelle des performances des fournisseurs

Performances en matière de prix

Bien que la PCG ne fournisse pas de produits de la part du gouvernement, elle fournit des médicaments essentiels qui sont ensuite redistribués dans l'ensemble du pays au moyen d'un modèle de recouvrement des coûts. Ces achats de médicaments essentiels représentent l'une des stratégies de génération de revenus la plus efficace mise en œuvre par la PCG à ce jour. L'examen des données relatives aux coûts révèle que la PCG a su maintenir les prix bien en dessous des prix de référence internationaux. Ainsi, les médicaments utilisés pour générer des fonds par recouvrement des coûts affichent des prix compétitifs. La Figure 44 illustre le pourcentage moyen du prix de référence international payé pour quatre médicaments essentiels.

Figure 44. Pourcentage du prix de référence international payé

Pourcentage moyen du prix de référence international payé pour quatre produits

Produits : amoxicilline, comprimé de 500 mg ; lactate de Ringer, poche de perfusion de 500 ml ; ceftriaxone en poudre, flacon de 1 g ; paracétamol, comprimé de 500 mg

59 %

Recommandations

- Le PCG constitue une entité compétente et efficace pour les processus d'achat. Le GDG doit tirer pleinement parti de son protocole d'entente (PE) pour permettre des processus d'achat transparents et pouvant faire l'objet d'un audit, dans le cadre d'achats de produits financés par le gouvernement.

- La PCG doit mettre en place un calendrier standard pour la mise à jour de toutes les directives et procédures opérationnelles standard relatives aux achats, et se conformer

aux échéances fixées.

- La PCG doit mettre en place un système de suivi pour plusieurs KPI, afin de garantir les performances de tous les domaines associés aux achats.

Entreposage et stockage

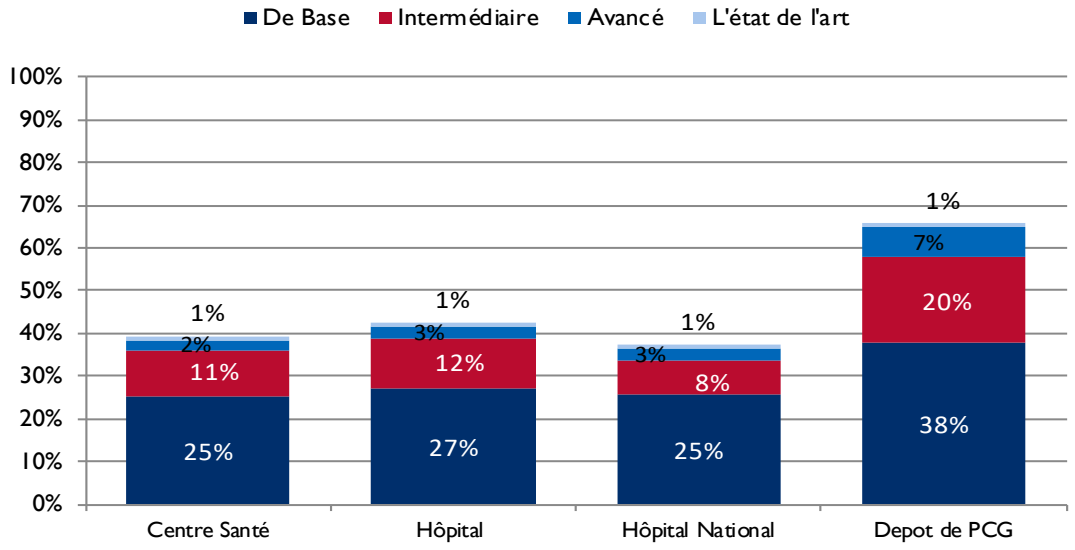
Le module de la NSCA portant sur l'entreposage et le stockage permet de déterminer si les produits pharmaceutiques sont stockés de la manière la plus appropriée, afin de garantir leur qualité pour les patients. La Figure 45 illustre les résultats en matière d'entreposage et de stockage. Les éléments de note ayant un impact significatif sur le score de ce module sont l'existence et le respect de procédures opérationnelles standard pour le stockage et la gestion des stocks, d'une infrastructure physique et d'équipements de sécurité appropriés pour le stockage des produits et de mécanismes de sécurité et de responsabilisation adaptés.

La NSCA 2016 et le plan stratégique 2017 ont révélé que l'espace de stockage et les équipements au sein de tous les entrepôts de la PCG étaient insuffisants. Par ailleurs, la PCG et les centres de santé manquaient d'équipement pour la chaîne du froid et de sources d'alimentation stables. Les entrepôts présentaient de nombreux produits obsolètes ou endommagés, tandis que l'infrastructure globale faisait défaut. Le plan suggérait des mesures correctives pour remédier à ces défaillances, notamment l'amélioration des conditions de stockage de l'entrepôt central de la PCG, la mise en place d'une infrastructure de chaîne du froid sur les sites, le renforcement de l'espace et de l'équipement de stockage des centres de santé et des hôpitaux et l'élimination de tous les produits et équipements obsolètes ou inutilisables.

Résultats de la NSCA 2019

De manière générale, les capacités en matière d'entreposage et de stockage demeurent très en-dessous des niveaux optimaux. La Figure 45 détaille les scores CMM pour l'entreposage, par type d'établissement. De manière générale, les capacités affichent une baisse sur un axe allant des sites régionaux aux établissements dits « du dernier kilomètre ». Avec un score CMM de 66 %, les entrepôts de la PCG enregistrent les meilleures performances, mais restent en deçà de l'objectif de référence de 80 %. Les résultats sont divisés en quatre sections : pratiques de stockage, utilisation de fiches de stock, conditions de stockage et disponibilité des stocks.

Figure 45. Capacités d'entreposage et de stockage



Pratiques de stockage

Nous observons que de nombreux établissements guinéens ne présentent pas de SOP disponibles en matière de pratiques de stockage. Le jour de leur visite, seuls 38 % des centres de santé et 56 % des hôpitaux du pays disposaient de SOP. Aucun des hôpitaux nationaux n'avait de procédures opérationnelles standard. En revanche, 71 % des entrepôts de la PCG visités disposaient de SOP. Le manuel des procédures opérationnelles standard en logistique intégrée (Integrated Logistics SOP Manual, 2016) inclut des sections dédiées à l'entreposage et au stockage ;[14] plus de 1 500 exemplaires ont été distribués dans le pays en 2018. Il convient de déterminer si ces exemplaires ont été perdus ou si les établissements n'ont tout simplement pas eu conscience de leur valeur en tant que SOP pour l'entreposage et le stockage (et ont donc négligé de les utiliser) pour définir les prochaines étapes.

Nous constatons néanmoins une excellente adhésion aux pratiques de base, essentielles au fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement. À titre d'exemple, 98 % des centres de santé, 100 % des hôpitaux et 100 % des hôpitaux nationaux du pays conservent les bons de livraison (BL). Par ailleurs, 100 % des centres de santé et 95 % des hôpitaux adhèrent au principe du « premier entré, premier expiré » pour l'organisation et la distribution des stocks. Il est encourageant de constater que 91 % des centres de santé présentent des valeurs de stock minimales et maximales pour leurs produits, et que 77 % utilisent ces seuils pour passer leurs commandes. Au total, 94 % des centres de santé déclarent prévoir un stock tampon dans leur système de gestion des stocks. Par ailleurs, 82 % des centres de santé ont attribué un emplacement à tous les produits de leurs stocks, vérifié lors de la visite. Nous constatons ainsi qu'en dépit de procédures opérationnelles standard manquantes ou inutilisées, un grand nombre des principes opérationnels de base sont respectés.

[14] À titre d'exemple, les pages 24 à 28 décrivent les règles relatives à la gestion des stocks à tous les niveaux et indiquent les niveaux minimum et maximum. La page 49 fournit des instructions sur le maintien de conditions de stockage adaptées. La page 100 répertorie les bonnes pratiques de stockage recommandées pour tous les établissements de santé.

Cependant, d'autres bonnes pratiques de base ne sont pas observées en Guinée. Ainsi, seuls 9 % des centres de santé tiennent des registres de température de stockage, et seulement 38 % disposent d'un registre pour suivre les problèmes associés aux substances contrôlées. Par ailleurs, 29 % des centres de santé n'enregistrent aucun audit d'aucune sorte (interne ou externe). Il importe clairement que tous les points de prestation de services soient dotés de SOP exactes et à jour, de manière à s'assurer que les établissements connaissent les procédures requises et la manière de s'y conformer.

Utilisation de fiches de stock

L'évaluation a révélé que les établissements présentaient de grandes disparités en matière d'utilisation des fiches de stock. Au cours de l'entretien CMM, 100 % des centres de santé interrogés ont déclaré utiliser des fiches de stock pour gérer leurs produits. Néanmoins, l'inspection a révélé que les établissements étaient soit bien organisés, avec des fiches de stock renseignées régulièrement et avec précision, soit dotés d'un si mauvais historique des stocks que leurs données ne pouvaient être incluses dans l'analyse. Ce constat illustre le manque d'homogénéité du soutien dont bénéficient les établissements ; rappelons notamment que 29 % des centres de santé ne font l'objet d'aucun audit d'aucune forme.

Conditions de stockage

L'évaluation a révélé que certaines des exigences pour des conditions de stockage optimales étaient respectées dans l'ensemble du pays, mais qu'un grand nombre n'était pas satisfait. En ce qui concerne les centres de santé, nous avons constaté que 87 % présentaient une toiture permanente et étanche, 86 % un sol lisse et non poreux et 94 % des rangements adaptés aux produits. En parallèle, seuls 40 % disposaient d'une ventilation adaptée et 27 % incluaient une zone de quarantaine identifiée pour les produits. Ce nombre considérable d'établissements ne satisfaisant pas aux exigences de base en matière de conditions de stockage a eu un impact considérable sur les faibles scores de maturité des points de prestation de services. Par ailleurs, de nombreux établissements présentent toujours un équipement restreint pour l'exécution de leurs activités quotidiennes. À titre d'exemple, seuls 35 % des centres de santé disposent d'extincteurs, et seulement 11 % possèdent des chariots permettant de déplacer les produits et l'équipement. En revanche, la présence accrue de réfrigérateurs autonomes dans de nombreux établissement a considérablement amélioré la note. En effet, il s'agit de l'un des éléments de base de la chaîne du froid, permettant de garantir que les produits sensibles aux variations de température sont stockés de manière appropriée. Il était indiqué comme manquant pour de nombreux établissements dans la NSCA de 2016.

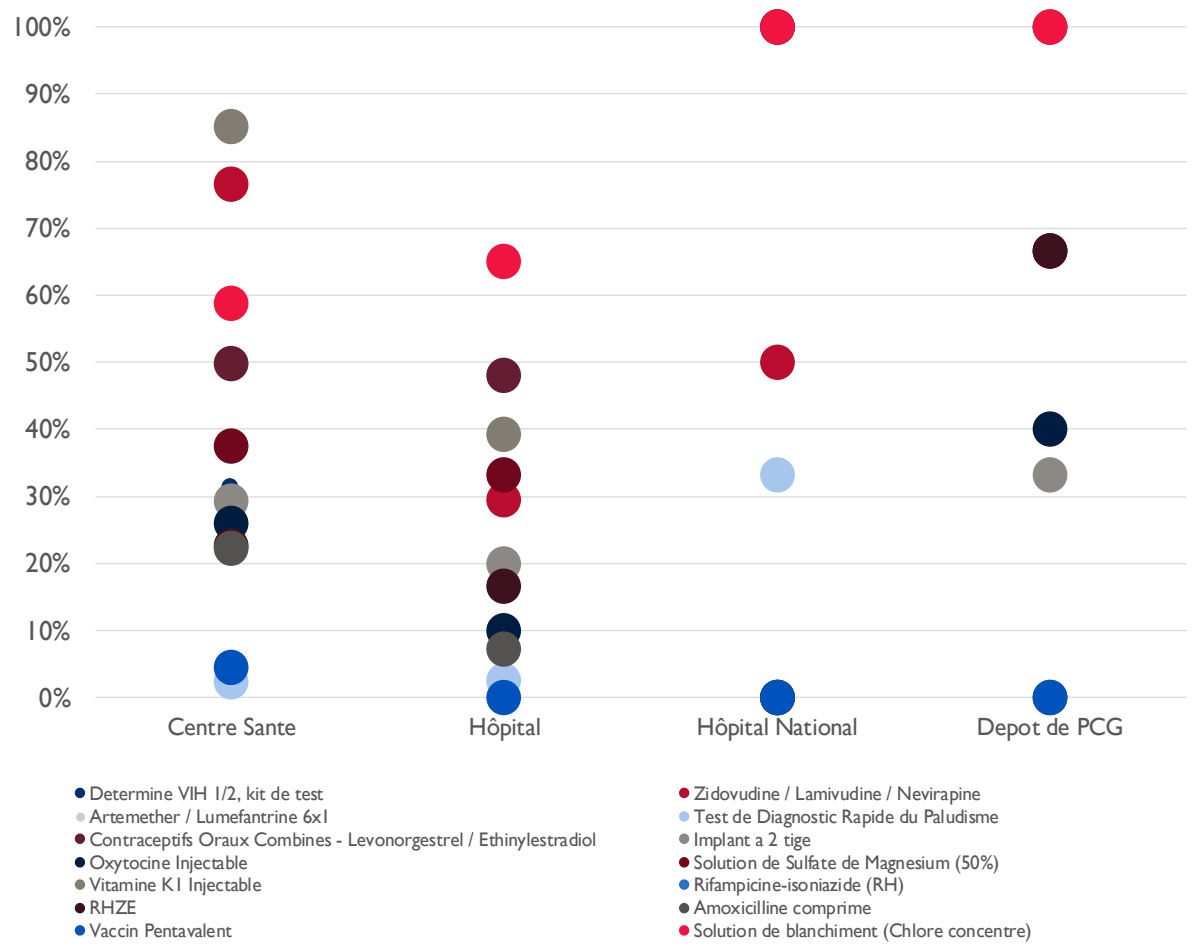
Figure 46. KPI en entreposage et stockage, score de maturité et capacités de base en place

	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux nationaux	Entrepôts
n =	98	41	3	7
Score de maturité global (intervalle)	39 %	42 %	38 %	66 %
Pourcentage d'éléments de base en place (intervalle)	51 %	54 %	51 %	75 %
Pourcentage d'établissements disposant d'un éclairage électrique	55 %	83 %	100 %	100 %
Pourcentage d'établissements disposant d'une zone réservée au stockage des substances dangereuses	14 %	29 %	0 %	57 %

Pourcentage d'établissements disposant d'un réfrigérateur autonome	93 %	85 %	100 %	86 %
Pourcentage d'établissements utilisant un seuil minimum/maximum pour le calcul du réapprovisionnement	77 %	71 %	0 %	71 %

Disponibilité des stocks

Figure 47. Pourcentage des établissements en rupture de stock sur un produit traceur le jour de la visite



La situation de la Guinée en matière de disponibilité des stocks brosse un tableau préoccupant de l'accès aux traitements pour les patients. En effet, le jour de l'évaluation, de nombreux produits importants étaient en rupture de stock. Le taux moyen de rupture de stock sur les 14 produits traceurs était de 34 % dans les centres de santé, 23 % dans les hôpitaux et 32 % dans les hôpitaux nationaux. Dans les centres de santé, ce chiffre allait de 3 % pour le médicament contre la tuberculose (RH) à 85 % pour la vitamine K1 injectable. Par ailleurs, l'entrepôt central affichait un taux de rupture de stock de 20 % sur les produits traceurs concernés le jour de la visite. La Figure 48 présente les taux de rupture de stock par type d'établissement et par produit traceur le jour de l'évaluation.

Figure 48. Pourcentage d'établissements présentant des ruptures de stock le jour de l'évaluation

	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux nationaux	Dépôts régionaux	PCG
Nombre d'observations	98	41	3	7	1
Kits de test rapide (RTK) Determine	31 %	21 %	33 %	0 %	0 %
Zidovudine/Lamivudine/Névirapine (formulation pédiatrique)	77 %	30 %	50 %	67 %	100 %
AL 6x1	26 %	17 %	33 %	0 %	0 %
Test de diagnostic rapide du paludisme (mRDT)	2 %	3 %	33 %	0 %	0 %
Contraceptifs oraux combinés	50 %	48 %	100 %	67 %	0 %
Implant à deux bâtonnets	29 %	20 %	0 %	33 %	0 %
Ocytocine injectable	26 %	10 %	0 %	40 %	0 %
Solution de sulfate de magnésium (50 %)	38 %	33 %	100 %	100 %	
Vitamine K1 injectable	85 %	39 %	0 %	100 %	
RH	3 %	17 %	0 %	0 %	0 %
RHZE	23 %	17 %	0 %	67 %	0 %
Amoxicilline	22 %	7 %	0 %	0 %	100 %
Vaccin pentavalent	5 %	0 %	0 %		
Solution d'eau de Javel (5 %)	59 %	65 %	100 %	100 %	
Moyenne	**34 %**	**23 %**	**32 %**	**44 %**	**20 %**

Bien que ces ruptures de stock soient préoccupantes, elles doivent être perçues dans un contexte plus large de distribution des produits. Interrogés sur les principaux défis auxquels ils sont confrontés en matière d'entreposage et de stockage, 70 % des centres de santé et 78 % des hôpitaux ont mentionné les livraisons en retard, et 63 % de ces mêmes établissements ont également indiqué les livraisons partielles. Par ailleurs, seuls 32 % des centres de santé ont indiqué avoir reçu un calendrier de distribution à l'avance. Des problèmes systémiques dans la distribution des produits peuvent avoir un impact sur la disponibilité du stock au dernier kilomètre. Le problème est également abordé dans la section distribution. Compte tenu de l'incertitude quant au calendrier et à la quantité des livraisons reçues, nous pouvons constater que les taux de stockage selon le plan dysfonctionnent également. Les figures 49 et 50 présentent les taux de stockage selon le plan, de décembre 2018 à mai 2019.

Figure 49. Taux de stockage selon le plan par type d'établissement et produit traceur de décembre 2018 à mai 2019

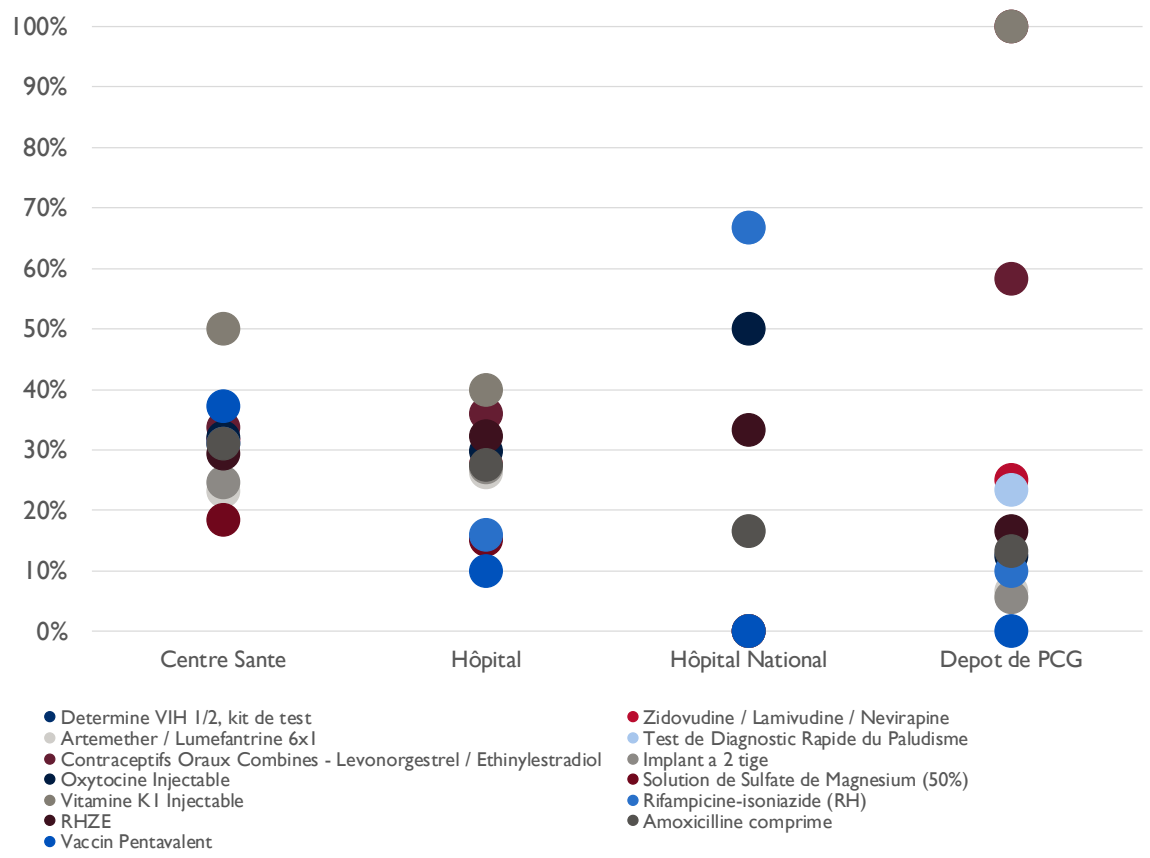


Figure 50. Taux de stockage selon le plan par type d'établissement et produit traceur de décembre 2018 à mai 2019

	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux nationaux	Dépôts régionaux	PCG
Nombre d'établissements	98	41	3	7	1
Déterminer le test de diagnostic rapide	34 %	31 %	--	11 %	0 %
Zidovudine/Lamivudine/Névirapine (formulation pédiatrique)	32 %	28 %	0 %	25 %	
AL 6x1	23 %	26 %	17 %	7 %	0 %
Test de diagnostic rapide du paludisme	31 %	15 %	67 %	23 %	0 %
Contraceptifs oraux combinés	34 %	36 %	--	58 %	0 %
Implant à deux bâtonnets	25 %	27 %	--	6 %	40 %
Ocytocine injectable	32 %	30 %	50 %	13 %	0 %
Solution de sulfate de magnésium (50 %)	18 %	15 %	--	100 %	--
Vitamine K1 injectable	50 %	40 %	--	100 %	--
RH	31 %	16 %	67 %	10 %	100 %
RHZE	29 %	32 %	33 %	17 %	100 %
Amoxicilline	31 %	27 %	17 %	13 %	0 %

Vaccin pentavalent	37 %	10 %			--
Solution d'eau de Javel (5 %)	17 %	58 %			--
Intervalle	Intervalle : 17 %–50 %	Intervalle : 15 %–58 %	Intervalle : 0 %–67 %	Intervalle : 0 %–43 %	Intervalle : 0 %–100 %

Bien que les taux de disponibilité des médicaments soient préoccupants, certains signes sont encourageants. En comparant les performances de 2016 et de 2019, nous constatons des améliorations significatives de la disponibilité des médicaments dans les établissements (notamment l'amoxicilline, les TDR du paludisme et les médicaments antituberculeux). Dans certains cas toutefois (notamment les contraceptifs et les produits de santé maternelle et infantile), la situation s'est dégradée. La Figure 51 compare les taux de rupture de stock dans les centres de santé pour des produits essentiels suivis dans les deux évaluations.

Figure 51. Comparaison des taux de rupture de stock nationaux dans les centres de santé pour des produits essentiels entre les mises en œuvre de l'évaluation NSCA

	2016	2019	Différence
Determine HIV 1-2 (kit de test rapide)	41 %	31 %	–10 %
Artéméther/Luméfantrine 6x1	28 %	26 %	–2 %
Contraceptifs oraux combinés	16 %	50 %	+34 %
Test de diagnostic rapide du paludisme	21 %	2 %	–19 %
RH	15 %	3 %	–12 %
Amoxicilline	42 %	22 %	–20 %
Solution de sulfate de magnésium (50 %)	13 %	38 %	+25 %
Vitamine K1 injectable	51 %	85 %	+34 %
Oxytocine	10 %	26 %	+14 %

Recommandations

L'une des principales conclusions de la NSCA est que les procédures opérationnelles standard relatives aux pratiques d'entreposage et de stockage ne sont pas présentes dans l'ensemble du système. En conséquence, seules certaines fonctions et pratiques clés sont mises en œuvre régulièrement. De plus, les capacités de stockage restent insuffisantes, de l'entrepôt central jusqu'au dernier kilomètre. Ce rapport recommande les mesures suivantes :

- Le ministère de la Santé doit veiller à ce que tous les établissements du pays disposent des procédures opérationnelles standard correctes pour l'entreposage et le stockage et que tous les responsables aient été formés comme il se doit aux procédures et aux attentes. Renforcer les capacités de stockage à l'échelle nationale est une action prioritaire du plan stratégique. Elle doit être associée à la distribution de procédures opérationnelles standard normalisées et à la supervision et l'accompagnement du personnel des établissements.

- Les centres de santé à travers le pays présentent de grandes variations en termes de capacités. Avec des scores de capacité variant de près de 40 %, le MS doit appliquer une approche de supervision plus cohérente et aider les établissements peu performants à l'aide d'un encadrement ciblé afin d'améliorer leurs pratiques d'entreposage et de stockage.

- L'espace de stockage et l'infrastructure manquent toujours dans tous les établissements d'entreposage de la PCG. Le ministère de la Santé doit accélérer les travaux de rénovation des dépôts régionaux existants et la construction planifiée du nouvel entrepôt central. Cela sera essentiel pour la résilience à long terme de la chaîne nationale d'approvisionnement de la santé.

- Les points de prestation de services à travers le pays manquent de la moitié des éléments de base nécessaires pour l'entreposage et le stockage. Le ministère de la Santé doit inventorier les capacités de stockage, l'équipement d'entreposage et l'équipement de sécurité pour comprendre les lacunes, établissement par établissement. Ces informations seraient utiles pour préconiser un financement dans le cadre du prochain budget national, afin de s'assurer que les établissements sont correctement équipés.

Figure complémentaire

Figure 52. Entreposage et stockage : Répartition des questions et attribution de poids pour les capacités et niveaux des établissements

	DE BASE (50 %)		INTERMÉD. (30 %)		AVANCÉ (15 %)		SUMMUM (5 %)	
MODULE	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS
Centres de santé (n = 98)	48	1,0 %	29	1,0 %	13	1,1 %	7	0,7 %
Hôpitaux (41)	48	1,0 %	29	1,0 %	13	1,1 %	7	0,7 %
Hôpitaux de référence (3)	53,3	0,9 %	30	1,0 %	13	1,2 %	6	0,8 %
Entrepôts (7)	74.7	0,7 %	37	0,8 %	14	1,1 %	5	1,0 %

* Le nombre de questions et la pondération des questions pour ces modules sont variables, car elles incluent des questions à la notation conditionnelle. Les chiffres présentés ici supposent que toutes les conditions sont remplies et que toutes les questions sont incluses.

Distribution

La distribution sûre et efficace des produits pharmaceutiques et médicaux est une fonction fondamentale des chaînes d'approvisionnement de la santé publique. Dans ce domaine technique, la NSCA veille à ce que les plans de distribution soient structurés, mis en œuvre et contrôlés de manière à assurer régulièrement une distribution des produits aux points de prestation de services dans les délais. La plupart des domaines pris en compte pour les scores de ce module CMM sont les suivants : existence d'un plan de distribution, prise en compte de facteurs appropriés pour optimiser les distributions, politiques et procédures de meilleures pratiques, enregistrement et suivi actifs des données de coût et de transit, et mécanismes appropriés pour assurer la sécurité et la qualité des produits pendant le transit (voir Figure 53).

Figure 53. Exemples de capacités en distribution évaluées

De base	Existence d'un plan de distribution approuvé qui définit la date à laquelle les produits doivent être livrés aux clients Existence d'un système de gestion des données qui enregistre les plans et opérations de distribution Existence de systèmes manuels pour la saisie et la mise à jour des données de transport Dispositifs de surveillance de la température utilisés pour suivre les variations de température

	pendant le transport Mesures de gestion de la sécurité : inspections inopinées/gardes de sécurité Processus d'enregistrement des incidents de perte Suivi manuel de la propriété des marchandises tout au long du système Maintenance manuelle des enregistrements des bons de livraison (BL)
Intermédiaire	Les itinéraires de distribution sont planifiés à l'avance, inclus dans la communication aux établissements de santé et révisés annuellement Existence de politiques couvrant la distribution et le transport de produits/les aspects de la gestion de la flotte (liste des principaux aspects/domaines des politiques) Procédures opérationnelles standard documentées pour la gestion des moyens de transport disponibles au niveau du site Existence de systèmes pour la saisie et la mise à jour des données de transport Collecte des données sur les coûts de distribution/à l'aide d'Excel
Avancé	Produits provenant de différents programmes et partenaires distribués de manière intégrée, dans la mesure où les caractéristiques du produit le permettent (la plupart des produits = une capacité intermédiaire) Capture quotidienne ou en temps réel des données de transport Températures enregistrées en transit Mesures de gestion de la sécurité : surveillance vidéo/radio bidirectionnelle/lecture de codes à barres
Summum	Le budget gouvernemental ou les revenus des établissements couvrent 100 % des coûts de distribution récurrents Mesures de gestion de la sécurité : Balises RFID

La distribution, comme le stockage, est sous-traitée à la PCG ainsi qu'à ses entrepôts régionaux, qui à leur tour fournissent les points de prestation de services. La PCG a signé un protocole d'entente avec le ministère de la Santé en tant que principale agence de distribution (et d'achat) pour les établissements de santé publics de la Guinée. La PCG gère sa propre flotte de véhicules, utilisés pour effectuer les distributions trimestrielles des produits du programme. En 2016, la NSCA a constaté que les capacités globales de transport en Guinée étaient raisonnables, ce qui se traduit par la présence d'une flotte importante, de processus relativement définis et d'une utilisation de la technologie. Des fonds limités, des données insuffisantes et des facteurs exogènes importants, tels que des infrastructures de transport inadéquates, ont toutefois contribué à un taux d'exécution des commandes finalement faible : 24,5 % pour les commandes des établissements de santé et 51 % pour les dépôts régionaux, selon la NSCA de 2016.

Le plan stratégique 2017 a identifié la distribution et le transport comme l'une des six fonctions opérationnelles essentielles requises pour une chaîne d'approvisionnement efficace. Le plan a désigné plusieurs faiblesses à résoudre au cours des prochaines années, notamment :

- L'intégration partielle ou non systématique du système de distribution (p. ex., vaccins, transfusion sanguine)
- L'inefficacité de l'utilisation de la flotte, en particulier au niveau régional, où les véhicules sont souvent inutilisés et insuffisants à la fois
- De longs retards dans les plans de distribution et l'insatisfaction par rapport à la fréquence de distribution trimestrielle
- Des lacunes spécifiques en matière de ressources, y compris le transport frigorifique, les procédures et outils de surveillance de la température et les systèmes de logistique inversée (en particulier pour les tests de dépistage de la tuberculose et les produits inutilisables)

L'analyse a expliqué que ces faiblesses traduisaient le manque de ressources, d'expertise technique (c'est-à-dire de gestion et de maintenance de la flotte) ou de fonds de la PCG pour fournir un service de transport efficace et efficient. En outre, le réseau de distribution de la PCG n'a pas été conçu comme un « fournisseur de services de transport/distribution » intégrateur et exhaustif, de bout en bout (y compris la logistique inversée, etc.).

Des recommandations spécifiques à la distribution ont été incluses dans le premier axe stratégique du Plan, « Accroître la disponibilité des produits de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ». De manière générale, il a été recommandé d'évaluer et de renforcer les

capacités de distribution de la PCG, avec l'assistance technique de spécialistes de la distribution et une formation à la logistique.

Résultats de la NSCA 2019

Le ministère de la Santé continue de sous-traiter les responsabilités de la distribution à la PCG et à ses entrepôts régionaux. Les indicateurs de maturité et de performance de la capacité sont présentés dans les figures 54 à 57. La maturité des capacités de distribution des entrepôts de la PCG a atteint une moyenne 58 %, avec des scores allant de 26 % à 83 %, et une moyenne de 66 % pour les capacités de distribution de base en place, variant de 29 % à 100 %.

Figure 54. Capacité de distribution

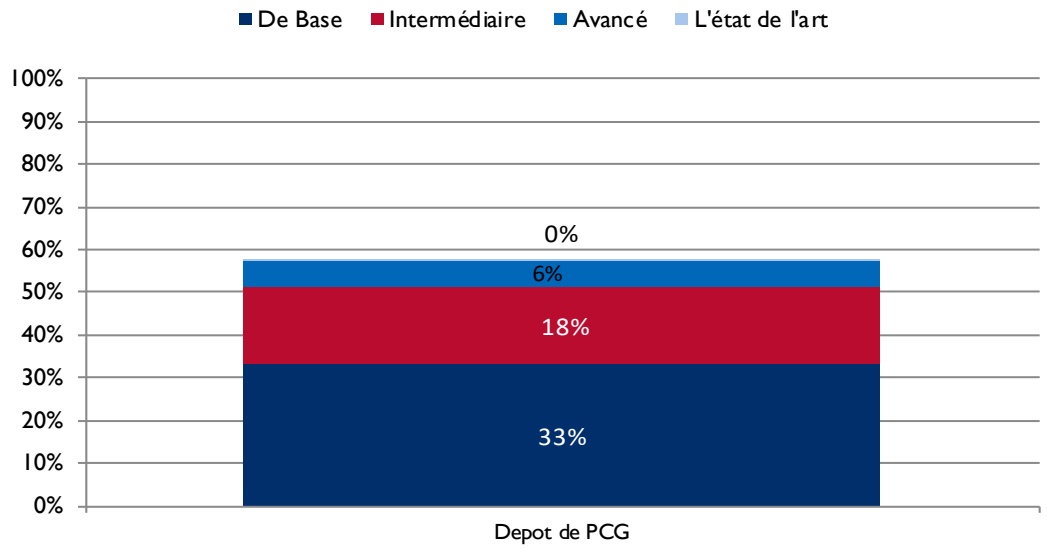


Figure 55. KPI de distribution, score de maturité et capacités de base en place

		Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts régionaux	PCG
	n =	98	41	3	7	1
	Délai d'exécution, commandes habituelles, jours	24,5		1.6		
Type	Planifié	94 %	89 %	100 %	92 %	100 %
	Urgent	6 %	11 %	0 %	8 %	0 %
Dans les délais	Pourcentage des commandes avec toutes les dates appropriées	22 %	30 %	100 %	42 %	0 %
	Dans les délais, commandes habituelles	76%	64%	100%	96%	S. O.
	Dans les délais, commandes urgentes	13%	12%	S. O.	50%	S. O.

Figure 56. Mesures clés des performances en matière de distribution

Pourcentage de commandes modifiées par les entrepôts	65 %
Pourcentage de commandes livrées en totalité par les entrepôts	53 %

Figure 57. Exemples de capacités en distribution évaluées		
De base	Existence d'un plan de distribution approuvé, définissant la date à laquelle les produits doivent être livrés aux clients	86 %
	Existence d'un système de gestion des données enregistrant les plans et opérations de distribution	71 %
	Existence de systèmes manuels pour la saisie et la mise à jour des données de transport	57 %
	Dispositifs de surveillance de la température utilisés pour suivre les variations de température pendant le transport	71 %
	Mesures de gestion de la sécurité : inspections inopinées/agents de sécurité	14 %/29 %
	Processus d'enregistrement des pertes accidentelles	57 %
	Suivi manuel de la propriété des marchandises tout au long du système	86 %
	Maintenance manuelle des enregistrements des bons de livraison (BL)	86 %
	Collecte trimestrielle des coûts de distribution	71 %
Intermédiaire	Les itinéraires de distribution sont planifiés à l'avance/inclus dans la communication aux établissements de santé	86 %/71 %
	Existence de politiques couvrant la distribution et le transport de produits/les aspects de la gestion de la flotte (liste des principaux aspects/domaines de la politique)	71 %/29 %–
	Procédures opérationnelles standard documentées pour la gestion des moyens de transport disponibles sur le site	86 %
	Existence de systèmes électroniques pour la saisie et la mise à jour des données de transport	57 %
	Mesures de gestion de la sécurité : procédures d'audit intégrées aux points de départ et d'arrivée	57 %
	Collecte des données sur les coûts de distribution à l'aide d'Excel	86 %
	Températures enregistrées à l'arrivée	71 %/71 %
Avancé	Les produits provenant de différents programmes et partenaires sont distribués de manière intégrée, dans la mesure où les caractéristiques du produit le permettent (la plupart des produit = une capacité intermédiaire)	57 %
	Capture quotidienne ou en temps réel des données de transport	71 % (la plupart = 29 %)
	Températures enregistrées en transit	0 %
	Mesures de gestion de la sécurité : surveillance vidéo/radio bidirectionnelle/lecture de codes-barres	0 %
	Les itinéraires de distribution sont révisés deux fois par an	0 %
Summum	Le budget gouvernemental ou les revenus des établissements couvrent 100 % des coûts de distribution récurrents	57 %
	Mesures de gestion de la sécurité : Balises RFID	14 %
		0 %

Il est surprenant de constater le nombre élevé de questions auxquelles la plupart des entrepôts ont répondu que la politique, la pratique, le processus ou l'actif existait. Un ou deux ont toutefois répondu par la négative. Cela suggère soit une répartition inéquitable des capacités de distribution dans l'ensemble du système, soit une diffusion insuffisante. Une distribution inéquitable nécessite une révision des priorités stratégiques pour garantir que tous les entrepôts disposent de ressources suffisantes ou équitables, tandis qu'une diffusion insuffisante nécessite un investissement dans le renforcement des capacités afin de garantir que les politiques et les meilleures pratiques sont communiquées et mises en œuvre de manière universelle. Il est encourageant de constater que 85 % des entrepôts ont déclaré avoir reçu une formation en matière de distribution au cours de l'année précédente, et tous ont indiqué que les responsabilités relatives à la distribution étaient officiellement incluses dans les descriptifs de poste du personnel.

Les indicateurs de performance pour la distribution sont correctes, mais laissent quand même beaucoup de place pour être améliorés. 53 % des commandes soient livrées en totalité, le délai moyen de traitement des commandes passées par les centres de santé dépasse les trois semaines (24,5 jours) mais de façon encourageante 76 pour cent des commandes sont livrées à temps. Moins d'hôpitaux (64%) n'a signalé avoir reçu des commandes à temps au cours des six mois de la période d'évaluation. Une mise en garde importante concernant ces chiffres est la faible proportion de commandes pour lesquelles toutes les dates pertinentes sont enregistrées. Sur chaque site, les enquêteurs ont été chargés de collecter des données directement à partir des formulaires de

commande des six mois précédents (un an dans le cas des hôpitaux de référence et des entrepôts). Les données requises comprenaient les dates de commande, les dates de livraison, la quantité commandée et la quantité livrée. Comme l'illustre la figure 57, peu de formulaires de commande comprenaient toutes les dates nécessaires pour permettre à l'équipe d'évaluation (ou à l'établissement) de suivre les performances de la distribution. Cela rend difficile le diagnostic de lacunes ou l'identification d'interventions potentiellement nécessaires.

Enfin, les menaces exogènes pesant sur l'efficacité de la distribution, identifiées dans le plan stratégique 2017, restent présentes. Les établissements de santé du pays ne sont pas toujours accessibles par la route, et la médiocrité des infrastructures reste généralement une menace fondamentale et non résolue pour la distribution. De plus, la PCG continue de fonctionner avec des fonds limités. Relever ces défis impliquerait des interventions stratégiques au niveau gouvernemental. Dans l'intervalle, ces problèmes continueront à affecter la distribution dans la chaîne d'approvisionnement de la santé publique.

Recommandations

- **Dispenser des formations.** Alors que la plupart des entrepôts du pays signalent la présence de capacités de base et intermédiaires, un ou deux, dans la plupart des cas, ne possèdent pas l'élément évalué ou ne respectent pas les bonnes pratiques (p. ex., plans de distribution approuvés, collecte de données sur les coûts de distribution, enregistrement des températures à l'arrivée, etc.). Cela suggère une possibilité d'accroître les capacités de distribution (et les performances) simplement en veillant à ce que tout le personnel des entrepôts à travers le pays connaisse et mette correctement en œuvre les directives et activités relatives aux bonnes pratiques déjà existantes ailleurs dans le pays, par le biais de formations destinées aux ressources humaines.
- **Améliorer les systèmes d'information.** De nombreuses recommandations découlent et dépendent de données de commande et de distribution plus complètes, précises et opportunes. Bien que les entrepôts disposent d'un niveau de base de capacités physiques pour les systèmes électroniques, le personnel bénéficierait de plus de formations et de supervision pour garantir que les pratiques en matière d'information sont mises en œuvre correctement et systématiquement. De même, les entrepôts (et la prise de décision stratégique des responsables des politiques) bénéficieraient de meilleures données sur les commandes et les livraisons, collectées au niveau des points de distribution stratégiques. Elles permettraient en effet de mieux éclairer leur compréhension des performances en matière de distribution et d'aider à identifier et résoudre les problèmes. Cela aussi semble nécessiter un renforcement des capacités aux niveaux inférieurs, afin de garantir que les systèmes de conservation des documents et de collecte de données déjà en place sont correctement mis en œuvre. Enfin, les systèmes d'information relatifs à la distribution ne sont actuellement pas intégrés au système SIGL national. L'intégration de ces systèmes constitue une opportunité d'accroître la visibilité et d'améliorer la prise de décision pour les plans de distribution.
- **Optimiser (ou sous-traiter) la flotte régionale.** La distribution des PCG régionales vers les centres de santé semble être toujours problématique. Les distributions en retard suggèrent que les flottes ne sont pas utilisées de manière optimale. Ainsi, l'objectif de 2017 consistant à davantage optimiser les flottes régionales demeure non atteint. Le MS pourrait également envisager de former un partenariat public-privé, dans lequel la PCG conserverait la responsabilité de la distribution vers les entrepôts régionaux et les districts, mais externaliserait les distributions du dernier kilomètre (des districts vers les établissements de santé) à des grossistes privés. Entre temps, il est bon que les plans de distribution soient révisés, d'après l'évaluation, deux fois par an. Avec de meilleures données, les révisions apportées au cours de ces examens pourraient refléter et traiter les défis et les opportunités d'amélioration.
- **Améliorer les capacités de transport frigorifique.** Les capacités de transport frigorifique restent une lacune dans le système de distribution guinéen en termes d'actifs physiques (camions frigorifiques, systèmes de surveillance en transit) et de mise en œuvre

universelle des bonnes pratiques. L'achat d'actifs et le renforcement de la formation sont, là encore, des possibilités pour améliorer les capacités dans ce domaine. Le système de distribution parallèle de vaccins offre l'occasion de mobiliser des capacités et des ressources humaines extérieures pour la formation, de manière à orienter les améliorations à apporter aux capacités de transport frigorifique de la PCG, dans le but d'une éventuelle intégration.

- **Logistique inverse.** Le système de distribution actuel n'inclut pas la logistique inverse, ce que les modules de gestion des déchets et d'assurance qualité identifient comme une opportunité d'amélioration de la chaîne d'approvisionnement. Tout d'abord, une décision doit être prise au niveau national sur les pratiques prioritaires en matière de gestion des déchets. Si la collecte centralisée de produits pharmaceutiques inutilisables est choisie comme méthode de mise au rebut, la logistique inverse doit être systématiquement déployée dans le système de distribution (y compris les procédures opérationnelles standard, la formation, les ressources dédiées et la budgétisation).

Enfin, un objectif global à moyen et à long terme doit être d'accroître la réactivité aux commandes, d'augmenter la fréquence de distribution au-delà du trimestre et de remédier aux retards dans les plans de distribution. Les améliorations décrites ci-dessus devraient permettre ensuite des objectifs plus ambitieux en matière de distribution et d'amélioration globale des performances.

Systèmes d'information de gestion logistique

Des données précises et opportunes sont essentielles pour une prise de décisions efficace dans l'ensemble du système de santé publique. Les systèmes d'information de gestion logistique constituent le système d'enregistrement et de rapports (sur support papier ou électronique) utilisé pour regrouper, analyser, valider et afficher des données permettant d'informer les décisions logistiques et de gérer la chaîne d'approvisionnement. Les principaux domaines pris en compte dans l'évaluation des capacités et des performances du SIGL dans la NSCA ont démontré que les outils et les pratiques standardisés du SIGL sont utilisés de manière uniforme dans tout le système. Ils ont aussi révélé des pratiques harmonisées en matière de rapports, des intervalles de rapport réguliers, une surveillance de la qualité des rapports et des performances en matière d'exactitude, d'exhaustivité et d'actualité des données (voir la figure 58).

Figure 58. Exemples de capacités en matière du système d'information de gestion de la logistique analysées

De base	Outils GIGL sur papier Fréquence trimestrielle des rapports Évaluations internes de la qualité des données
Intermédiaire	Outils standardisés sur l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement : intégralité des régions géographiques, programmes de santé et systèmes de santé Outils de SIGL électroniques Fréquence mensuelle des rapports Processus standard d'examen des données du SIGL Internet fiable
Avancé	Fréquence hebdomadaire des rapports Protection antivirus pour les ordinateurs du SIGL électronique
Summum	Fréquence des rapports SIGL quotidienne/en temps réel

L'amélioration du système d'information logistique afin d'optimiser la prise de décisions était déjà identifiée comme un axe stratégique (ou ensemble d'actions prioritaires) dans le plan stratégique 2017. « Sans SIGL efficace et performant, il est peu probable que la chaîne d'approvisionnement puisse être améliorée de manière significative » avait averti le plan stratégique. En 2016, la première évaluation NSCA avait établi les performances en matière de production de rapports des établissements à 64,9 % pour les hôpitaux et les centres de santé (voir la figure 59). À l'époque, les systèmes de notification n'étaient pas intégrés, différents systèmes SIGL fonctionnant pour des programmes verticaux distincts

(VIH/sida, paludisme, santé maternelle et infantile et PNLP). Dans l'ensemble, le programme de lutte contre le paludisme affichait le taux de production de rapports moyen le plus élevé (87,8 % des établissements évalués pour la période de juin à août 2016). Ce constat reflétait probablement le fait que le PNLP présentait la plus grande ancienneté dans l'exploitation d'un SIGL (depuis début 2013) avec des supervisions de routine et une formation continue.

Figure 59. NSCA 2016, performances en matière de production rapports SIGL, sécurité contraceptive et hôpitaux

Taux de production de rapports	65 %
Taux de production de rapports dans les délais	67 %
Exhaustivité des rapports	46 %

Avec le soutien de l'USAID, le ministère de la Santé a mis en place un formulaire unique et harmonisé de rapports SIGL pour tous les PPS, dans 38 districts de la Guinée, ainsi qu'un SIGL électronique pour les hôpitaux et les CMC. Avant ce déploiement, la première NSCA a souligné qu'un appui soutenu des bailleurs de fonds pour SIGL était essentiel pour atteindre l'objectif final du ministère de la Santé : la visibilité des données (et la disponibilité des produits de santé) à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Plus précisément, les bailleurs de fonds devraient partir du principe qu'une transition réussie vers la pleine propriété, la gestion et la responsabilité financière du MS exigerait un horizon à long terme. Même si les professionnels de la chaîne d'approvisionnement ont été formés pendant le déploiement du SIGL, un soutien supplémentaire par le biais de la supervision et d'une formation sur le terrain serait nécessaire pour assurer un suivi et une amélioration continus de la qualité.

L'analyse FFOM/SWOT du plan stratégique 2017[15] portant sur le formulaire SIGL sur papier nouvellement mis en place et du système eSIGL partiellement mis en œuvre a révélé des problèmes de performances en termes d'exactitude, d'exhaustivité et de rapidité. Au niveau des points de prestation de services, l'analyse désignait le manque de responsabilité, la « culture de production de rapports peu développée », le fait que l'activité était considérée comme secondaire et le fait que peu ou pas de personnel était officiellement affecté aux tâches de production de rapports comme étant les causes principales des mauvaises performances historiques. À des niveaux plus élevés du système, l'analyse mettait en évidence le défi que représentait la faible motivation des responsables de district et de région, ainsi que l'insuffisance des cadres d'analyse des données collectées. Dans la mesure où le plan stratégique cherchait à mobiliser les efforts pour améliorer le système SIGL, il proposait les mesures correctives suivantes :

- Examiner chaque trimestre les performances du SIGL
- Mettre en œuvre le plan de déploiement de l'eSIGL
- Fournir à l'UGL des ressources humaines et matérielles pour soutenir le SIGL
- Renforcer les cadres de consultation décentralisés (création d'équipes IMPACT) pour l'analyse des données de la chaîne d'approvisionnement aux niveaux des districts de santé, au niveau régional et au niveau central
- Renforcer les capacités des ressources humaines de la chaîne d'approvisionnement en matière de production de rapports

Résultats de la NSCA 2019

[15] Le SIGL était identifié comme l'une des cinq fonctions transversales contribuant à l'efficacité des chaînes d'approvisionnement.

Les résultats de l'évaluation NSCA de 2019 en matière de capacités et performances du SIGL sont présentés dans les figures 60 à 62. Alors qu'un nombre croissant de capacités SIGL sont mises en place dans tout le pays, les indicateurs de performance s'améliorent mais restent à la traîne, notamment en ce qui concerne l'exactitude des rapports. Les fiches de stock et les documents SIGL sont largement disponibles dans les établissements de santé. Toutefois, les avantages retirés par le système d'approvisionnement du pays restent incertains, car les indicateurs de performance importants demeurent faibles. Les fiches de stock étaient fréquemment et largement inexactes. La diminution des scores de maturité des capacités au fur et à mesure que l'on s'élève dans la chaîne d'approvisionnement reflète en partie les attentes de la NSCA, et donc son évaluation par rapport aux capacités accrues aux niveaux supérieurs du système.

Figure 60. Capacités du SIGL

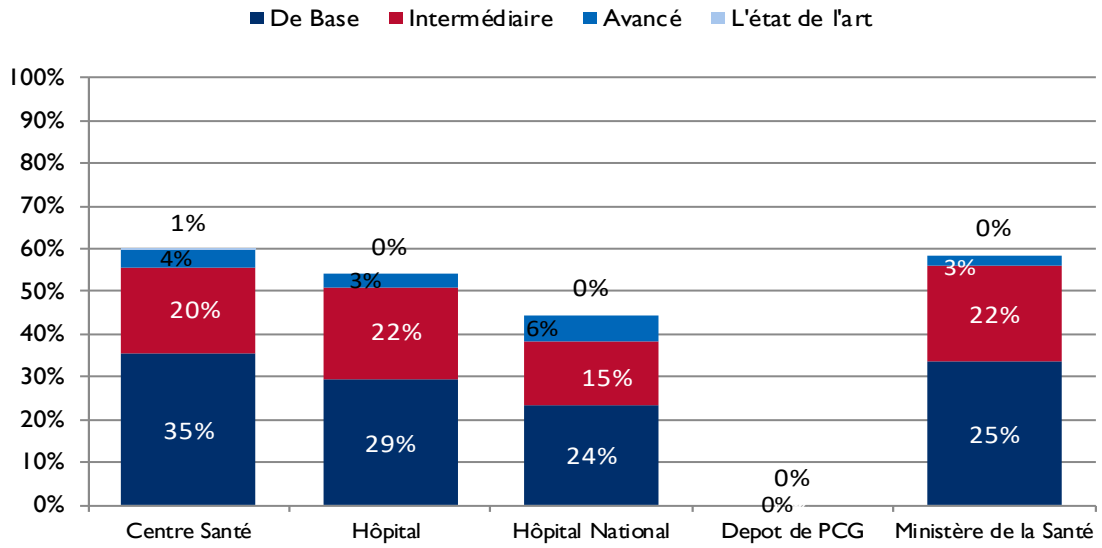


Figure 61. KPI en matière de SIGL, score de maturité et capacités de base en place

		Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts régionaux	PCG
	n =	98	41	3	7	1
Score de maturité global (intervalle)		60 % (0 %–89 %)	54 % (24 %–74 %)	45 % (43 %–46 %)		59 %
Pourcentage d'éléments de base en place (intervalle)		71 % (0 %–100 %)	59 % (19 %–92 %)	47 % (44 %–52 %)		67 %
Fiches de stock/SIGL papier	Exactitude des fiches de stock : pourcentage des établissements à 100 % d'exactitude des fiches de stock, moyenne entre les traceurs	51 %	58 %	28 %	85 %	44 %
	Exactitude des fiches de stock : écart en points de pourcentage par rapport à une précision de 100 % (intervalle pour tous les produits traceurs)	0 %–15 452 %	42 %–30 830 %	22 %–100 %	85 %–2 400 %	0 %–50 %
	Fiches de stock à jour : moyenne des moyennes - établissements déclarant x produits traceurs mis à jour	48 %	75 %	50 %	74 %	100 %
S —	Précisions des enregistrements du SIGL	---	33 %	17 %	35 %	----

	électronique : pourcentage des établissements à 100 % d'exactitude des fiches de stock, moyenne entre les traceurs				
	Précisions des enregistrements du SIGL électronique : écart en points de pourcentage par rapport à une précision de 100 % (intervalle pour tous les produits traceurs)	----	0 %–993 %	0 %–812 %	0 %–1 415 %	----
	Enregistrements du SIGL électronique à jour : moyenne des établissements déclarant être à jour pour 14 produits traceurs*	----	30 %	64 %	65 %	----

*Cet indicateur n'est calculé que pour les produits pour lesquels l'établissement possédait un enregistrement eSIGL à disposition le jour de la visite. Si ce dernier n'était pas disponible, le produit était retiré du dénominateur.

Figure 62. Taux de production de rapports du SIGL pour l'établissement par programme national (rapports trimestriels GHSC-PSM)

		Paludisme	Santé reproductive	Santé maternelle et infantile
1er trimestre de l'année fiscale 2019 (octobre, novembre et décembre 2018)	Pourcentage des établissements ayant envoyé des rapports complets	96 %	89 %	89 %
2ème trimestre de l'année fiscale 2019 (janvier, février et mars 2019)	Pourcentage des établissements ayant envoyé des rapports complets	98 %	97 %	97 %
3ème trimestre de l'année fiscale 2019 (avril, mai et juin 2019)	Pourcentage des établissements ayant envoyé des rapports complets	100 %	96 %	96 %

La figure 63 résume les points forts, les lacunes et les transitions des capacités et performances des SIGL au sein du système de santé guinéen. Au niveau central, le MS, avec le soutien des bailleurs de fonds, est parvenu à standardiser les outils de SIGL et la fréquence des rapports sur toute la chaîne d'approvisionnement (pour l'ensemble des régions géographiques, programmes de santé et systèmes de santé) et à déployer un eSIGL dans les hôpitaux. Plus bas, le score de maturité des capacités du SIGL pour les centres de santé était de 60 %, avec 71 % des capacités de base en place dans les établissements et l'utilisation quasi universelle (97 %) d'un système SIGL sur support papier.

Sur le plan des performances, les taux de production de rapports des SIGL affichent une évolution positive depuis la NSCA de 2016. Au troisième trimestre de l'exercice 2019, 100 % des établissements concernés (453 au total) ont transmis correctement les données du SIGL pour le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Des taux tout aussi élevés ont été signalés par les autres volets du programme au cours des derniers trimestres (voir la figure 63). Les performances en matière de précision restent toutefois préoccupantes. L'indicateur de précision des fiches de stock au niveau des centres de santé n'était que de 51 % (moyenne des fiches de stock présentant une précision de 100 %, sur la moyenne des établissements et des produits traceurs), avec des écarts par rapport à une précision de 100 % allant de 0 à 15 452 %.

Figure 63. Forces, lacunes et transitions

Forces

Outils et fréquence du SIGL normalisés sur toute la chaîne d'approvisionnement : régions géographiques, programmes de santé et systèmes de santé

97 % des centres de santé indiquent utiliser un système SIGL sur papier

90 % des hôpitaux indiquent utiliser un SIGL électronique et sur papier

	Existence de politiques SIGL, avec une diffusion relativement satisfaisante (41 % des centres de santé et 60 % des hôpitaux pouvaient fournir physiquement la SOP) Processus standard d'examen des données du SIGL (88 % des centres de santé et 80 % des hôpitaux) *D'après le module relatif aux ressources humaines (RH) :* La plupart des établissements ont organisé une session de renforcement des capacités spécifiques au SIGL au cours de l'année précédente (85 % des centres de santé et 93 % des hôpitaux)
Lacunes	Les entrepôts et les systèmes de gestion des entrepôts ne sont pas intégrés au système SIGL 31 % des CS et 35 % des hôpitaux ont signalé une rupture des fiches de stock au cours de l'année précédente Plus de 40 % des PPS signalent qu'ils doivent soumettre quatre à six rapports distincts sur la chaîne d'approvisionnement et les produits par cycle *D'après le module relatif aux RH :* La plupart des établissements doivent encore inclure les responsabilités relatives au SIGL et aux rapports dans les descriptifs de poste de certains membres du personnel (seuls 31 % des centres de santé et 44 % des hôpitaux le font actuellement)
Transitions	Un bon nombre de sites déclarent avoir mené des évaluations de la qualité des données (49 % des CS, 41 % des hôpitaux et 33 % des hôpitaux de référence), dont les données sont ensuite largement utilisées et partagées Collecte mensuelle des données : L'actualisation des données est importante pour la prise de décisions stratégiques. À long terme, il sera bon d'augmenter la fréquence des rapports

La disponibilité des outils SIGL et des entrées de processus clés a été soulignée comme étant une autre lacune majeure : 31 % des centres de santé et 35 % des hôpitaux ont signalé une rupture des fiches de stock au cours de l'année précédente. La connectivité Internet constituait une difficulté majeure similaire pour les hôpitaux et les CMC en matière de production de rapports par eSIGL. Seuls 18 % des hôpitaux ont déclaré qu'Internet était toujours ou presque toujours disponible. 21 % ont déclaré qu'Internet était disponible mais était souvent hors service, tandis que la majorité (55 %) ont déclaré qu'Internet n'était tout simplement pas disponible dans leur établissement. À titre d'explication, de nombreux répondants ont indiqué que les employés de l'établissement utilisaient le plus souvent des forfaits de données personnels comme point de contact Internet pour soumettre les rapports SIGL requis. La figure 64 présente les difficultés les plus fréquemment citées en relation avec les systèmes SIGL, que ce soit pour le SIGL sur support papier pour (informateurs des centres de santé) ou pour le SIGL électronique (informateurs des hôpitaux). Le ministère de la Santé a également souligné des problèmes de retours tardifs en provenance des échelons supérieurs, des difficultés d'archivage, une formation ou des RH insuffisantes, un personnel insuffisant, une qualité insuffisante des données ou des erreurs de saisie des données. Signalons une pratique positive qui contribuera certainement à améliorer les performances à l'avenir : le grand nombre d'établissements signalant participer à des évaluations de la qualité des données (voir la figure 65).

Figure 64. Difficultés les plus fréquemment citées en relation avec le SIGL

Centres de santé (SIGL papier)	% des établissements	Hôpitaux (eSIGL)	% des établissements
Rupture du stock d'outils	56 %	Connectivité Internet	92 %
Difficultés d'archivage	38 %	Formation ou RH insuffisantes	50 %
Difficultés dans la récupération des données	37 %	Manque de temps dû à d'autres tâches	37 %
Difficultés dans l'analyse des données	36 %	Difficultés dans la récupération des données	34 %
Qualité des données ou erreurs de saisie des données	28 %	Disponibilité des ordinateurs	32 %
Perte de données	27 %	Qualité des données ou erreurs de saisie des données	32 %
Plusieurs versions des outils au sein du même système	25 %	Lenteur de l'adaptation aux modifications dans les outils	26 %
Lenteur de l'adaptation aux modifications dans les outils	23 %	Personnel insuffisant	26 %
Commentaires tardifs des niveaux	20 %	Difficultés dans l'analyse des données	21 %

supérieurs

Figure 65. Évaluations de la qualité des données	Pourcentage de reporting des établissements :	
	Centres de santé	Hôpitaux
MS	38 %	29 %
Entrepôts régionaux/intermédiaires	16 %	24 %
Autres autorités de district	43 %	24 %
Personnel de cet établissement	75 %	61 %
Autres	9 %	7 %

L'aspect ressources humaines des capacités du SIGL est composite. D'une part, la plupart des établissements ont indiqué que certains membres du personnel avaient participé à une formation sur le SIGL au cours de l'année précédente (85 % des centres de santé et 93 % des hôpitaux). D'un autre côté, autant de répondants ont également indiqué que le SIGL n'avait pas encore été institutionnalisé en tant que responsabilité affectée à un personnel spécifique. Seuls 31 % des centres de santé et 44 % des hôpitaux ont indiqué que le SIGL était officiellement inclus dans les descriptifs de poste de certains membres du personnel.

Enfin, les entrepôts restent actuellement exclus du système SIGL du pays. Le système de gestion d'entrepôt qu'ils utilisent n'est pas intégré, bien qu'il s'agisse d'une potentielle activité future que les bailleurs de fonds pourraient soutenir. Toutefois, les entrepôts régionaux du pays ont obtenu de meilleurs résultats sur le plan de l'exactitude des fiches de stock. Les sept entrepôts évalués ont obtenu un score d'exactitude de 85 % pour les fiches de stock (moyenne des fiches de stock 100 % exactes, par rapport à la moyenne des établissements et des produits traceurs). Une éventuelle future intégration des entrepôts (et de leur système de gestion) dans le système national SIGL faciliterait de nombreuses fonctions avancées de la chaîne d'approvisionnement, notamment la logistique inverse.

Recommandations

L'objectif du plan stratégique d'accroître la fonctionnalité du SIGL (en matière d'exactitude, d'exhaustivité et de rapidité), afin de faciliter la prise de décisions dans l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement, reste une priorité importante en 2019. L'évaluation NSCA de 2019 a révélé qu'un nombre croissant de capacités et de processus clés sont en place dans l'ensemble du système, mais que ceux-ci ne se traduisent pas encore pleinement par des gains de performances du SIGL. Cela reflète en partie une courbe d'apprentissage naturelle pour les nouveaux outils SIGL, prévue par la NSCA de 2016, qui soulignait la nécessité d'une implication durable des bailleurs de fonds dans ce domaine. En d'autres termes, le SIGL représente une opportunité de grandes avancées en termes d'amélioration des performances, dès lors que des investissements ciblés sont réalisés dans le capital humain, les processus et l'infrastructure :

- S'assurer que le processus de production de rapports est formalisé en tant que tâche principale dans le descriptif de poste d'au moins un membre du personnel dans chaque établissement concerné, et que l'exactitude est incluse dans l'évaluation de leurs performances.

- Continuer à investir massivement dans la formation du personnel de santé à tous les niveaux du système.

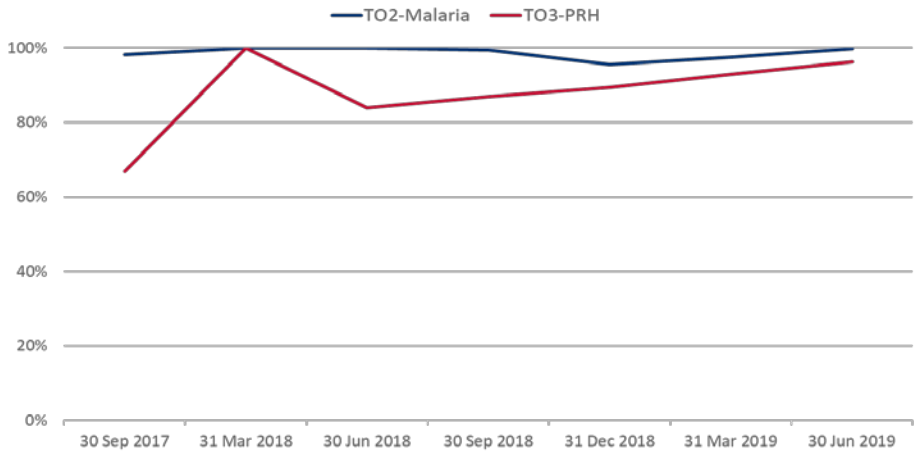
- Affiner l'outil pour le rendre plus accessible et trouver un moyen de financer et de simplifier l'accès durable à l'outil papier.

- Continuer à soutenir les évaluations de la qualité des données, notamment en formant les responsables de district et de région à la mise en œuvre de dispositifs d'évaluation rigoureux, à une supervision d'accompagnement et à la traduction des résultats en recommandations et améliorations ciblées.

- À long terme (après optimisation des capacités actuelles), chercher à augmenter la fréquence des rapports du SIGL (augmenter la maturité des capacités) afin d'améliorer l'accès aux données en temps opportun pour la prise de décisions. L'augmentation de la fréquence des rapports nécessitera toutefois probablement l'extension du SIGL électronique aux établissements de niveau inférieur, et donc un investissement important dans l'infrastructure physique.

Figure complémentaire

Figure 66. Taux de reporting du SIGL (données de rapports trimestriels GHSC-PSM)



Assurance qualité et pharmacovigilance

Garantir que les produits de santé consommés par les patients sont sûrs, efficaces et restent de bonne qualité tout au long de leur parcours dans le système de santé est une fonction essentielle pour une chaîne d'approvisionnement efficace. Cette section de la NSCA vise à assurer la mise en place d'un système doté de ressources suffisantes pour garantir la qualité des médicaments et veiller à ce que les établissements à tous les niveaux comprennent et puissent assumer leur rôle en matière de pharmacovigilance. La figure 67 présente les principales capacités d'une stratégie efficace d'assurance qualité et de pharmacovigilance, notamment l'existence de directives formelles et de procédures opérationnelles standard, de tests de contrôle qualité réguliers et la disponibilité d'outils et de processus de collecte de données pour la pharmacovigilance.

Figure 67. Exemples de capacités en matière d'assurance qualité et de pharmacovigilance évaluées

De base	Stratégie ou politique d'assurance qualité des produits formellement approuvée au niveau national Directives ou manuels/procédures opérationnelles standard formellement approuvés
Intermédiaire	Échantillons des produits pharmaceutiques reçus prélevés pour des tests de contrôle qualité (capacité intermédiaire aux niveaux du MS, des magasins régionaux de fournitures médicales et des hôpitaux régionaux, de niveau avancé pour les PPS) Échantillons de contrôle qualité trimestriels (ou plus fréquents) Outils de collecte des données à disposition pour la pharmacovigilance
Avancé	Service dédié responsable de la mise en œuvre de la stratégie de pharmacovigilance Tous les laboratoires menant des tests de contrôle qualité accrédités par un organisme compétent (p. ex., OMS)

	Procédures opérationnelles standard pour mettre en quarantaine ou rappeler les produits considérés comme étant altérés Certificats d'analyse et de conformité enregistrés pour TOUS les médicaments provenant de sources internationales
Summum	Protocoles d'action, en fonction des données de pharmacovigilance

En 2016, la première NSCA a constaté qu'il existait une structure de gouvernance claire, de nombreuses politiques documentées politique et des directives concernant la pharmacovigilance, mais que la capacité globale et donc la mise en œuvre restaient limitées. Le pays ne possédait pas de centre national de pharmacovigilance mais disposait d'une unité dédiée au sein de la DNPM. Celle-ci permettait de superviser un système de notification des effets indésirables des patients et d'assurer la liaison avec les institutions internationales de pharmacovigilance.[16] En tant qu'autorité de réglementation, cette unité devait superviser la PCG et le système d'approvisionnement dirigé par les bailleurs de fonds, afin de garantir la qualité des achats. Elle était également responsable des activités de pharmacovigilance dans le pays. La politique de pharmacovigilance existait sous des formes diffuses, notamment dans la politique de la DNPM et dans les lois régissant la sécurité médicale. Une directive nationale plus formelle sur la pharmacovigilance existait également. Toutefois, elle n'était pas largement référencée et la date de sa dernière mise à jour n'était pas claire. La NSCA de 2016 a établi l'existence d'un personnel désigné responsable de la sécurité et de la pharmacovigilance. Toutefois, d'une manière générale, une pénurie aiguë de ressources humaines a contribué à la médiocrité des performances à des postes clés, notamment l'enregistrement des médicaments et les autorisations de mise sur le marché, les tests de contrôle qualité, l'inspection des établissements pharmaceutiques, la quantification et la gestion des besoins, la gestion des effets indésirables et des risques liés à l'utilisation de médicaments et les communications connexes.

La conclusion du plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement de 2017 souligne l'importance et l'impact douteux de ces mécanismes formels : l'assurance qualité et le contrôle de la qualité n'étaient en réalité pas institutionnalisés dans la loi, ni opérationnels, à aucun niveau du système de santé. Le plan stratégique concluait que l'assurance qualité n'était pas une priorité dans la mise en œuvre des activités de la chaîne d'approvisionnement, car elle ne recevait aucun financement du gouvernement. L'incapacité à garantir la qualité des produits après l'achat et avant la distribution, ainsi que l'insuffisance de formation du personnel et des équipements de laboratoire ont été identifiées comme des faiblesses majeures.

Pour mesure corrective, le plan stratégique a souligné l'importance de « l'assurance qualité et du contrôle de la qualité » en tant que l'une des six fonctions opérationnelles fondamentales d'une chaîne d'approvisionnement efficace. L'assurance qualité est définie comme l'engagement plus large d'assurer, à tous les points de la chaîne d'approvisionnement, que les produits de santé sont sûrs, efficaces et de bonne qualité. Le contrôle de la qualité est défini comme une activité d'assurance qualité importante, dans laquelle les produits sont échantillonnés et testés à mesure de leur déplacement dans le système pour en garantir la qualité. Le plan stratégique avait défini l'objectif de redynamiser les pratiques d'assurance qualité dans les priorités de la chaîne d'approvisionnement de la Guinée, grâce à la mise en œuvre de plusieurs actions recommandées, notamment :

- Valider et diffuser la politique nationale de contrôle de la qualité
- Soutenir les capacités des laboratoires, notamment en renforçant les capacités du personnel en techniques d'analyse, en achetant du matériel et des consommables opérationnels et en allouant des budgets de fonctionnement

[16] Notons également l'existence d'une commission nationale sur la sécurité des médicaments et d'un sous-comité de pharmacovigilance. Les responsabilités officielles du sous-comité incluaient l'enquête sur les problèmes de prescription, la surveillance de l'utilisation des médicaments après la commercialisation des produits et la communication en cas de risques liés aux produits.

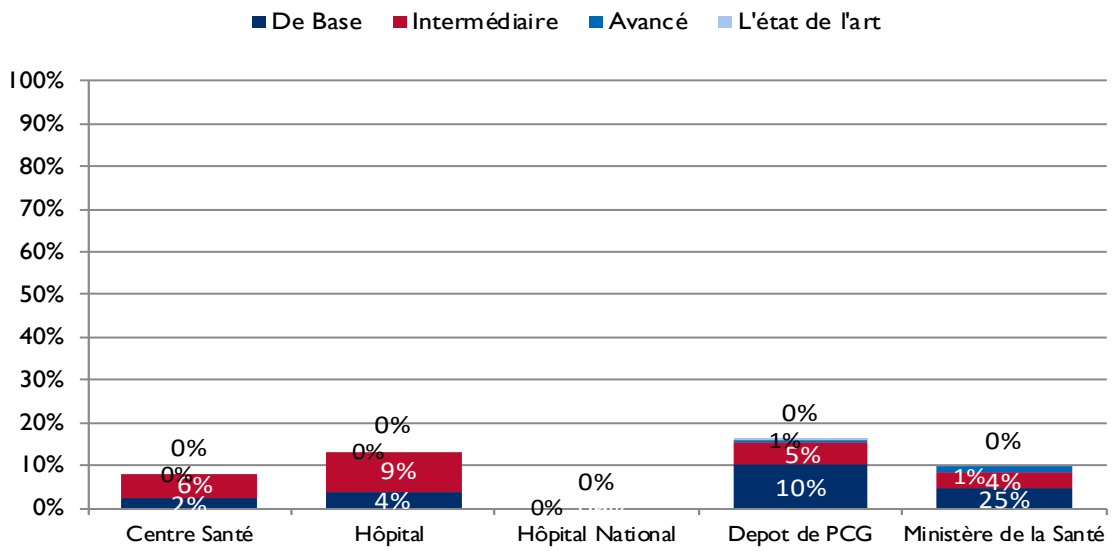
- Renforcer les capacités des structures de santé à maintenir la qualité des produits, notamment en améliorant la capacité de stockage et en formant les pharmaciens aux bonnes pratiques de distribution des médicaments

Dans l'ensemble, l'assurance qualité et la pharmacovigilance sont intégrées à l'objectif du premier axe stratégique, « améliorer la disponibilité de produits de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire », qui inclut « le suivi du plan d'assurance qualité » dans ses actions prioritaires.

Résultats de la NSCA 2019

La NSCA de 2019 a constaté que peu de progrès avaient été accomplis pour clarifier, diffuser, financer ou former aux questions d'assurance qualité et de pharmacovigilance dans le pays. Les réponses aux enquêtes sur les capacités disponibles dans ce domaine technique étaient en grande partie négatives ou contradictoires. La Figure 68 montre les scores de maturité des capacités obtenus pour l'assurance qualité et la pharmacovigilance dans l'ensemble des types d'établissements évalués.

Figure 68. Capacités en matière d'assurance qualité et de pharmacovigilance



Notez qu'il s'agit d'une section de la NSCA relativement courte. Au niveau le plus bas (PPS : centres de santé et hôpitaux), il n'y a que 12 questions. Chaque réponse a donc d'autant plus de poids.

Les politiques nationales et les procédures opérationnelles standard en matière d'assurance qualité et de pharmacovigilance n'ont pas encore été pleinement diffusées, même au niveau central. Les responsables du MS n'ont pas été en mesure de produire une copie d'une stratégie ou d'une politique d'assurance qualité au niveau national, mais ont fourni une copie des directives nationales (qui sont rarement mises à jour). Peu d'établissements pouvaient produire physiquement des procédures opérationnelles standard d'assurance qualité ou de pharmacovigilance, y compris le ministère de la Santé (voir Figure 69).

Figure 69. KPI d'assurance qualité et de pharmacovigilance, score de maturité et capacités de base en place

	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
n =	98	41	3	7	1
Score de maturité global (intervalle)	8 % (0 %–45 %)	13 % (0 %–35 %)	0 % (0 %–0 %)	16 % (16 %–58 %)	10 %
Pourcentage d'éléments de base en place (intervalle)	5 % (0 %–50 %)	8 % (0 %–50 %)	0 % (0 %–0 %)	20 % (0 %–71 %)	9 %

Procédures opérationnelles standard pour l'assurance qualité/le contrôle de la qualité disponibles sur le site	4 %	15 %	0 %	29 %	X
Procédures opérationnelles standard pour la pharmacovigilance disponibles sur le site	15 %	17 %	0 %		X
Des outils de collecte des données de pharmacovigilance existent/sont disponibles sur le site	31 %	59 %	0 %		✓
Les données de pharmacovigilance sont partagées avec les autorités de haut niveau	25 %	34 %	0 %		100 % (international)

Seuls deux établissements évalués (entrepôts basés à Conakry) ont signalé que des échantillons des produits pharmaceutiques étaient prélevés pour des tests de contrôle qualité.[17] Aucun établissement de niveau inférieur n'a, d'après les rapports, organisé des tests de contrôle de la qualité. D'après les déclarations de ces deux entrepôts, les échantillons sont collectés chaque trimestre, mais les laboratoires ne sont pas agréés par un organisme compétent. Malgré des données relatives aux tests de qualité incomplètes, l'évaluation a mis en évidence 10 lots de produits pharmaceutiques testés à l'entrepôt central de la PCG à Conakry. Sur ces 10 lots, 100 % ont réussi les tests d'assurance qualité. Pour la pharmacovigilance, le MS a signalé que oui, des outils de ce type étaient disponibles, mais a tempéré ce point en reconnaissant que ces données ne sont pas collectées de façon systématique auprès des niveaux inférieurs. En effet, 31 % des centres de santé et 59 % des hôpitaux ont signalé que des outils étaient disponibles au niveau du site, et un sous-ensemble de ces établissements a indiqué que les données de pharmacovigilance étaient partagées avec des autorités supérieures. Toutefois, plusieurs participants ont ajouté que le partage de ces données partagées ne semblait servir à rien.

En règle générale, l'appel de 2017 visant à renforcer les actions d'assurance et de contrôle de la qualité dans la chaîne d'approvisionnement reste à concrétiser. Aucun des centres de santé et seulement 5 % des hôpitaux signalent que le QPV est inclus dans le descriptif de poste d'un membre du personnel. Environ la moitié des entrepôts du pays incluait un QPV, à l'instar du MS, bien que celui-ci n'ait pas été en mesure de fournir la documentation relative à l'inclusion officielle de ce dernier dans les descriptifs de postes du personnel. Enfin, le gouvernement ne semble pas avoir consacré de fonds à ce domaine, et peu d'établissements ont déclaré avoir reçu une formation sur des questions d'assurance qualité ou de pharmacovigilance des médicaments au cours de l'année précédente.[18]

Des améliorations plus significatives des capacités de distribution et de stockage contribuent à maintenir (sans toutefois garantir) la qualité des produits au fur et à mesure de leur évolution dans le système. Veuillez consulter les sections correspondantes de ce rapport pour en savoir plus sur les capacités et les performances dans ces domaines. Toutefois, peu de progrès ont été accomplis en ce

[17] Remarque : Les indicateurs de performance sur les tests de qualité excluaient les produits achetés ou donnés par les bailleurs de fonds, qui ont été testés à l'extérieur du pays. GHSC-PSM, le Fonds mondial et les agences des Nations Unies, par exemple, ont tous des protocoles de test de la qualité en dehors du système guinéen.

[18] CS : 34 % ; H : 32 % (assurance qualité des médicaments) ; E : 29 % (pharma), MS X

qui concerne la priorité explicitement accordée à l'assurance qualité et au contrôle de la qualité dans la chaîne d'approvisionnement guinéenne.

Recommandations

Ce rapport concorde avec l'essentiel de l'évaluation du plan stratégique 2017, selon laquelle l'assurance et le contrôle de la qualité constituent un élément fondamental d'une chaîne d'approvisionnement de la santé publique efficace et sûre. Il reste encore beaucoup à faire pour améliorer l'assurance qualité et la pharmacovigilance.

- Leadership et stratégie. Valider, actualiser et diffuser les politiques et les procédures opérationnelles standard nationales de contrôle de la qualité. Clarifier les rôles à tous les points de la chaîne d'approvisionnement et envisager un calendrier raisonnable pour étendre les capacités, les responsabilités et la supervision du contrôle de la qualité aux niveaux inférieurs de la chaîne d'approvisionnement. Envisager la création d'une autorité nationale de réglementation des médicaments.
- Soutenir les capacités des laboratoires. Pour les deux entrepôts qui réalisent des contrôles de la qualité trimestriels, fournir l'accompagnement et le financement requis pour augmenter la fréquence des tests. Attribuer également des responsabilités de supervision à un organisme gouvernemental spécifique afin de garantir des tests performants.
- Institutionnaliser et former le personnel sur le système de signalement en pharmacovigilance afin de s'assurer que les outils correspondants sont largement utilisés et que les données sont systématiquement remontées et révisées. Réciproquement, travailler sur un système permettant de surveiller les actualités internationales sur l'innocuité des médicaments et de communiquer les rapports pertinents aux acteurs locaux.
- Allouer des budgets suffisants aux activités de pharmacovigilance, à tous les niveaux du système.

Figure complémentaire

Figure 70. QPV : Répartition des questions et attribution de poids pour les capacités et niveaux des établissements

	DE BASE (50 %)		INTERMÉDIAIRE (30 %)		AVANCÉ (15 %)		SUMMUM (5 %)	
MODULE	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS
Centres de santé (n = 98)	4	12,5 %	3	10,0 %	4	3,8 %	1	5 %
Hôpitaux (41)	4	12,5 %	3	10,0 %	4	3,8 %	1	5 %
Hôpitaux de référence (3)	5	10,0 %	8	3,8 %	4	3,8 %	1	5 %
Entrepôts (7)	7	7,1 %	9	3,3 %	8	1,9 %	3	1,7 %
MS (1)	11	4,5 %	15	2,0 %	14	1,1 %	3	1,7 %

Gestion des déchets

La gestion des déchets médicaux constitue une activité essentielle d'une chaîne d'approvisionnement de la santé publique efficace. Elle veille à ce que les produits pharmaceutiques utilisés, dangereux ou inutilisables soient efficacement retirés de la chaîne d'approvisionnement et correctement éliminés. Parmi les principaux domaines qui ont été pris en compte dans l'évaluation des capacités et des performances de la gestion des déchets, citons l'existence d'un plan national de gestion des déchets

approuvé, l'existence de procédures opérationnelles standard et de directives pour la gestion des déchets dans tous les établissements, la surveillance active de la gestion et de l'élimination des déchets et la consignation complète des activités relatives à la gestion des déchets (voir Figure 71).

Figure 71. Exemples de capacités évaluées en gestion des déchets

De base	Procédures opérationnelles standard en matière de gestion et d'élimination des déchets Agence ou département national de régulation chargé de l'application des réglementations Produits pharmaceutiques inutilisables stockés séparément Contribution minimale du gouvernement ou du budget de l'établissement à la gestion des déchets
Intermédiaire	Méthodes d'élimination : incinération sur site, inertisation ou solidification Activités d'élimination des déchets autorisées et documentées Audits internes de la gestion des déchets
Avancé	Élimination supervisée et certifiée par un organisme de réglementation Déchets pharmaceutiques inutilisables triés par méthode d'élimination
Summum	Système de gestion des déchets intégré au SIGL

Le plan stratégique 2017 de la chaîne d'approvisionnement de Guinée identifiait la gestion des déchets comme l'une des six fonctions opérationnelles essentielles requises pour un système de chaîne d'approvisionnement de la santé efficace. Dans le même temps, il reconnaît que, jusqu'à présent, « la gestion des déchets et l'obsolescence n'ont pas été incluses dans les activités prioritaires de la chaîne ». En effet, la commission a constaté que la présence de produits périmés sans moyen d'élimination approuvé était « un phénomène croissant et handicapant », qui limitait la capacité de stockage dans tout le système, entre autres effets néfastes.

L'analyse FFOM/SWOT du plan stratégique pour la gestion des déchets a mis en évidence l'élaboration de nouvelles instructions du ministère concernant la destruction des déchets pharmaceutiques en tant que potentiel atout pour l'avenir, en reconnaissant toutefois que ces procédures opérationnelles standard n'avaient pas encore été diffusées et que le personnel devait être formé. De même, le plan stratégique 2017 souligne la force relative apportée par l'infrastructure des incinérateurs existants, mais reconnaît également que le manque de maintenance de ces incinérateurs constitue une faiblesse, qui laisse de nombreux PPS sans moyens opérationnels d'élimination des déchets. L'année précédente, une évaluation NSCA avait révélé que 68 % des hôpitaux et 24 % des centres de santé disposaient d'incinérateurs, mais que 10 % seulement des établissements disposaient de plans de maintenance préventive. Enfin, la NSCA de 2016 a également noté avec préoccupation que plus de la moitié des établissements de santé évalués ne disposaient pas de zones de stockage séparées pour les produits inutilisables, une compétence de base pour une chaîne d'approvisionnement efficace.

Le plan stratégique décrit plusieurs actions spécifiques visant à améliorer la gestion des déchets dans l'ensemble du système, notamment :

- Former les professionnels de la santé aux procédures existantes de gestion des déchets au niveau central
- Inclure la gestion des déchets aux directives de supervision dans le cadre de la surveillance de routine
- Intégrer la logistique inverse au système de distribution et de transport
- Acheter plus d'incinérateurs et assurer un entretien régulier
- Définir les lignes budgétaires pour la gestion des déchets
- Travailler avec les partenaires SIAPS et Catholic Relief Services au lancement d'un exercice national visant à dresser un inventaire des produits périmés

Résultats et analyses de la NSCA 2019

Les Figures 72 et 73 illustrent les résultats de la NSCA de 2019 pour la gestion des déchets dans la chaîne d'approvisionnement de la Guinée. Bien que certaines actions identifiées en 2017 aient été réalisées, la gestion des déchets reste sous-financée et en grande partie un domaine anecdotique des soins de santé guinéens.

Figure 72. Capacités en gestion des déchets

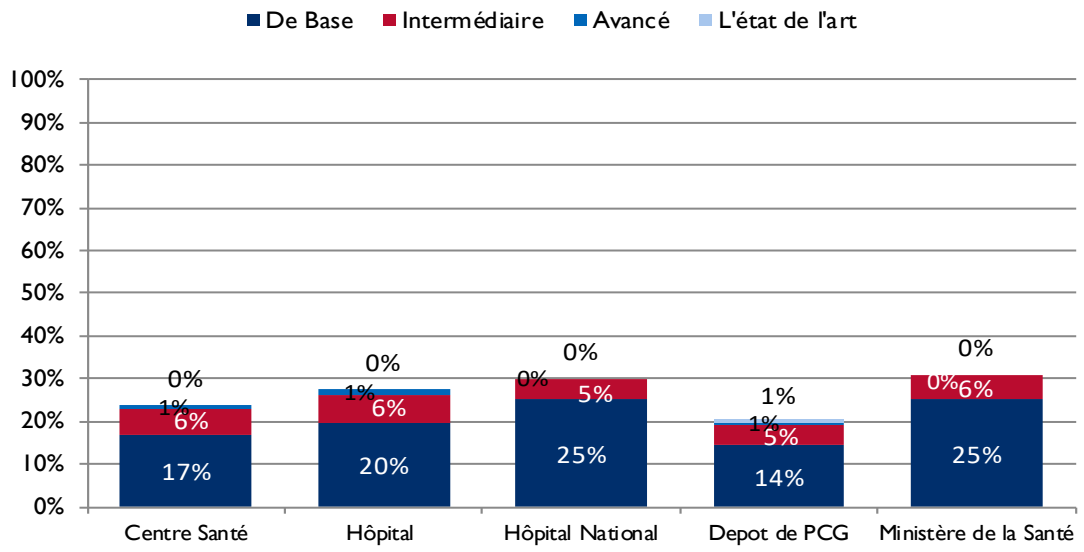


Figure 73. KPI de gestion des déchets, score de maturité et capacités de base en place

	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
n =	98	41	3	7	1
Présence de procédures opérationnelles standard approuvées pour la gestion et l'élimination des déchets	22 %	34 %	33 %	14 %	NON
Produits pharmaceutiques inutilisables stockés séparément	59 %	78 %	67 %	71 %	
Pourcentage des établissements déclarant un incinérateur en tant que stratégie d'élimination des déchets	28 %	39 %	0 %	14 %	
Score de maturité global (intervalle)	24 % (0 % à 56 %)	27 % (0 à 56 %)	30 % (19 à 41 %)	20 % (0 % à 52 %)	21 %
Pourcentage d'éléments de base en place (intervalle)	34 % (0 % à 75 %)	40 % (0 à 75 %)	50 % (25 % à 75 %)	29 % (0 % à 75 %)	30 %

Bien qu'il existe des réglementations nationales en matière de gestion des déchets, ainsi qu'un département chargé de la gestion de leur mise en œuvre, la connaissance, le financement et la mise en place des bonnes pratiques restent insuffisants aux niveaux inférieurs de la chaîne d'approvisionnement. Peu d'établissements de niveau inférieur ont signalé la présence de procédures opérationnelles standard approuvées pour la gestion et l'élimination des déchets : 22 % des centres

de santé, 34 % des hôpitaux, 33 % des hôpitaux de référence et 14 % des entrepôts. Ajoutant à la confusion, les informateurs clés au niveau central ont indiqué qu'il n'existait pas de directives ni de procédures opérationnelles standard pour la gestion et l'élimination des déchets. Il apparaît en tout cas clairement que la gestion des déchets reste absente des priorités et souffre de financements insuffisants au sein de la chaîne d'approvisionnement.

Alors que le plan stratégique insistait sur le rôle que l'incinération jouerait dans la stratégie nationale d'amélioration des pratiques de gestion des déchets, peu d'établissements ont indiqué l'incinération dans leurs méthodes actuelles d'élimination des déchets (voir Figure 74). Au contraire, une majorité de sites ont indiqué que le « transport vers un site ou un entrepôt gouvernemental de niveau supérieur » était le moyen employé pour éliminer les déchets. En 2018, grâce à un financement de l'USAID Guinée, le GHSC-PSM a aidé le ministère de la Santé guinéen à désengorger sa chaîne d'approvisionnement de la santé grâce à un processus sécurisé d'élimination des déchets médicaux et pharmaceutiques inutilisables. En collaboration avec la DNPM et l'Inspection générale du ministère de la Santé, le GHSC-PSM a assuré la collecte, le regroupement et le transport de 153 tonnes de déchets médicaux et pharmaceutiques provenant de plus de 500 établissements de santé. En collaboration avec l'établissement d'incinération, le projet a permis de traiter et d'éliminer les déchets médicaux et pharmaceutiques dans un site d'incinération à haute température approuvé respectant tous les permis et règlements environnementaux applicables. Les 153 tonnes de déchets incinérés comprenaient 147 tonnes de déchets non dangereux et six tonnes de déchets dangereux. L'enlèvement et l'élimination sécurisés de ces déchets ont non seulement libéré environ 1 139 m^3 d'espace de stockage, permettant ainsi aux établissements de santé d'utiliser cet espace pour stocker des produits utilisables, mais a également éliminé le risque que les responsables de pharmacie utilisent par erreur de mauvais produits ou des produits périmés. Ceci marque l'application réussie d'une mesure figurant dans le plan stratégique. Toutefois, comme il n'a pas été envisagé de la reconduire, elle ne permet pas de combler durablement les lacunes en matière de gestion des déchets dans le pays.

Figure 74. Méthodes d'élimination des déchets pharmaceutiques

Quel(le)s moyens ou méthodes sont utilisé(e)s pour traiter et/ou éliminer les déchets pharmaceutiques générés ou stockés sur le site ou dans l'établissement ?	Pourcentage de reporting des établissements :			
	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts
Transport vers un établissement ou un entrepôt gouvernemental de niveau supérieur	72 %	51 %	100 %	57 %
Incinération (sur site) suivie de la mise en décharge des cendres résiduelles	28 %	39 %	0 %	14 %
Mise en décharge des déchets ménagers	30 %	32 %	67 %	14 %
Autoclavage à la vapeur suivi de la mise en décharge des déchets résiduels traités	12 %	10 %	0 %	0 %
Aucune : Aucune élimination des déchets	7 %	12 %	0 %	14 %

Une majorité de centres de santé (66 %) et d'hôpitaux (56 %) ont indiqué que certains membres du personnel avaient suivi une formation sur la gestion des déchets au cours de l'année précédente ; cependant, moins d'un quart (24 %) ont indiqué que la gestion des déchets faisait explicitement partie de la description des tâches du personnel employé[19].[20] Les pratiques de suivi étaient tout aussi

[19] 57 % des entrepôts ont déclaré que la gestion des déchets faisait partie du descriptif de poste de certains employés.

ambiguës. Une majorité de sites ont signalé que des audits des pratiques de gestion des déchets avaient été effectués, bien que l'on ne sache pas exactement qui effectue quel type de suivi. Le ministère de la Santé a indiqué que la gestion des déchets relevait de la compétence de chaque site (suivi sur place uniquement), tandis que plusieurs sites sur le terrain ont également signalé l'existence d'audits internes et externes officiels.

Figure 76. Méthodes d'audit de la gestion des déchets

Méthodes d'audit	Pourcentage de reporting des établissements :				
	Centres de santé	Hôpitaux	Hôpitaux de référence	Entrepôts	MS
Audits externes	21 %	32 %	0 %		X
Audits internes	31 %	46 %	67 %		X
Suivi sur site	55 %	46 %	100 %	29 %	✓
Aucune des réponses ci-dessus ou « Je ne sais pas »	12 %	12 %	0 %	43 %	X

Recommandations

L'une des principales conclusions de la NSCA est la nécessité d'un leadership au niveau central sur le protocole et les pratiques de gestion des déchets. Plus bas dans la chaîne d'approvisionnement, bon nombre des recommandations visant à améliorer la gestion des déchets demeurent celles énoncées à l'origine dans la NSCA 2016 et le plan stratégique 2017 :

- Pour le leadership et la gouvernance, dans un premier temps, il est nécessaire de clarifier davantage l'existence et les spécificités d'un protocole standard national pour la gestion et l'élimination des déchets. Dans ce contexte, une prise de décision stratégique est nécessaire pour déterminer quel sera le principal mode de gestion des déchets à l'avenir. Dans les documents stratégiques antérieurs, l'incinération était présentée comme étant la stratégie de gestion des déchets à adopter. Cependant, après l'activité de collecte centrale de 2018, la plupart des sites semblaient s'attendre à ce que le transport devienne la méthode privilégiée à l'avenir. Bien que l'incinération et la logistique inverse soient toutes deux des méthodes raisonnables de gestion des déchets, une prise de décision claire est nécessaire quant à la communication, au financement et à la formation du personnel, quelle(s) que soi(en)t la ou les méthodes adoptées.
- Clarifier, réviser et diffuser les manuels sur la gestion des déchets.
- Clarifier les rôles et responsabilités en matière de suivi. Mettre en œuvre la recommandation de 2017 préconisant de mettre à contribution les cadres de la DNPM et l'Inspection générale de la santé (IGS), de manière à intégrer les critères de gestion des déchets aux activités de supervision.
- Intégrer les rôles et responsabilités en matière de gestion des déchets aux descriptifs de postes officiels et veiller à ce qu'une formation suffisante soit proposée aux employés.
- Si l'incinération est privilégiée, veiller à l'acquisition et à l'entretien d'un nombre suffisant d'incinérateurs.
- Si la gestion centralisée des déchets est privilégiée, intégrer la logistique inverse des produits pharmaceutiques utilisables au système de transport et de distribution.
- Prévoir des lignes budgétaires pour la gestion des déchets à tous les niveaux du système.

Figure complémentaire

Figure 77. Gestion des déchets : Répartition des questions et attribution de poids pour les capacités et niveaux des établissements

	DE BASE (50 %)		INTERMÉDIAIRE (30 %)		AVANCÉ (15 %)		SUMMUM (5 %)	
MODULE	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS	Nb de Q	POIDS
Centres de santé (n = 98)	48	1,0 %	29	1,0 %	13	1,1 %	7	0,7 %
Hôpitaux (41)	48	1,0 %	**29**	1,0 %	13	1,1 %	7	0,7 %

Hôpitaux de référence (3)	4	12,5 %	10	3,0 %	6	2,5 %	2	2,5 %
Entrepôts (7)	4	12,5 %	10	3,0 %	6	2,5 %	2	2,5 %
MS (1)	10	5 %	5	6,0 %	3	5 %	2	2,5 %

Analyse transversale

Ce rapport examine la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique à travers les différents domaines techniques/fonctionnels qui éclairent et façonnent son fonctionnement. Toutefois, il est également important de porter attention aux tendances dans tous les domaines techniques, mais aussi à un certain niveau du système de santé. Les scores CMM sont présentés par type d'établissement. Les principaux enseignements à tirer d'un point de vue transversal sont les suivants :

- Les hôpitaux nationaux ont systématiquement obtenu des résultats inférieurs à ceux d'autres types d'établissements en Guinée, dans plusieurs domaines techniques. Ces établissements sont censés être les points de prestation de services les plus avancés du système de santé guinéen. À ce titre, ils sont jugés dans la méthodologie de la NSCA selon des normes légèrement plus élevées que les PPS normaux. Dans un système parfait, ces hôpitaux constitueraient la référence par rapport à laquelle les autres établissements seraient mesurés et qu'ils s'efforceraient d'imiter. Cette relation n'existe actuellement pas dans le système de santé guinéen en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement. Comme il s'agit des plus grands établissements et qu'ils sont situés là où se trouve la plus forte concentration de ressources, ils ont la possibilité de servir d'institutions modèles de la chaîne d'approvisionnement, dont les autres établissements du pays pourraient s'inspirer.

- Bien que les politiques et la gouvernance constituent un module à part entière de la NSCA, la nécessité de renforcer la gouvernance est évidente dans tous les domaines techniques examinés dans le présent rapport. Une gouvernance renforcée combinée à une plus grande transparence (dans les calendriers de distribution, les pratiques d'achat, les attentes en matière de gestion des déchets, etc.) s'avérerait très bénéfique pour l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement de la santé.

- Les responsables de la réforme de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique semblent ne pas considérer la pharmacovigilance et la gestion des déchets comme des domaines d'intervention prioritaires. Il a été démontré que ces domaines disposent des capacités les plus faibles à tous les niveaux du système. Les dirigeants doivent s'efforcer de porter davantage attention à ces domaines, afin qu'ils atteignent un niveau de performance de base dans le système.

Figure 78. Scores CMM pour tous les domaines techniques pertinents pour les centres de santé

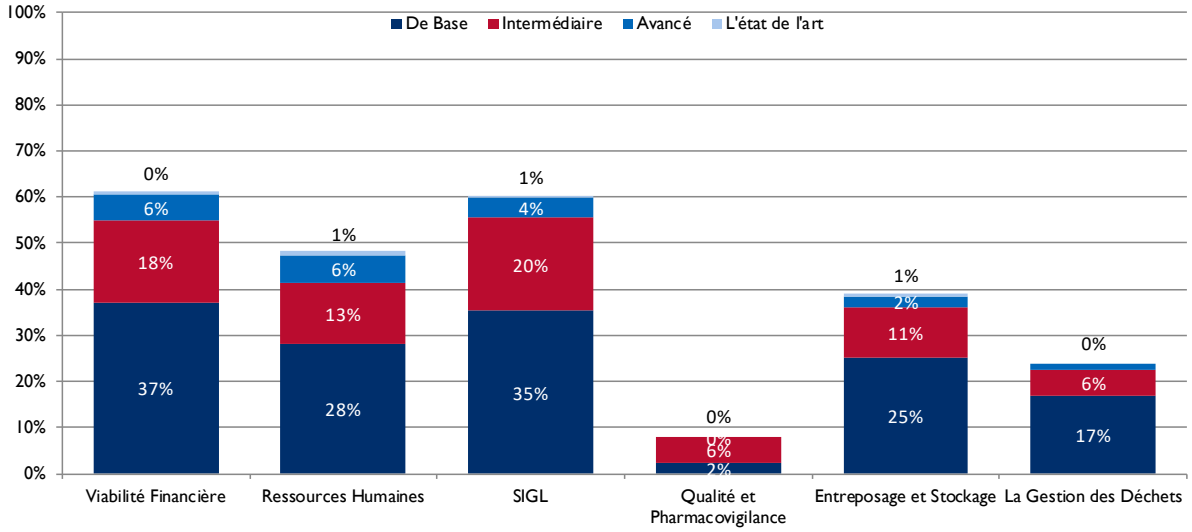


Figure 79. Scores CMM pour tous les domaines techniques pertinents pour les hôpitaux

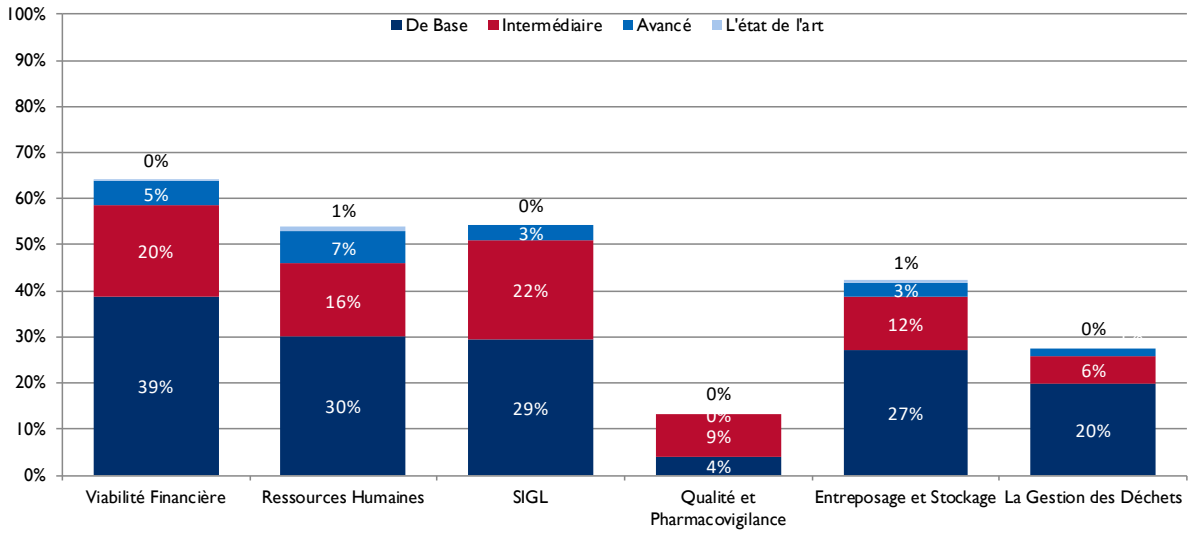


Figure 80. Scores CMM pour tous les domaines techniques pertinents pour les hôpitaux nationaux

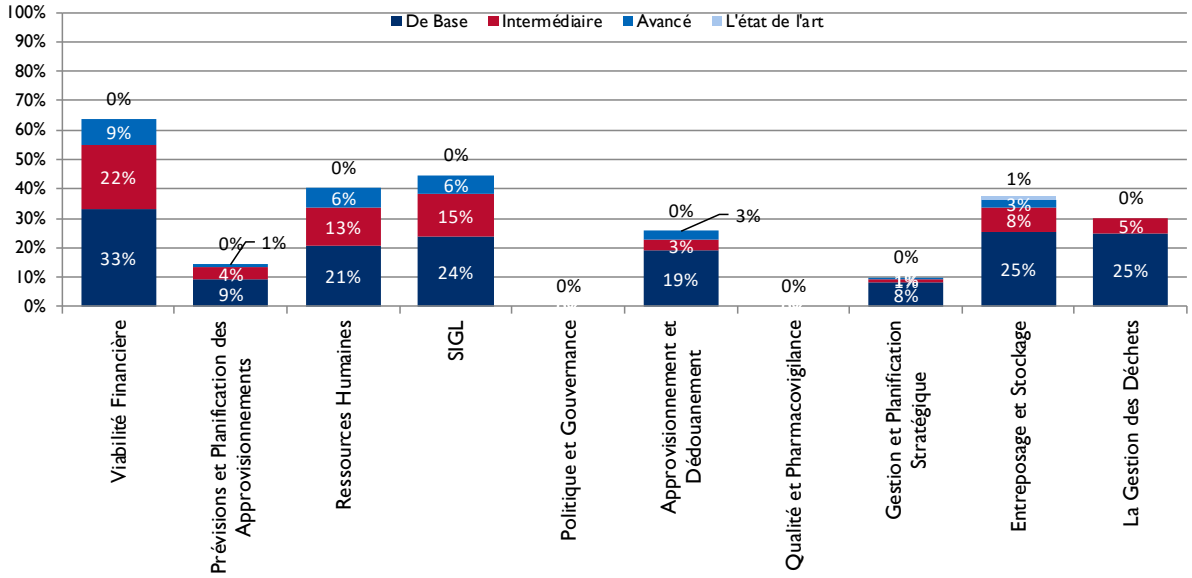


Figure 81. Scores CMM pour tous les domaines techniques pertinents pour les entrepôts

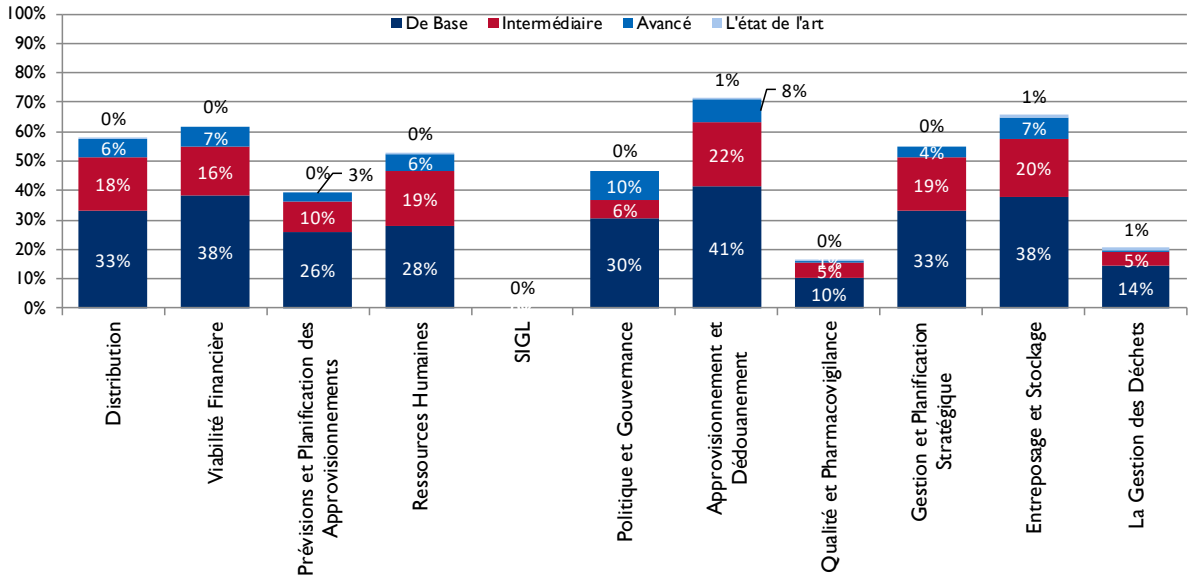
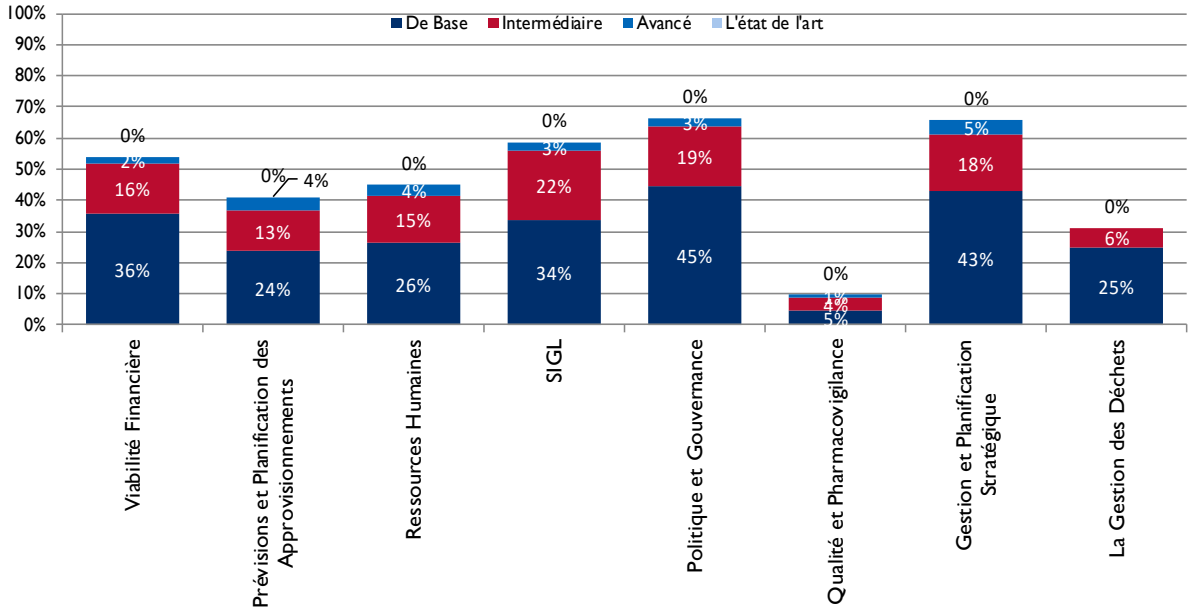


Figure 82. Scores CMM pour tous les domaines techniques pertinents pour le ministère de la Santé



Récapitulatif des recommandations

La méthodologie NSCA produit des recommandations ciblées et réalisables, applicables à toute la chaîne d'approvisionnement. Pour faciliter la coordination de la planification et de l'action, les recommandations de l'ensemble du rapport sont regroupées ici, par domaine technique.

Le plan stratégique 2017 comprenait une analyse FFOM couvrant des secteurs fonctionnels clés d'une chaîne d'approvisionnement efficace, ainsi que de longues listes de mesures prioritaires logiques. L'une des recommandations générales issues de la mise à jour et de la révision du plan stratégique était d'inciter les dirigeants à adopter une approche plus musclée dans l'établissement des priorités d'intervention. Les mesures d'amélioration de la chaîne d'approvisionnement peuvent être classées par ordre de priorité, de trois façons :

- Priorité aux interventions à faible coût/rendement élevé, ou à celles relativement petites, dont la réalisation nécessite un investissement minime en ressources financières ou humaines
- Priorités dans l'ordre chronologique ou actions à prioriser simplement parce que d'autres améliorations en dépendent
- Priorités absolues ou interventions jugées importantes à mettre en œuvre, pour des raisons impérieuses d'éthique ou d'efficacité, indépendamment de la durée ou de la facilité de l'intervention

Pour montrer comment prioriser les interventions, nous indiquons ci-dessous deux recommandations par domaine technique, sur lesquelles l'équipe d'évaluation de la NSCA insiste davantage. La raison motivant ces choix est indiquée entre parenthèses après la recommandation, selon les catégories ci-dessus. Cette liste n'est pas définitive ; il s'agit d'exemples destinés à inciter le ministère de la Santé et le gouvernement de Guinée à exercer leur sens critique et à se montrer inclusifs lors de l'établissement des priorités. D'autres recommandations ciblées sont fournies à la fin de chaque section technique du présent rapport.

Afin de s'assurer que les axes de travail demeurent sur la bonne voie pour la mise en œuvre du plan stratégique national de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique, le gouvernement de Guinée devrait envisager de prioriser les recommandations suivantes :

Gestion et planification stratégiques

- Faciliter une révision et une mise à jour du plan stratégique deux fois par an, afin d'analyser, remettre en cause et repenser les progrès, hypothèses, échéances et priorités, ainsi que les rôles et responsabilités spécifiques identifiés pour tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement. [Priorité dominante]
- S'assurer que le plan et le cadre de suivi des performances de la chaîne d'approvisionnement bénéficient des ressources nécessaires, et que les responsables du suivi sont habilités à agir en fonction des résultats. [Priorité dominante]

Politique et gouvernance

- Mettre à jour les politiques et directives nationales, notamment les STG et la NMP. [Priorité dominante]
- S'assurer que les politiques existantes sont bien mises en œuvre, que les réglementations sont bien suivies et que les institutions de gouvernance sont bien habilitées à corriger les abus, notamment l'habilitation des organismes de réglementation existants, le financement des activités d'inspection pharmaceutique et le renforcement de la mise en œuvre des réglementations découlant de la loi pharmaceutique récemment promulguée. [Priorité dominante]

Ressources humaines

- Élaborer un cadre de compétences pour les employés à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement, y compris de la PCG, intégrer les fonctions appropriées de la chaîne d'approvisionnement aux descriptifs des postes en santé publique et dans les pratiques de supervision de soutien existantes. [Priorité de faible coût/rendement élevé]
- Renforcer le rôle de supervision des Directions Régionales de la Santé (DRS), des Directions Préfectorales de la Santé (DPS) et de l'UGL. [Priorité de faible coût/ rendement élevé]

Viabilité financière

- Clarifier les lignes budgétaires pour les fonctions de la chaîne d'approvisionnement, afin de garantir l'allocation de ressources suffisantes et de mieux suivre les coûts et performances. [Priorité dominante]
- Les établissements de niveau inférieur doivent assurer la mise en œuvre constante des bonnes pratiques en matière de gestion financière et de tenue des registres, et dispenser des conseils budgétaires spécifiques aux fonctions de la chaîne d'approvisionnement. [Priorité de faible coût/rendement élevé]

Prévision et planification des approvisionnements

- Conférer à l'UGL toute autorité sur les processus de prévision et planification des approvisionnements au sein du ministère de la Santé, de manière à standardiser ces processus et à amener toutes les parties prenantes autour de la table (programmes verticaux, PCG, représentants du MS, partenaires de développement, etc.), pour une quantification et une planification efficaces et précises, et mettre en place un cadre de suivi des performances. [Priorité dominante]
- Suivre les recommandations du plan stratégique 2017 et créer un manuel de prévision intégré, de manière à assurer la cohérence et la transparence du processus de prévision pour tous les programmes et parties prenantes. [Priorité de faible coût/rendement élevé]

Approvisionnement et dédouanement

- La PCG constitue une entité compétente et efficace pour les processus d'achat. Le gouvernement de Guinée doit tirer pleinement parti de son protocole d'entente pour permettre des processus d'achat transparents et pouvant faire l'objet d'un audit, dans le cadre d'achats de produits financés par le gouvernement. [Priorité dominante]
- La PCG doit mettre en place un système de suivi pour plusieurs indicateurs clés de performance, afin de garantir les performances de tous les domaines associés aux achats. [Priorité de faible coût/rendement élevé]

Entreposage et stockage

- L'espace de stockage et l'infrastructure manquent toujours dans toutes les installations d'entreposage de la PCG. Le ministère de la Santé doit accélérer les travaux de rénovation des dépôts régionaux existants et la construction planifiée du nouvel entrepôt central dès que possible. Cela sera essentiel pour la résilience à long terme de la chaîne nationale d'approvisionnement de la santé. [Priorité dominante]

- Les points de prestation de services à travers le pays manquent de la moitié des éléments de base nécessaires pour l'entreposage et le stockage. Le ministère de la Santé doit inventorier la capacité de stockage, l'équipement d'entreposage et l'équipement de sécurité pour comprendre les lacunes, établissement par établissement. Ces informations seraient utiles pour préconiser un financement dans le cadre du prochain budget national, afin de s'assurer que les établissements sont correctement équipés. [Priorité dans le temps]

Distribution

- Optimiser (ou sous-traiter) la flotte régionale. La distribution des PCG régionales vers les centres de santé demeure problématique. Les distributions en retard suggèrent que les flottes ne sont pas utilisées de manière optimale. L'objectif de 2017 consistant à davantage optimiser les flottes régionales demeure non atteint. Le MS pourrait également envisager de former un partenariat public-privé, dans lequel la PCG conserverait la responsabilité de la distribution vers les entrepôts régionaux et les districts, mais externaliserait les distributions du dernier kilomètre (des districts vers les établissements de santé) à des grossistes privés. [Priorité dominante]
- Améliorer les systèmes d'information de la distribution. Veiller à ce que le personnel à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement bénéficie de la formation et de la supervision nécessaires pour que la tenue des registres et la gestion des données soient effectuées correctement. De même, l'intégration du système d'information de la distribution au système SIGL national constitue une opportunité d'accroître la visibilité et d'améliorer la prise de décisions pour les plans de distribution. [Priorité dominante]

Système d'information de gestion logistique

- Continuer d'investir massivement dans la formation du personnel de santé à tous les niveaux du système et s'assurer que le processus de reporting est formalisé en tant que tâche principale dans le descriptif de poste d'au moins un membre du personnel de chaque établissement concerné, et que l'exactitude est incluse dans l'évaluation de leurs performances. [Priorité dominante]
- Continuer à soutenir les évaluations de la qualité des données, notamment en formant les responsables de district et de région à la mise en œuvre de dispositifs d'évaluation

rigoureux, à une supervision d'accompagnement et à la traduction des résultats en recommandations et améliorations ciblées, en particulier en ce qui concerne l'accessibilité des formulaires de signalement. [Priorité à faible coût/rendement élevé]

Qualité et pharmacovigilance

- Leadership et stratégie. Valider, actualiser et diffuser les politiques et les procédures opérationnelles standard nationales de contrôle de la qualité. Clarifier les rôles à tous les points de la chaîne d'approvisionnement et envisager un calendrier raisonnable pour étendre les capacités, les responsabilités et la supervision du contrôle de la qualité aux niveaux inférieurs de la chaîne d'approvisionnement. Envisager la création d'une autorité nationale de réglementation des médicaments. [Priorité dans le temps]

- Institutionnaliser et former le personnel sur le système de signalement en pharmacovigilance afin de s'assurer que les outils correspondants sont largement utilisés et que les données sont systématiquement remontées et révisées. Réciproquement, travailler sur un système permettant de surveiller les actualités internationales sur l'innocuité des médicaments et de communiquer les rapports pertinents aux acteurs locaux. [Priorité dominante]

Gestion des déchets

- Clarifier davantage l'existence et les particularités d'un protocole national normalisé pour la gestion et l'élimination des déchets. Au niveau stratégique, déterminer quel sera le principal mode de gestion des déchets à l'avenir. Dans les documents stratégiques antérieurs, l'incinération était présentée comme étant la stratégie de gestion des déchets à adopter ; cependant, après l'activité de collecte centrale de 2018, la plupart des sites semblaient s'attendre à ce que le transport devienne la méthode privilégiée à l'avenir. Bien que l'incinération et la logistique inverse soient toutes deux des méthodes raisonnables de gestion des déchets, une prise de décisions claires est nécessaire quant à la communication, au financement et à la formation du personnel, quelle(s) que soi(en)t la ou les méthodes adoptées. [Priorité dans le temps]

- Clarifier les rôles et responsabilités en matière de suivi. Mettre en œuvre la recommandation de 2017 préconisant de mettre à contribution les cadres de la DNPM et l'IGS pour intégrer les critères de gestion des déchets aux activités de supervision. [Priorité de faible coût/rendement élevé]

Conclusion

La NSCA conclut que la chaîne d'approvisionnement de la santé publique de la Guinée bénéficie d'un très grand nombre de plans stratégiques destinés au système de santé global, ainsi qu'au secteur pharmaceutique et à la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Il s'agit d'un point de départ important pour améliorer les capacités et les performances du système. Toutefois, la prochaine étape importante est la mise en œuvre, qui nécessite à son tour une définition réfléchie des priorités. Le plan stratégique 2017 contient une liste ambitieuse d'interventions prioritaires, mais leur niveau de priorité n'a pas été défini. Les conclusions de la NSCA de 2019 offrent l'occasion d'actualiser la compréhension du contexte de la chaîne d'approvisionnement en santé publique de la Guinée et de réexaminer et restructurer ces priorités.

Au moment de la rédaction du présent rapport, bon nombre des mesures prioritaires du plan stratégique étaient encore insuffisamment mises en œuvre. Bien que certaines de ces mesures prioritaires nécessitent un soutien financier, elles ont plus besoin encore de dirigeants forts et impliqués, prêts à engager les réformes nécessaires. Bon nombre des recommandations énumérées dans la section précédente commencent par un leadership et une gouvernance efficaces. Il s'agit notamment de donner aux unités et institutions existantes (p. ex., l'UGL et la PCG) les ressources et l'autorité nécessaires pour mettre pleinement en œuvre leurs mandats en matière de la chaîne d'approvisionnement, s'occuper des domaines négligés de la gestion de chaîne d'approvisionnement (p. ex., assurance qualité et gestion des déchets) et fournir une orientation nationale et une supervision active. Autant d'éléments permettant d'intégrer les fonctions de la chaîne d'approvisionnement au perfectionnement des ressources humaines de la santé publique au pays et de soutenir lesdites fonctions. Les auteurs de ce rapport sont confiants qu'un engagement renouvelé de la part des dirigeants de la santé publique associé à une gouvernance efficace permettront de mettre en œuvre les réformes appropriées.

L'entreposage et le stockage, les achats et le SIGL sont des secteurs affichant une augmentation considérable de leurs capacités au cours des dernières années. L'acquisition de capacités de base et intermédiaires est un bon point de départ pour atteindre des objectifs plus avancés et investir davantage dans l'avenir. Ces capacités offrent des opportunités d'amélioration rapide des *performances* tout au long de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique en Guinée. L'une des principales conclusions de cette NSCA est que les performances sont généralement inférieures aux capacités dans tous les domaines techniques du système de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique de la Guinée. Il fallait s'y attendre dans une large mesure, étant donné que bon nombre des capacités ont été récemment mises en place. Il est essentiel de continuer à investir dans le renforcement des capacités et la supervision active dans ces domaines, afin d'exploiter le potentiel latent.

Le SIGL est particulièrement important pour améliorer les performances de la chaîne d'approvisionnement. Comme l'indique la NSCA, bon nombre des capacités de base essentielles sont déjà en place en Guinée. Si un réel engagement à consacrer du temps à la formation est pris, on peut s'attendre à une amélioration des performances du SIGL, ce qui, à son tour, peut aider à établir des prévisions, une planification des approvisionnements et des achats plus exacts et, en fin de compte, une distribution plus efficace et plus rapide des produits de santé dans l'ensemble du pays. À l'appui de cet objectif, combler les lacunes fortuites identifiées dans les capacités de base (p. ex., s'assurer de toujours disposer d'un nombre suffisant de fiches de stock dans tous les établissements) contribuerait grandement à améliorer les performances.

En revanche, les domaines de l'assurance de la qualité, des tests et de la gestion des déchets ont été identifiés comme présentant des lacunes persistantes dans la chaîne d'approvisionnement de la santé publique en Guinée. Là où des politiques existent, les stratégies ou le leadership requis pour diffuser ces politiques ou fournir les ressources nécessaires à leur mise en œuvre sont insuffisants. Dans le domaine de la gestion des déchets, l'impact démesuré d'une activité dirigée par un seul bailleur de fonds est préoccupant, car cela souligne l'absence de solutions durables à ce défi fondamental.

Les auteurs de ce rapport sont confiants qu'avec un leadership, des investissements stratégiques dans les ressources financières et humaines et une responsabilisation adéquate des principales parties prenantes, les réformes appropriées pourront être mises en œuvre pour améliorer davantage les capacités et les performances de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique de la Guinée.