

REPUBLIQUE DU BENIN

Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2006-2015



Rédigé et Soumis à la Direction de la Santé Familiale (DSF)
du Ministère de la Santé (MS)

par

Marcel Sagbohan, md, msc., Consultant

Août 2006

(Version Finale)

TABLE DES MATIERES

	Page
Liste des Sigles et Abréviations	3-4
Préambule et Remerciements	5
Résumé de la Stratégie	6-7
1. Introduction	8
1.1. Données Démographiques et socio sanitaires	8
1.2. Données socio économiques	9
1.3. Les capacités actuelles en approvisionnement et gestion des PSR	9
2. Elaboration d'une stratégie de la Sécurisation des Produits de SR au Bénin	10
2.1. Modèle Conceptuel de la Sécurisation des Produits SR	11
2.1.1. Définition des Concepts	11
2.1.2. Approches Stratégiques pour la Sécurisation des PSR et Cycle de la Sécurisation	12-14
3. Analyse du Cycle de Sécurisation des Produits SR au Bénin	15-16
4. La Stratégie pour la Sécurisation des Produits de SR au Bénin	17
4.1. Définition	17
4.2. Vision du Bénin à l'horizon 2015	17
4.3. Mission et Buts de la Stratégie	17
4.4. Les Produits SR à sécuriser	17-22
4.5. Les axes stratégiques pour la sécurisation des PSR au Bénin	23
4.5.1. Engagement Politique et Coordination	23-28
4.5.2. Financement Intégré, Sécurisé et progressivement autonome	29-38
4.5.3. Approvisionnement de PSR de qualité maîtrisé et sécurisé, et gestion performante des PSR	39-43
4.5.4. Offre Intégrée des services de SR de qualité 7 jours sur 7 pour satisfaire une demande accrue	43-46
5. Mise en œuvre de la Stratégie de la Sécurisation des Produits de SR	47
5.1. Phase de lancement	47
5.2. Phase de Renforcement des Capacitations Opérationnelles	47
5.3. Phase de Maîtrise de la Gestion de la Sécurisation des PSR et Prestation de Services SR de Qualité	48
5.4. Phase de Renforcement et de Pérennisation de la Stratégie de la Sécurisation des PSR	48
6. Les outils nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie de sécurisation des PSR	48
7. Chronogramme de mise en œuvre de la stratégie nationale de sécurisation des produits de SR	49-50
 Bibliographie	 51-52
 Annexe 1 : Termes de Référence de la Consultation	
Annexe 2 : Liste Nationale des Produits de Santé de la Reproduction Prioritaires	
Annexe 3 : Consommation des Contraceptifs par Partenaire	
Annexe 4 : Analyse des coûts par produit contraceptif	
Annexe 5 : Démarche d'estimation des besoins en Contraceptifs	
Annexe 6 : Modèles de Kits d'Urgence	
Annexe 7 : Liste des participants à l'atelier de validation du document de Stratégie Nationale de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2006-2015	

SPARHCS	Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security (<i>Approche Stratégique pour la Sécurité des produits de Santé de la Reproduction</i>)
SPSR	Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction
SR	Santé de la Reproduction
SRMMN	Stratégie de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale
SSF	Services de Santé Familiale
TETU	Tri Evaluation Traitement d'Urgence
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africain
UNFPA	United Nation Funds for Population Activities
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
USMS,	Unité Spéciale chargée de la Mise en œuvre de la stratégie de RMMN
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
ZS	Zone Sanitaire
WHO	World Health Organization « Organisation Mondiale de la Santé »

PREAMBULE

La Stratégie de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (PSR) proposée dans ce document couvre la période 2006-2015, et est conçue comme un « outil » de mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale. Elle porte sur les contraceptifs, les concentrateurs d'oxygène, les solutés, le sang, les consommables médicaux et matériels médico techniques de première nécessité. Elle a comme porte d'entrée les produits contraceptifs qui ont fait, au Bénin, l'objet de plusieurs études et propositions relatives à la sécurisation de leur financement et approvisionnement. De plus, il semble actuellement se dégager un consensus entre les partenaires sur la coordination de leurs appuis financiers destinés aux contraceptifs, et en 2005, le gouvernement du Bénin a alloué une somme de 50.000.000 Fcfa pour l'achat des contraceptifs.

Nous avons, fort de ces acquis, fait le choix d'utiliser le financement des produits contraceptifs comme le « carburant » devant alimenter le fonctionnement de la stratégie de sécurisation des produits SR et conduire le MS à une autonomie financière à la fin de la période 2006-2010.

Autrement dit, la stratégie de sécurisation des PSR 2006-2015, bien que couvrant les quatre catégories de PSR cités plus haut, mettra l'accent en priorité, pendant la période 2006-2010, sur la sécurisation du financement et de l'approvisionnement des contraceptifs. Concomitamment, une démarche de sécurisation des Concentrateurs d'Oxygène sera initiée par le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'OMS et des autres partenaires. Cette initiative sera renforcée par l'amorce d'une collaboration active entre la Direction de la Santé Familiale (DSF) responsable de la Sécurisation des PSR, la Direction des Explorations Diagnostiques et de la Transfusion Sanguine (DEDTS) qui assure déjà la sécurisation de la transfusion sanguine, et la CAME ayant la responsabilité de la sécurisation des solutés (sérum glucosé, sérum salé, sérum bicarbonaté etc.), médicaments essentiels et autres consommables médicaux. Le but de cette collaboration est d'assurer, à travers des échanges périodiques d'information à jour, le suivi du Financement et de l'Approvisionnement de ces catégories de produits prioritaires et d'urgence afin qu'ils soient absolument disponibles à tout moment dans les formations sanitaires offrant le SOUC. La mise en place de ce processus sera calquée sur celle de la Stratégie de Réduction de la MMN dans les mêmes Hôpitaux.

A partir de 2011 et ce jusqu'en 2015, la stratégie nationale de sécurisation des PSR, sur la base des acquis des cinq dernières années, cherchera à étendre le mécanisme de l'autonomie financière aux Concentrateurs d'Oxygène, à la transfusion sanguine, aux solutés, aux consommables médicaux et matériels médico techniques de première nécessité. Ce mécanisme sera suffisamment souple pour permettre à la CAME et à la DEDTS de conserver et d'exercer pleinement leurs prérogatives dans la gestion de l'approvisionnement des solutés et du sang. Si cette opération est concluante, d'autres PSR tels que les CTA, les anti rétro viraux VIH/SIDA, les moustiquaires, et autres produits de spécialités utilisés dans les hôpitaux seront progressivement intégrés en fonction de la vigueur financière de la stratégie de sécurisation des PSR. Les besoins en solutés et en transfusion sanguine du pays estimés en quantités et en coûts pour la période 2006-2015 sont présentés dans ce document à titre de tableau de bord pour la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et la Direction des Explorations Diagnostiques et de la Transfusion Sanguine (DEDTS).

Résumé de la Stratégie

Afin d'assurer une disponibilité permanente des produits pharmaceutiques, consommables médicaux et matériels médico techniques requis pour réduire significativement la mortalité maternelle et néonatale, le Ministère de la Santé a décidé de se doter d'une stratégie nationale de sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (PSR).

La stratégie de sécurisation développée dans ce document a pour base conceptuelle et analytique le SPARCHS et le cycle de sécurisation des PSR. Elle vise à sécuriser le financement et l'approvisionnement de ces produits.

Cinq catégories de PSR ont été sélectionnées, pour être sécurisées par la présente stratégie 2006-2015, à partir de leur niveau actuel de sécurisation (disponibilité du financement, et régularité de l'approvisionnement) et leur importance dans la fourniture de services et soins SR. Ce sont : (1) les contraceptifs, (2) les concentrateurs d'oxygène, (3) les solutés [*sérum glucosé, sérum salé, sérum bicarbonaté, lactate sodium*], (4) le sang, (5) les consommables médicaux et matériels médico techniques de première nécessité.

L'analyse de la situation actuelle, a permis d'identifier quatre (4) axes stratégiques selon lesquels des actions pertinentes et concertées doivent être menées pour sécuriser les PSR au Bénin. Ce sont :

- **La volonté politique et la coordination** dont les actions stratégiques sont : la mise en place de structures de mise en œuvre, de suivi et de coordination de la Stratégie de RMMN/ Ces structures auront la responsabilité de gérer la mise en œuvre de la Stratégie de Sécurisation des PSR concomitamment à la Stratégie de RMMN; l'élaboration d'une liste officielle et restreinte de PSR à sécuriser ; l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de pérennisation de la sécurisation des PSR ; le plaidoyer et le dialogue politique auprès du gouvernement, du parlement et des partenaires pour créer et maintenir dans le budget de l'état une ligne spécifiquement destinée à la sécurisation des PSR.
- **Le financement intégré et sécurisé conduisant à une autonomie financière** dont les actions stratégiques sont : l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de financement des contraceptifs couvrant la période 2006-2010 avec pour objectif l'atteinte de l'autonomie financière en 2010; l'élaboration et la dissémination de normes et procédures de gestion des ressources financières mobilisées pour sécuriser les PSR ; l'harmonisation des mécanismes de financement entre les partenaires ; le renforcement des mécanismes de recouvrement des coûts.
- **L'approvisionnement sécurisé de PSR de qualité et à bas prix par une seule structure nationale** : les actions stratégiques prévues à cet effet sont : le parrainage de la CAME pour accéder à des prix négociés auprès des fabricants internationaux ; l'informatisation du système d'information et de gestion de la logistique avec le PIPELINE et le « Supply Chain Manager », et la formation du personnel de santé à son utilisation à tous les paliers de la pyramide sanitaire ; la conception et l'opérationnalisation d'un circuit intégré de distribution des PSR.
- **L'offre intégrée des services et PSR 7 jours sur 7 pour satisfaire une demande accrue** dont les actions stratégiques sont : le renforcement des interventions de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) et de Services à Base Communautaire (SBC) ; l'élaboration et l'exécution d'un plan de marketing des PSR ; l'institutionnalisation de l'offre intégrée des services de SR ; la mise en place de réseau d'amélioration continue des services SR.

L'ensemble de ces axes stratégiques, leurs objectifs spécifiques, les activités à mettre en œuvre, les indicateurs de suivi et de performance et les conditions critiques de réalisation sont présentés dans le cadre logique de la stratégie de sécurisation des PSR à l'annexe 3.

Le plan de financement, élément fondamental de la stratégie de sécurisation, ne prend en compte que les contraceptifs pour la période 2006-2010. Il est surtout bâti sur l'accroissement progressif des fonds alloués par le budget national et celui des fonds du recouvrement des coûts couplé à un appui financier dégressif des partenaires conduisant à une autonomie à l'horizon 2010. Ce plan prévoit, concomitamment à ce mécanisme, des actions pour l'intégration progressive de la sécurisation du financement des autres catégories de PSR.

La stratégie de sécurisation des produits SR sera mise en œuvre en quatre (4) phases :

- Phase de lancement avec dix (10) étapes d'une durée approximative de 12 mois
- Phase de renforcement des capacités comportant également dix (10) étapes pour une durée de 24 mois
- Phase de maîtrise de la gestion de la sécurisation des PSR et de prestation de services SR de qualité avec huit (8) étapes pour une durée estimée à 24 mois
- Phase de renforcement des acquis et de pérennisation qui commence après l'évaluation à mi-parcours de la stratégie de sécurisation en 2010 et prend fin en 2015 avec l'évaluation finale de la stratégie. Elle comprend trois (3) étapes.

1. Introduction¹

De nombreux pays dont le Bénin sont confrontés à un défi : répondre aux besoins croissants en contraceptifs dont les préservatifs, et autres Produits essentiels de Santé de la Reproduction (PSR). Cette difficulté a tout d'abord été mise en lumière par les estimations révélant un manque d'argent pour ces produits. Souvent, le problème est cependant non seulement financier mais aussi lié aux dysfonctionnements et à la vulnérabilité de nombreux sous systèmes du système de santé dont la Planification et Coordination, la prestation de services de santé, la logistique et l'approvisionnement, la formation et la supervision formative, l'information sanitaire, le monitoring et l'évaluation. Ces derniers doivent non seulement fonctionner correctement et en coordination les uns avec les autres, mais aussi avoir la faculté de s'adapter aux changements pour faire en sorte que les PSR soient à la disposition de la population.

Résumé de la situation de la Santé de la Reproduction (SR) au Bénin

1.1. Données Démographiques et socio sanitaires²

Le Bénin compte 6,77 millions d'habitants avec un taux d'accroissement annuel moyen de 3,25 % entre 1992 et 2002. La population urbaine est passée de 36% en 1992 à 38,9% en 2002 (Recensement Général de la Population et de l'Habitation de février 2002 -RGPH3).

La population est structurellement jeune en raison des niveaux élevés de mortalité et de fécondité. Les moins de 15 ans représentent 46,8 % de la population totale. La mortalité maternelle reste élevée, avec un taux de 474,4 décès maternels pour cent mille naissances vivantes selon le RGPH3 de 2002. La mortalité infantile demeure aussi élevée même si elle a enregistré une baisse passant de 98,6 p. 1000 en 1992 à 93,9 p.1000 en 1996 puis à 90 p. 1000 en 2002 (dont 92 p. 1000 en milieu rural et 83 p. 1000 en milieu urbain). La mortalité infanto juvénile a suivi la même tendance, passant de 167,1 pour mille en 1992 à 146,4 pour mille en 2002. La mortalité néo-natale stagne autour de 38 pour mille entre 1996 et 2001.

L'indice synthétique de fécondité présente une tendance à la baisse, passant de 6,3 enfants par femme en 1996 à 5,53 en 2002, avec de grandes disparités régionales et selon le niveau d'instruction de la femme. La fécondité est très précoce au Bénin. Selon l'EDSB2 (2001), avec un taux de fécondité de 109 pour mille, environ un tiers des adolescentes (32,2 %) ont déjà un enfant à 19 ans et les adolescentes contribuent à 21% de la fécondité du moment. L'âge au premier rapport sexuel est souvent précoce : 16% des filles et 24% des garçons âgés de 15-19 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

L'offre de services de santé reste limitée. En 2005, seulement la moitié des 34 des zones sanitaires sont opérationnelles, et le tiers des 465 centres communaux de santé (CCS) publics ne remplissent pas les normes de fonctionnement. D'une façon générale, l'offre des services SR n'est pas de qualité. Le secteur privé contribue de manière significative à l'offre de service de santé, essentiellement en milieu urbain. L'intégration des composantes de la Santé de la Reproduction (SR) est complète pour la santé de la mère (PF, maternité à moindre risque), la prévention des IST et du VIH, l'IE/CCC, la vaccination. Elle demeure incomplète pour le développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la prise en charge des fistules obstétricales, les soins après avortement (SAA) et les services de SR des jeunes et adolescents. L'utilisation des services de SR est variable selon les composantes de la SR. La prévalence contraceptive a peu augmenté, passant de 3% en 1996 à 7% pour les méthodes modernes en 2001 (11,8% à Cotonou, 9% dans les autres villes et 5,8% en milieu rural). Elle devrait actuellement approcher 10%. En effet, une enquête CAP réalisée en 2005 par PROSAF a trouvé pour le Borgou Alibori un taux de

¹ SPARHCS « Approche stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction » page 1, 2004.

² Country Program Action Plan 2004-2008, version finale, UNFPA, édition mars 2004 ; Programme National de Santé de la Reproduction 2003-2008, MS – UNFPA - USAID, Juin 2002.
Stratégie de Sécurisation des Produits SR 2006-2015, DSF/MS, Bénin, Août 2006

12,1%. Le VIH/SIDA connaît une évolution rapide avec un taux de séroprévalence évaluée à 4,1% en 2001 contre seulement 0,3% en 1990, et des pics en milieu rural et chez les professionnelles du sexe.

1.2. Données socio économiques

Le taux de croissance économique réel au Bénin qui s'est amélioré sur la période 1996-2001 avec une moyenne de 5,3% a amorcé un recul à partir de 2002. L'inflation est de 3,6% et le phénomène de pauvreté persiste (29,6% de la population totale vit en dessous du seuil de pauvreté) et s'aggrave en milieu rural (33% en milieu rural, 23% en milieu urbain). L'admission du Bénin à l'initiative PPTTE en juillet 2000 lui permet de renforcer l'accès aux services sociaux de base. Les politiques et les stratégies globales et sectorielles (DEPOLIPO, NLTPS, DSRP, santé/SR, éducation, promotion de la femme) visent notamment aux horizons 2015, la réduction de l'incidence de la pauvreté extrême à 15%, la réduction de la mortalité maternelle à 390 pour 100.000 naissances vivantes et infantile à 50 pour mille, la scolarisation primaire universelle et l'élimination des disparités entre sexes.

1.3. Les capacités actuelles en approvisionnement et gestion des Produits de Santé de la Reproduction (PSR)³

La DSF du MS avec l'appui de UNFPA, OMS, UNICE, et de l'USAID /DELIVER a mené pendant une décennie, des actions vigoureuses pour renforcer les capacités nationales en approvisionnement et gestion des PSR. En 2003, le Fonds Mondial à travers le PNUD s'est joint au processus dans le cadre de la lutte contre le Paludisme, le VIH/SIDA et la Tuberculose.

Le Système d'Information et de Gestion Logistique se caractérise par une faible communication entre les différents paliers de la pyramide sanitaire et les données collectées ne sont pas analysées systématiquement pour la prise de décisions. Au plan de la segmentation du marché des contraceptifs, en 2004, PSI a été le plus grand distributeur de pilule (49%), d'injectable (51.9%) et de condom (96.8%). L'ABPF a été le premier distributeur de DIU (82.5%) et le MS a émergé dans la distribution du Norplant (68.2%) et du spermicide gel (83.7%), la contribution des grossistes privés restant marginale.

Le Recouvrement de coûts reste l'un des principaux mécanismes de financement. Les produits contraceptifs sont cédés aux clients à des tarifs subventionnés. Au niveau du secteur public, les contraceptifs sont intégrés au système de recouvrement des coûts géré par les formations sanitaires. Ainsi, 20% des fonds collectés à partir des contraceptifs sont cédés aux centres de santé publiques pour leur fonctionnement et les 80% restants sont versés dans un compte bancaire. Les dispositions sont prises par le MS pour qu'une partie de ces fonds soit utilisée pour le réapprovisionnement en produits contraceptifs. La gestion peu transparente des fonds retenus par les formations sanitaires n'a pas permis à ces structures de soins d'acquérir leur autonomie en renouvellement de stocks.

Les efforts déployés ont abouti à ce jour à des résultats mitigés. En effet, les besoins en PSR demeurent mal estimés et par conséquent peu couverts. Cette situation a amené toutes les parties prenantes à réaliser en 2001 une estimation des besoins en contraceptifs pour les années 2002-2006⁴. Au même moment, les arrangements entre partenaires ont abouti à un consensus pour un système de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SPSR) intégrant les produits contraceptifs dans le circuit de distribution des

³ Termes de référence du Consultant chargé de l'élaboration de la Stratégie Nationale de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction, DSF/MS, décembre 2005.

⁴ Selon cette estimation, les besoins du secteur public pour l'année 2006 sont : Pilule 242.923 cycles, Injectable 102.914 ampoules, Condom masculin 102.914 unités, DIU 6.505 unités, Norplant 9.436 jeux, Spermicide 390.560 comprimés.

médicaments essentiels au niveau de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME). A cet effet, la DSF a reçu le mandat de (i) conduire le processus d'intégration à terme en 12 mois à travers notamment l'adoption de nouveaux tarifs, la dotation d'un lot de démarrage de quatre mois aux formations sanitaires publiques, le transfert des stocks de la DSF à la CAME, la gestion et la distribution des produits contraceptifs par la CAME, (ii) constituer et distribuer des kits de médicaments essentiels pour les urgences obstétricales aux formations sanitaires par la CAME, et (iii) mettre en place un comité technique de suivi et de coordination. Jusqu'en 2005, les résultats attendus n'étaient pas au rendez-vous⁵.

2. Elaboration d'une Stratégie de la Sécurisation des Produits SR au Bénin

Problématique de la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction

Au Bénin, le taux de mortalité maternelle a stagné à un niveau élevé entre 1992 et 2002, et aucun indice ne permet d'envisager une baisse entre 2003 et 2006, alors qu'au même moment on note une baisse significative du taux de mortalité infantile. Ce décalage serait la preuve que les deux problèmes n'auraient pas reçu la même attention (*cf. Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, Mars 2006*). La conclusion qui s'impose est que les activités qui conduisent à la réduction de la mortalité maternelle n'auraient pas produit les résultats escomptés. En effet, la mesure des six indicateurs de processus des Nations Unies révèle un tableau peu réjouissant:

- Le Bénin dispose de peu de formations sanitaires offrant réellement les SOU.
- Le déficit est surtout préoccupant pour les formations sanitaires offrant les SOU de base : 1,4 au lieu de 4 pour 500.000 habitants.
- Tous les indicateurs d'utilisation des SOU sont au dessous du niveau minimal acceptable : 12,6% au lieu de 15% pour la proportion de naissances survenant dans les établissements de SOU ; 22,9% contre 100% pour les besoins satisfaits en services de soins obstétricaux d'urgence, et 2,6% au lieu de 5% au moins pour le nombre de césariennes rapporté au nombre total nombre total de naissances au sein de la population.
- Le taux de létalité obstétricale indiquant la qualité des SOU offerts est de 3,5% au lieu d'être inférieur 1%.

Ces résultats sont la preuve que les actions mises en place par le MS avec l'appui des partenaires, pour contenir et réduire la mortalité maternelle, n'ont réellement abouti aux effets escomptés. L'une des raisons serait l'absence d'une vision et d'un objectif communs, clairs et fédérateurs indispensables à la création d'une synergie entre les différentes interventions en cours. Heureusement, cette lacune vient d'être comblée avec l'élaboration du Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale. L'un des éléments fondateur de cette stratégie est la disponibilité permanente des SOUB et des SOUC. Les intrants essentiels à cette exigence, en dehors des ressources humaines qualifiées et le matériel médico technique lourds y compris les véhicules de transfert, sont les Produits de Santé de la Reproduction. Ces derniers pour être efficacement utilisés dans les multiples processus des SOU et participer à la prestation de services et soins selon des protocoles et procédures standardisés, doivent être absolument sécurisés. C'est la seule condition pour que les PSR soient disponibles et prêts à être utilisés à tout moment. Jusqu'à ce jour, les efforts consentis par le MS et les partenaires manquent de fil conducteur et d'une orientation claire, pour les années à venir, afin d'éviter les dramatiques ruptures de stocks à tous les niveaux qui sont devenus malheureusement la « Norme ».

⁵ Les progrès réalisés résident notamment dans (i) l'emmagasinage des produits contraceptifs à la CAME et (ii) la formation du personnel de la CAME sur la gestion de la logistique contraceptive.

Sécuriser les PSR suppose, dans ces conditions que la disponibilité de produits de qualité est garantie et qu'ils sont utilisés d'une manière telle que leurs effets sont optimisés pour assurer les résultats escomptés. De ce point de vue, la sécurisation des PSR constitue l'un des piliers de la Stratégie Nationale de RMMN. Elle doit être élaborée et mise en œuvre comme un « Intrans » et un outil devant faciliter l'opérationnalisation de la Stratégie Nationale de RMMN.

A cet effet, une revue critique des listes de produits SR et VIH SIDA et équipements pour réduire la Mortalité Maternelle et Néonatale existant au niveau national et international a été réalisée pour sélectionner ceux qui sont les plus pertinents et adéquats au système des services de SR au Bénin⁶.

Une stratégie pour la sécurisation des PSR pour le Bénin ne sera pertinente que si elle se fonde sur les problèmes identifiés suite à une analyse rigoureuse de chaque maillon du cycle actuel de sécurisation des PSR avec des propositions de solutions concrètes. Elle devra de plus s'appuyer sur une revue des études et évaluations faites dans ce domaine. A ce sujet, le plan national d'approvisionnement en contraceptifs élaborés par DELIVER en 2005 revêt une importance particulière. Les hypothèses et estimations quantitatives qui y sont proposées seront réévaluées aux fins d'une projection sur les 10 ans à venir (Quantité, Coûts, Contribution de chaque partenaire compris le MS). Enfin, l'apport financier du Gouvernement (50.000.000 Fcfa) devra être sécurisé et accru.

2.1. Modèle Conceptuel de la Sécurisation des Produits SR

2.1.1. Définition des Concepts

Santé de la Reproduction⁷ (SR) : Il faut entendre par « services de santé en matière de reproduction », l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine ... En résumé au Bénin, la notion de santé de la reproduction est identique à celle de la Santé Familiale (SF). Les volets et composants retenus par le Bénin sont :

- Santé de la femme comprenant la mortalité maternelle, les pratiques traditionnelles néfastes, l'état nutritionnel de la femme, la prise en charge gynécologique de la femme (*IST et Cancers*)
- Santé de l'enfant qui regroupe la mortalité des enfants de 0 à 5 ans, la consultation des enfants sains, les informations relatives aux maladies courantes de l'enfant (*Paludisme, Diarrhées, IRAs, Maladies Nutritionnelles, Insuffisance Pondérale, Retard de Croissance ou Malnutrition Chronique, Avitaminose A, Allaitement*), Vaccination contre les maladies du PEV.
- Santé des adolescents et de jeunes dont la fécondité et mortalité maternelle chez les adolescents et jeunes, Avortements provoqués, IST/VIH/SIDA
- Santé de l'homme qui prend en compte la Stérilité et l'Infécondité chez l'homme, les Cancers et dysfonctionnement génitaux chez l'homme.
- Composante communes dont la Planification Familiale, la lutte contre les IST/VIH/SIDA
- Composantes connexes et le programme d'appui.

Produits de la Santé de la Reproduction (PSR)

Dans ce document, PSR regroupe l'ensemble des (i) produits pharmaceutiques « MEG, Médicaments de Spécialité et Contraceptifs », (ii) consommables médicaux, (iii) matériels et fournitures essentiels tels que les kits (GEU, Césarienne, SONU, Réanimation), l'Oxygène, le sang ... (iv) les vaccins. Les produits et matériels d'exploration diagnostique et de Radiographie ne sont pas inclus.

⁶ Le concept de Produits de Santé de la Reproduction, et une liste nationale de PSR ne sont pas encore validés au plan national.

⁷ Ministère de la Santé, Direction de la Santé Familiale : Programme National de Santé de la Reproduction 2003-2008, USAID / UNFPA, Cotonou Juin 2000.

Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (SPSR)

La SPSR est l'ensemble des actions, structures et normes et procédures mises en place pour rendre les produits SR de qualité disponibles et accessibles.

La SPSR est assurée lorsque chacun peut choisir, se procurer et utiliser les produits de santé de la reproduction de son choix⁸.

La SPSR est une stratégie mondiale élaborée par l'UNFPA et ses partenaires qui vise entre autres l'accès universel aux services de SR d'ici 2015 préconisé dans le Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement. Cet objectif ne peut être atteint qu'à travers un approvisionnement fiable en produits de SR de qualité ; la pénurie des produits dans les pays en développement et particulièrement au Bénin pouvant avoir de graves conséquences sur la santé et la vie des populations.

2.1.2. Approche Stratégique pour la Sécurisation des PSR et Cycle de la Sécurisation

La sécurisation des PSR au Bénin est analysée à partir du cycle de la sécurisation des PSR (cf. figure no1 page 13) qui définit et organise entre elles les étapes critiques à réaliser pour sécuriser les PSR. Ces étapes critiques sont :

(i) La sécurisation des sources de financement, (ii) les procédures d'achat, (iii) la livraison et réception des produits, (iv) la Distribution des produits / Gestion des stocks et supports, (v) la prestation des services, (vi) la transmission des rapports et réquisitions, (vii) la collecte des données, (viii) l'estimation des besoins, (ix) la Mobilisation des ressources.

Les insuffisances ou déficiences notées suite à l'analyse de chacune des étapes critiques sus citées sont prises en compte pour identifier les principaux axes stratégiques selon lesquels seront développés et mis en œuvre la stratégie pour la sécurisation des PSR.

La stratégie s'est aussi beaucoup inspirée de l'Approche Stratégique pour la Sécurité des Produits de Santé de la Reproduction (« SPARHCS » en anglais). Cette approche préconise des paramètres opérationnels⁹ à explorer tels que :

Contexte comprenant les politiques et les réglementations nationales qui pèsent sur la capacité des programmes à protéger et à livrer les PSR. Existence-ils des barrières inutiles relatives aux personnes ou entités qui peuvent fournir les produits et services SR ? Existence-ils des barrières inutiles pour les bénéficiaires ? Quelles sont les politiques qui affectent les capacités du secteur privé ? Quelles sont les politiques et recommandations en matière de prestation des services qui assurent que les prestataires ont la capacité de fournir les produits SR ? Quelles sont les autres priorités avec lesquelles la PF et la SR doivent rentrer en concurrence pour l'obtention des fonds ?

Demande et Utilisation par le client (*Les caractéristiques de l'utilisation actuelle des produits SR, les caractéristiques des utilisateurs actuels, les caractéristiques des besoins non satisfaits, les capacités physiques et économiques des clients qui désirent utiliser*)

Engagement Politique envers la Sécurité des PSR s'exprimant concrètement par l'élaboration de politique « valeurs, normes et directives » en la matière, la manifestation d'un leadership avéré

⁸ SPARHCS « Approche stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction; Un outil pour l'évaluation, la planification et la mise en œuvre; « encadré page1 », 2004.

⁹ SPARHCS « Approche stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction; Un outil pour l'évaluation, la planification et la mise en œuvre; « encadré pages 1-1; 2004 »

par la mobilisation et la coordination des ONGs/ Partenaires, l'existence d'une ligne budgétaire différenciée pour la Sécurisation des PSR au sein du budget de la santé, et en prenant des responsabilités de plus en plus importantes dans la mise en œuvre de la stratégie de sécurisation des PSR.

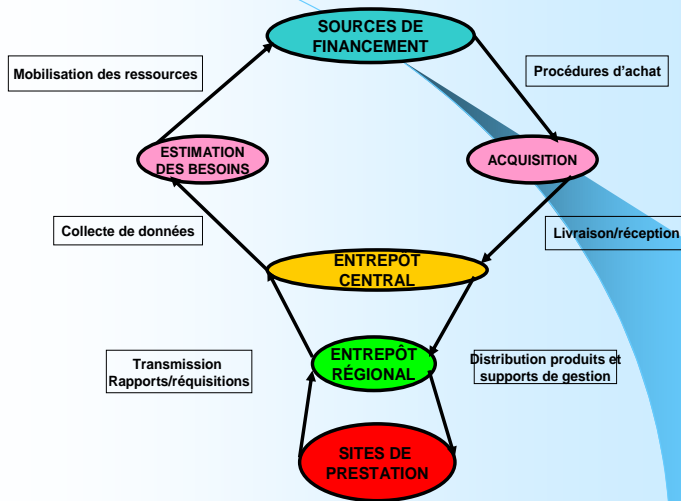
Capital : Assurer la disponibilité des ressources financières en (i) recensant les sources potentielles de financement des PSR, (ii) identifiant les sources de financement fiables et parmi elles lesquelles sont susceptibles d'accroître les fonds alloués annuellement aux PSR dans les 5 à 10 ans à venir, (iii) assurant le suivi et la transparence dans l'utilisation des fonds publics, (iv) promouvant la mise en place de mécanisme de recouvrement des coûts sur la cession des PSR.

Capacité : Apprécier le niveau de compétence des prestataires, l'adéquation des installations – des équipements et produits pour fournir des services de qualité en PF et SR. Préciser les rôles des fournisseurs pour surmonter les obstacles à l'accès et l'utilisation des PSR. Evaluer le fonctionnement des filières d'approvisionnement à partir des normes en vigueur dans le domaine.

Prévisions : S'assurer qu'elles sont continuellement actualisées sur la base de données récentes. Vérifier si les programmes gouvernementaux et ONG sont capables d'assurer un approvisionnement efficace et transparent c'est-à-dire : acquisition au bon moment de produits de meilleure qualité et au prix le plus bas. Ces programmes sont ils capables de respecter les procédures pour répondre aux appels d'offres internationaux ? Sont ils capables de sélectionner les produits appropriés ?

Coordination : Concerne la collaboration et la planification commune des actions entre les acteurs nationaux et internationaux. Elle permet d'éviter la répétition superflue d'activités et facilite l'échange d'information entre programmes. Il faudra vérifier dans quelle mesure le gouvernement joue son rôle pivot dans la coordination. S'assurer de l'atteinte des résultats attendus de cette coordination (*Financement coordonné des besoins des différents programmes ; division plus rationnelle et plus viable du marché des contraceptifs*).

CYCLE DE SECURISATION DES PRODUITS DE SR



Collecte des données

Des interviews individuelles et de groupe, ainsi que l'analyse de documents pertinents ont été réalisées en prenant comme repères les paramètres opérationnels du SPARHCS et les étapes critiques du Cycle de la Sécurisation des PSR. Cet exercice a permis d'identifier à chaque niveau, avec les principaux acteurs et à travers les études et évaluations précédentes sur le sujet, les problèmes liés à la sécurisation des PSR, en quels termes ils se posent et d'explorer pour chaque niveau les pistes de solutions.

Les problèmes identifiés à l'issue de cette analyse sont synthétisés dans le tableau no1 *pages 14-15* assortis des facteurs explicatifs et des conditions critiques pour leur résolution ou amélioration.

3. Analyse du Cycle de Sécurisation des Produits SR au Bénin

Tableau no1 : Les problèmes liés à la sécurisation des PSR au Bénin et leurs facteurs explicatifs			
Etapes / Maillons	Problèmes identifiés	Facteurs explicatifs	Conditions Critiques pour une amélioration
Sources de Financement	<p>Les sources de financement sont diverses, non coordonnées et entraînent parfois des duplications. Les financements ne permettent pas de couvrir tous les besoins du pays. Les besoins de financement ne sont pas bien maîtrisés. La gestion par les acteurs nationaux des fonds mobilisés n'est pas transparente.</p>	<p>Absence d'un plan national intégré de mobilisation des ressources financières.</p> <p>Absence de Structures de Gestion, de Coordination et de Suivi clairement définies avec des mandats précis.</p> <p>Les actions de sécurisation des PSR ne sont pas intégrées aux actions de réduction de la MMN.</p>	<p>Consensus avec les principaux acteurs et agences sur les structures de Gestion, de Coordination et de suivi de la réduction de la MMN.</p> <p>Accord sur le plan de mobilisation des ressources financières. Accord sur les responsabilités et apport de chaque acteur.</p>
Procédures d'achat	<p>Uniquement maîtrisées par les agences internationales (UNFPA, USAID, IPPF etc.).</p> <p>Les structures nationales publiques et privées sont peu impliquées en dehors de l'expression des besoins quantifiés.</p>	<p>Aucune structure nationale d'approvisionnement n'a directement accès à la plate forme d'achat des PRS comme les agences internationales (UNFPA/USAID/IPPF).</p> <p>Absence de convention officielle entre le Gouvernement du Bénin et les agences internationales pour appuyer et renforcer les capacités des structures nationales d'approvisionnement à accéder aux fabricants internationaux de PSR.</p>	<p>Les agences acceptent de parrainer la structure nationale dans les négociations internationales sur les PRIX DES PSR.</p> <p>La structure d'approvisionnement nationale accepte de suivre les procédures internationales des agences.</p>
Livraison et Réception	<p>Peu contrôlées par les structures nationales publiques et privées. Souvent réalisées par les partenaires qui financent les commandes</p>	<p>La crédibilité et les compétences des structures nationales d'approvisionnement ne sont pas encore reconnues. Les normes et procédures qui existent en la matière ne sont pas appliquées par les structures nationales.</p>	<p>Les partenaires fournissent l'appui technique et financier nécessaire.</p>
Distribution des Produits / Gestion des stocks et supports	<p>Multiplicité des circuits de distribution (chaque acteur a son circuit de distribution qui fonctionne selon ses règles propres). Aucun circuit n'est réellement suivi ni contrôlé par la DSF et la Direction des Pharmacies. Les normes et procédures de Gestion de stocks des PSR sont peu ou pas respectées. La Gestion des stocks est empirique.</p>	<p>Il n'existe pas un circuit national commun qui régleme et normalise la distribution des PRS au Bénin.</p> <p>Les normes et procédures de gestion de stocks sont obsolètes et ne sont pas disséminées.</p> <p>Beaucoup d'agents responsables de la gestion ne sont pas formés à l'utilisation des supports qui sont souvent mal remplis.</p>	<p>Les partenaires fournissent l'appui technique et financier nécessaire pour régleme et rationaliser la gestion des stocks et la distribution des PSR.</p>
Prestation des services	<p>Les services fournis ne sont pas de qualité et ne couvrent pas les besoins des populations.</p>	<p>Les normes et protocoles révisés de SSF ne sont pas disséminés dans toutes les formations sanitaires du Bénin.</p> <p>Les normes et procédures de supervision formative ne sont pas mises à jour et disséminées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</p> <p>Il n'existe pas un Plan de Suivi de la Performance des prestataires dans les</p>	<p>Les partenaires fournissent l'appui technique et financier nécessaire.</p> <p>La DSF, les autres Directions Techniques, les programmes du MS et les DDS se dotent d'un tableau de bord commun pour suivre la performance des prestataires dans les ZS.</p>

Tableau no1 : Les problèmes liés à la sécurisation des PSR au Bénin et leurs facteurs explicatifs			
Etapes / Maillons	Problèmes identifiés	Facteurs explicatifs	Conditions Critiques pour une amélioration
		ZS. Les DDS et les MCZS ne disposent pas d'un outil simple d'Evaluation Rapide de la Performance des Prestataires (ERPA).	
Transmission Rapports et Réquisitions	La complétude et la promptitude des rapports d'activités et statistiques des structures nationale publiques et privées sont faibles. Leur taux de recouvrement est aussi faible.	Les données sur la Gestion des PSR ne sont pas informatisées dans toutes les zones sanitaires et toutes les communes disposant de l'électricité. Il n'existe pas de normes et procédures de contrôle de la qualité des données relative à la gestion des PSR.	Le MS exerce le leadership nécessaire et demande des comptes aux Directeurs Centraux, Coordonnateurs de Programmes et DDS lors des réunions techniques semestrielles et annuelles. Le budget national fournit les ressources financières requises.
Collecte des données	Les données sur la consommation des PSR ne sont pas fiables. De plus, les supports de collecte des données varient d'un partenaire à l'autre. Les statistiques existant aux différents paliers ne sont pas concordantes.	Il n'existe ni au niveau des DDS, ni au niveau central un mécanisme efficace de revue, mise à jour et harmonisation des statistiques sur la Gestion des PSR.	Les partenaires fournissent l'appui technique et financier nécessaire.
Estimation des besoins	Il est difficile d'avoir une estimation correcte des besoins en PSR, basées sur les quantités consommées à chaque palier de la pyramide sanitaire. Les besoins sont estimés à chaque niveau de manière empirique et manuelle. Les estimations aux niveaux départemental et zone sanitaire ne semblent suivre aucune norme et procédure précises.	Les normes et procédures d'estimation des besoins ne sont pas disséminées au niveau intermédiaire et périphérique. Les agents de santé ne sont pas formés à leur utilisation. Absence d'une mise en commun des consommations par tous les fournisseurs localité par localité. Les DDS et Zones Sanitaires ne disposent pas d'un logiciel de gestion des données sur la logistique PSR et d'estimation des besoins en PSR. Il n'existe pas un mécanisme de suivi semestriel de la performance des ZS.	Les partenaires fournissent l'appui technique et financier nécessaire.
Mobilisation des Ressources	La mobilisation des ressources est aléatoire et très peu coordonnée. Les requêtes pour financement ne respectent pas parfois les procédures des bailleurs et leur parviennent souvent en retard.	Les structures nationales publiques et privées ne disposent pas d'un plan commun de mobilisation des ressources. Il n'existe pas de normes et procédures de sollicitation de financement pour couvrir les besoins des DDS et ZS en PSR.	Le MS assure le leadership pour la mobilisation des ressources financières. La DSF dispose d'un tableau de bord pour le suivi de la mobilisation des ressources financières.

Il ressort de ce tableau que la réalisation de chaque étape du cycle de sécurisation est confrontée à des difficultés/contraintes qu'il faudra lever ou amoindrir pour prétendre à une sécurisation des PSR. De plus, en dehors des paramètres classiques de la sécurisation tels que la Volonté Politique, le Partenariat et la coordination, le financement, l'Approvisionnement et la Distribution, le tableau d'analyse révèle d'autres préoccupations majeures à prendre en compte dans la stratégie de sécurisation des PSR. Ces préoccupations sont :

- La Qualité des prestations de services et soins SR
- La complétude et la fiabilité des statistiques sur la gestion des PSR et la transmission des rapports

4. La Stratégie pour la Sécurisation des Produits de SR au Bénin

4.1. Définition

La Stratégie pour la sécurisation des PSR désigne un ensemble de faisceaux d'actions réalisables qui concourent à assurer au pays (i) un approvisionnement fiable continu en PSR de qualité soutenu par un financement sécurisé, (ii) des prestations de services de qualité à partir de ces produits, et (iii) une utilisation optimale des PRS et/ou services par les bénéficiaires.

Dans ce document, ces faisceaux d'actions sont appelés Axes Stratégiques pour la Sécurisation des PSR.

4.2. Vision du Bénin à l'horizon 2015

Au Bénin, « plus aucune femme ne moura en donnant la vie et tout enfant naîtra vivant, bien portant et ne moura pas » parce que les Produits de Santé de la Reproduction y sont sécurisés, leur financement et approvisionnement pérennisés, leur gestion transparente et efficiente permettant la fourniture aux populations des services et soins de SR de qualité.

4.3. Mission et Buts de la Stratégie

La stratégie nationale pour la sécurisation des PSR développée dans ce document doit être perçue comme un ensemble cohérent d'actions et de ressources au service de la mise en œuvre et de la réussite de la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale. *On ne peut espérer une réduction de la mortalité maternelle et néonatale sans produits de SR sécurisés.* A cet effet, les buts visés par la stratégie de sécurisation des PSR sont :

- 1- Sécuriser un financement adéquat et pérenne (pour couvrir les besoins du pays en PSR) à travers une coordination efficace et une utilisation transparente de l'appui budgétaire de l'Etat, des financements des partenaires, et des fonds générés par un système de recouvrement des coûts performant.
- 2- Garantir au pays un approvisionnement fiable en produits de SR de qualité et à faible coût qui couvrent en permanence les besoins des populations, lesquels sont estimés à partir de données fiables sur une gestion informatisée de la logistique des PSR.
- 3- Veiller à une gestion de qualité et transparente des stocks de PSR aux lieux de leur utilisation en s'assurant que les PSR servent réellement d'intrants à des processus et procédures de prestations normalisés qui aboutissent à la fourniture de soins de qualité à la satisfaction des populations.

4.4. Les Produits de SR à sécuriser

Les produits SR regroupent une gamme variée de médicaments, des contraceptifs, de consommables médicaux et matériels médico techniques. Depuis 1991 des progrès ont été réalisés en matière de sécurisation de certaines catégories de PSR tels que les Médicaments Essentiels Génériques, les condoms, l'alcool, Coton et autres. Le Fonds Mondial, à partir de 2002, fournit un appui significatif au MS pour la

Stratégie de Sécurisation des Produits SR 2006-2015, DSF/MS, Bénin, Août 2006

sécurisation des antipaludéens particulièrement les CTA et les Moustiquaires, les antituberculeux, les anti rétro viraux, les kits de dépistage et le matériel de suivi sérologique. Dans ces conditions, il était donc nécessaire de déterminer le niveau actuel de sécurisation des PSR afin d'identifier les PSR prioritaires (non encore sécurisés ou peu sécurisés) sur lesquels la stratégie nationale de sécurisation concentrera ses actions et les ressources qui seront mobilisées. Ces PSR prioritaires devront par ailleurs être en adéquation avec ceux ciblés dans la stratégie nationale de RMMN. A cet effet, les PSR ont été distingués en trois catégories sur le continuum de la sécurisation [sécurisation bonne (SB); sécurisation moyenne (SM); sécurisation faible ou nulle (SF) à partir des paramètres décrits dans le chapitre sur le modèle conceptuel de la sécurisation des PSR.

La revue des documents pertinents¹⁰ croisée avec les suggestions des experts (gynécologues, pharmaciens, gestionnaires de programmes/projets santé, spécialistes de Santé de la Reproduction) rencontrés a permis de retenir une première liste de 127 PSR. Ces PSR ont été revus à la hausse et portés à 155 après l'atelier de validation de la stratégie de Sécurisation des PSR. La nouvelle liste retenue est présentée à l'annexe 2). Cette liste a été analysée avec la grille « SB – SM- SF ». Les constats généraux sont :

- **Les produits contraceptifs et les matériels y afférents** ont une sécurité moyenne car les sources d'approvisionnement sont multiples et non coordonnées, les financements sont aussi multiples mais dépendent de l'extérieur, et la distribution n'est pas encore partout bien structurée.
- **Les Médicaments Essentiels** utilisés dans les centres de santé et les structures privées et dans les Hôpitaux de Zone ont une sécurisation bonne du fait d'un approvisionnement et une distribution bien structurés et gérés par la CAME et les Zones Sanitaires.
- **Le Jadell et son kit d'insertion retrait, les produits CTA contre le paludisme, les anti rétroviraux et leurs combinaisons ainsi que les kits pour les tests, l'oxygène et les sachets de sang et dérivés** (en dehors des hôpitaux national et départementaux) ont une sécurité faible car trop chers et sont fortement subventionnés par l'Etat et les partenaires. Leur approvisionnement dépend des financements extérieurs, les quantités disponibles sont largement inférieures aux besoins et leur circuit de distribution est en cours de structuration.
- **Les produits de spécialité, matériels médico techniques de prise en charge des urgences et de réanimation** utilisés dans les hôpitaux de référence ont une sécurité qui varie de faible à moyenne. Ils font partie de intrants systématisés des hôpitaux, leur approvisionnement est assuré, pour une bonne part, sur les recettes des hôpitaux. De plus, il existe une stratégie Kits (exemple Kit SONU, Kit GATPA etc.) actuellement mise en œuvre par la DSF et financée par les partenaires, et dont le renouvellement sera assuré par les hôpitaux.
- **Les solutés tels que le Sérum Glucosé, le Sérum Salé, le Sérum bicarbonaté et le Lactate Sodium** sont largement utilisés dans toutes les unités de soins depuis l'hôpital national universitaire jusqu'au centre de santé d'arrondissement. Leur financement et approvisionnement sont maîtrisés et théoriquement sécurisés par la CAME. Cependant, compte tenu de leur importance et leur utilisation systématique lors des prestations de soins de SR, et du fait qu'ils font partie des produits prioritaires de la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2006-2015)¹¹, les solutés méritent une attention particulière.

¹⁰ “Draft discussion document, essential drugs and other commodities for reproductive health services, WHO/UNFPA, 2002” ; “WHO model list of Essential Medicine, revised version, 2004” ; “ Protocoles de Santé Familiale, Direction de la Santé Familiale/ MS-Bénin, 2002” ; “ Evaluation de la Sécurité des PSR au Bénin, Rapport Deliver, UNFPA, 2004”

¹¹ Ministère de la Santé/Direction de la Santé Familiale, Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale 2006-2015, mars 2006.
Stratégie de Sécurisation des Produits SR 2006-2015, DSF/MS, Bénin, Août 2006

Les hypothèses ayant conduit à la sélection des produits PSR prioritaires sont :

1. Les CTA, les anti rétroviraux et les kits de test vont être sécurisés à court terme par le MS avec l'appui financier du Fonds Mondial, et le processus est très avancé. Il n'est donc pas utile de les impliquer dans la présente stratégie ou du moins pour la période 2006-2015.
2. Les hôpitaux de référence (National, Départementaux, de Zones sanitaires) n'arrivent pas encore à gérer avec rigueur et transparence leur approvisionnement en PSR. En conséquence, les PSR de spécialité considérés prioritaires par la Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale ainsi que les matériels médico techniques et les kits prioritaires seront pris en compte dans la stratégie nationale de sécurisation, et ce dès 2006.
3. Les contraceptifs étant utilisés à tous les niveaux de système de soins dans un contexte où il existe une forte demande non couverte, et où des agences internationales manifestent une forte volonté à en financer la sécurisation, peuvent être considérés comme une porte d'entrée à la Sécurisation des PSR. Si le MS réussit à sécuriser leur financement et approvisionnement, leur distribution, leur utilisation et rendre rigoureux l'estimation des besoins, alors il est possible d'étendre progressivement le processus de sécurisation à d'autres PSR, de créer des synergies avec le processus de sécurisation soutenu par le Fonds Mondial, et d'intégrer les hôpitaux dans le processus.
4. Les mécanismes actuels mis en place par le MS et ses partenaires pour financer la transfusion sanguine devront être renforcés pour espérer sa sécurisation d'ici 2015. Il est nécessaire d'intégrer ce produit SR dans un système de financement qui conduit progressivement à une autonomie financière. Par ailleurs, le niveau de sécurisation des solutés devra être maintenue, renforcée et surveillée de très près.

Sur la base de ces hypothèses, cinquante et un (51) PSR ont été sélectionnés (**à partir d'une liste de 157**) comme prioritaires pour la Stratégie de Sécurisation des PSR du Bénin couvrant la période 2006-2015. Le tableau no2 de la page 20 présente le détail de ces produits qui doivent être disponibles en permanence dans toutes les formations sanitaires offrant les Soins Obstétricaux d'Urgences Complets(SOUC). Toutefois, sur ces 51 PSR seuls les produits de PF seront pris en compte dans le mécanisme expérimental d'auto financement sur la période 2006-2010.

**Tableau no 2 : PRODUITS SELECTIONNES PARMIS LES PRODUITS PRIORITAIRES (ANNEXE 2)
POUR ETRE ABSOLUMENT DISPONIBLES EN PERMANANCE DANS LES HOPITAUX OFFRANT LES SOINS
OBSTETRICAUX D'URGENTES COMPLETS (SOUC).**

Produits de Planification Familiale		
Contraceptifs Hormonal		
1	Noristérat	SM
2	Microgynon cycle	SM
3	Lo-femenal cycle	SM
4	Microlut cycle	SM
5	Néogynon cycle	SM
6	Equilibre	SM
7	Harmonie	SM
8	Ovrette	SM
Implants		
9	Jadell / Norplant	SF
Dispositif Intra Utérin		
10	DIU unité	SM
Méthode Barrière		
11	Fémidon unité	SM
12	Condom unité	SB
Crème, Gel		
13a	Pharmatex crème	SM
Méthode naturelle		
13b	Collier	SM
KITS de Planification Familiale		
14	Kit d'insertion et de retrait d'implant sous dermique	SF
15	Kit d'insertion et de retrait de DIU	SM
Médicaments		
16	Antibiotiques injectables IV, IM (cf. Annexe 2)	SB
16 a	Antimalaria : Quinine injectable	SB
17	Produits anesthésiques (cf. Annexe 2)	SB
18	Anticonvulsivants : Sulfate de Magnésium injectables, Diazepam injectable, Phénobarbital injectable (cf. Annexe 2)	SB
19	Antispasmodique : (Atropine injectable cf. Annexe 2)	SB
20	Ocytocique injectable : Oxytocine injectable, Ergométrine inj (cf. Annexe 2)	SB
20a	Anti hypertenseurs : Clonidine injectable, Furosemide injectable, Nifépidine	SB
Consommables Médicaux		
21	Sérum Glucosé 5% 10%, 30% 250ml, 500ml	SB-
22	Sérum salé 0,9% 250ml, 500ml	SB-
23	Sérum bicarbonaté 1,4% 250ml, 500ml	SB-
24	Lactate Sodium 500ml	SB-
25	Compresse	SB-
26	Aiguille à PL	SB-
27	Sparadrap	SB-
28	Sang sachets 250ml et 500ml, et pochettes	SF
29	Fil de Suture : Vicryl no1, no2, no2/0 nylon	SM
30	Solution antiseptique	SM
31	Concentrateur d'Oxygène	SF
Matériels médico techniques		
32	Gants chirurgicaux : 7, 7 1/2, 8, 8 1/2	SM
33	Catheter G18, G20 ; Gants de révision utérine	SM

34	Kit de réanimation du nouveau né	SM
35	Sonde pour aspiration du Nouveau Né	SM
36	Epiflex nouveau né	SM
37	Seringues	SM
38	Boîte de Césarienne	SM
39	Boîte de Curetage	SM
40	Boîte d'AMIU (Aspiration Manuelle Intra Utérine)	SM
41	Forceps	SM
42	Ventouse	SM
43	Canule de Guedel	SM
44	Boîte d'examen sous Valve	SM
45	Tube pour prélèvement Sanguin	SM
46	Kits d'Urgence (cf. Annexe 6 pour composition de chaque Kit)	
47	Kit Césarienne	SM
48	Kit pour Rupture Utérine	SM
49	Kit GEU	SM
50	Kit Curetage/Kit pour AMIU	SM
51	Kit pour abord veineux	SM

SB= Sécurisation Bonne, SM= Sécurisation Moyenne, SF= Sécurisation Faible

Le sang un produit SR pas comme les autres

Le sang n'est pas un produit comme les autres. Il joue un rôle si important dans la fourniture de nombreux services SR tant au niveau des cas gynéco obstétricaux qu'au niveau des affections infantiles, que les autorités sanitaires ont décidé de confier sa gestion à une structure technique spéciale : *le Service Nationale de la Transfusion Sanguine*. De plus, ce dispositif est assorti d'une mobilisation communautaire pour assurer la collecte et la disponibilité du sang. C'est le cas des associations de donneurs de sang. Ces associations existent sur toute l'étendue du territoire national. Malgré les actions de ces associations, les pouvoirs publics et les partenaires d'appui n'arrivent pas à rendre disponible le sang pour tous les patients qui en ont besoin. L'approvisionnement en sang n'est donc pas sécurisée au Bénin. La conséquence de cette situation est que les unités de soins ont de plus en plus recours aux dons sanguins familiaux en urgence pour sauver les malades. En plus des problèmes éthiques et de l'anonymat, il existe un grand risque lié à la transfusion en urgence du sang puisque les équipes de soins n'ont pas le temps de procéder à toutes les analyses pour vérifier si le sang est sain ou contaminé.

L'analyse du processus de la transfusion sanguine, depuis la collecte du sang jusqu' à son injection au patient, révèle des défaillances au niveau de :

- (i) **La quantité de sang collectée** : en effet les donneurs se font rares avec l'avènement du VIH/SIDA et ceux qui sont restés fidèles au don de sang deviennent de plus en plus exigeants en termes de compensation. De plus, il existe des moments de grande consommation de sang. Ces périodes sont connues. Les campagnes de dons de sang sont organisées pendant ces moments critiques mais les résultats sont souvent en deçà des besoins.
- (ii) **Les poches** qui doivent recevoir le sang prélevé ne sont pas toujours disponibles en quantité suffisante dans les différents sites de transfusion sanguine du pays. Leur financement dépend pour une grande part de l'appui des partenaires.

- (iii) **Le matériel médico technique** pour les différents tests de contrôle de la qualité du sang bien que largement subventionné par le gouvernement dépend aussi pour son financement de l'appui des partenaires.

Il importe donc d'agir selon deux axes complémentaires : (1) sécuriser le financement et l'approvisionnement des poches, du matériel technique de prélèvement et de contrôle de la qualité du sang, (2) accroître et sécuriser les quantités de sang collectées à travers une mobilisation sociale et un plaidoyer renforcé auprès des associations de donneurs de sang, et un marketing généralisé, (3) Renforcer les ressources humaines spécialisée.

L'Oxygénothérapie contribue à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

La relation entre la mortalité due aux Infections Respiratoires Aiguës (et beaucoup d'autres affections) surtout chez les enfants et la teneur en oxygène du sang artériel¹² est maintenant prouvée.

Tableau no 3 : Relation entre oxygénothérapie et mortalité due aux IRAs

	Morts/Total (% de Morts)	
	sans oxygène	avec oxygène
Saturation < 80%, bactériémie	2/2 (100)	15/21 (71)
Saturation < 80%, sans bactériémie	12/13 (92)	19/52 (37)
Saturation > 80%, bactériémie	2/4 (50)	3/8 (38)
Saturation > 80%, sans bactériémie	2/15 (13)	2/12 (17)
Total	74% de morts	39% de morts

Les données présentées ici suggèrent qu'il existe une réduction notable de la mortalité quand l'oxygène est donné à des malades atteints de pneumonie très grave et, qui sont en hypoxémie.

Si l'on veut assurer une oxygénothérapie permanente à des malades, le choix du matériel et les façons de les utiliser doivent être décidés en fonction du personnel et des infrastructures dont on dispose. Le matériel seul ne suffit pas ; il faut du personnel pour le connaître, le faire fonctionner et assurer sa maintenance. Il faut également des fournitures et des pièces de rechange pour le maintenir en état de marche. La fourniture d'oxygène doit être assurée en tout temps. Les deux sources principales d'oxygène pour les pays en développement comme le Bénin sont les bouteilles et les concentrateurs d'oxygène.

Les bouteilles d'oxygène sont lourdes et difficiles à transporter. Elles doivent être ramenées aux grossistes pour être rechargées, de même que de ce dépôt au point d'utilisation. Les ruptures de stocks chez les grossistes combinées aux transports souvent incertains et coûteux font parfois que les hôpitaux de zone en milieu rural ne sont pas alimentés en oxygène pendant des périodes plus ou moins longues. Par ailleurs, de nombreuses études¹³ (en Papouasi -Nouvelle - Guinée, Malawi, Niger etc.) ont montré que le coût de l'oxygène provenant des bouteilles est de 25% (dans les petits hôpitaux) à 75% (dans les grands hôpitaux de district) plus cher comparé à celui provenant des concentrateurs d'oxygène.

Les concentrateurs d'oxygène demandent une alimentation normale en courant alternatif d'environ 300 watts provenant soit du secteur ou d'un groupe électrogène. Il est conseillé d'avoir en plus une bouteille d'oxygène comme réserve en cas de panne ou de coupure d'électricité. Tout ce que demande leur entretien est le nettoyage quotidien d'un filtre et le remplacement de deux autres filtres tous les 3 à 6

¹² Oxygénothérapie pour les infections respiratoires aiguës du jeune enfant dans les pays en développement, Programme de lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës, OMS, Genève, 93.28.

¹³ Oxygénothérapie pour les infections respiratoires aiguës du jeune enfant dans les pays en développement, Programme de lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës, OMS, Genève, 93.28.
Stratégie de Sécurisation des Produits SR 2006-2015, DSF/MS, Bénin, Août 2006

mois. Une révision approfondie est nécessaire environ tous les ans. Le remplacement des pièces usées et des soupapes peuvent être nécessaire, il faut donc prévoir dans l'achat initial des réserves de filtres et de pièces de rechange. Les concentrateurs d'oxygène coûtent environ 1500 – 2000 \$US à l'achat¹⁴.

Les avantages et les inconvénients des bouteilles d'oxygène et des concentrateurs d'oxygène sont comparés dans le tableau ci-dessous :

Tableau no4 : Avantages et inconvénients comparés des bouteilles d'oxygène et des concentrateurs d'oxygène

	Bouteilles	Concentrateurs
Frais d'investissement	Faibles	Elevés
Coûts d'exploitation	Elevés	Faibles
Fiabilité	Excellente	Bonne
Entretien régulier	Simple surveillance seulement	Nécessaire
Electricité	Non nécessaire	Nécessaire
Fourniture d'oxygène continue	Possibilité d'épuisement	Bonne sauf en cas de panne d'électricité
Approvisionnement	Transport nécessaire	Transport non nécessaire

Coûts moyens d'acquisition de bouteille d'oxygène en 2006 (souvent utilisée par les hôpitaux au Bénin)

1. Consignation de la bouteille (bouteille de 3 m3)	100.000 Fcfa
2. Coût d'une bouteille	21.922 Fcfa
3. Manomètre	241.765 Fcfa
4. Humidificateur	34. 220 Fcfa
5. Lunette pédiatrique	3.851 Fcfa
6. Lunette adulte	3.286 Fcfa
7. Tuyau NF 10 x 16	1923 Fcfa/mètre

¹⁴ *Idem que 12 et 13.*

4.5. Les axes stratégiques pour la sécurisation des PSR au Bénin

Ce sont les faisceaux d'actions pertinentes à développer et à mettre en œuvre dans le cadre de la stratégie pour la sécurisation des PSR. Quatre (4) axes stratégiques¹⁵ ont été identifiés à partir de la synthèse de l'analyse de système actuel de sécurisation des PSR au Bénin. Bien que l'ensemble de la stratégie de sécurisation couvre la période 2006-2015, les principales activités des 4 axes stratégiques devront être mises en œuvre à l'horizon 2010. Chaque axe stratégique est présenté selon le schéma suivant :

<p>Titre</p> <ul style="list-style-type: none">• Constat et Justification• Objectifs : objectifs spécifiques et résultats attendus• Actions et activités• Intrants et Conditions critiques• Période et délai d'exécution• Indicateurs de suivi et de performance
--

4.5.1. Engagement Politique de l'Etat et la Coordination des Aides Extérieures

4.5.1.1. Constats et Justification

La Sécurisation des PSR n'est pas encore admise et énoncée par l'Etat comme une priorité nationale. Les institutions nationales telles que le MS et sa Direction de la Santé Familiale qui en ont la responsabilité éprouvent des difficultés à faire le consensus autour de ce concept et à le disséminer aux échelons inférieurs de la pyramide sanitaire. Les normes, procédures et directives pour l'opérationnalisation et la mise en œuvre de la sécurisation des PSR ne sont pas encore structurées et organisées dans un cadre cohérent de politique nationale. Les partenaires nationaux et internationaux qui appuient le MS pour la mise en œuvre de la Santé de la Reproduction interviennent isolément les uns des autres. Cette situation est favorisée par l'absence de structures nationales de mise en œuvre et de suivi des directives du MS en matière de Sécurisation des PSR. Toutefois, la Stratégie Nationale de RMMN pour sa coordination a prévu cinq (5) structures de mise en œuvre et de suivi de la mortalité maternelle et néonatale qui sont : i) Le Comité national Intersectoriel de Suivi de la RMMN [CNIS], ii) le Comité Intra Sectoriel de mise en œuvre et de suivi (CISMS), iii) l'Unité spéciale chargée de la mise en œuvre et du suivi de la stratégie RMMN [USMS], iv) le Comité Départemental Intersectoriel de Suivi de la RMMN [CDSIS], v) l'équipe d'encadrement de zone sanitaire [EEZS]. La Sécurisation des PSR étant un des piliers de la RMNN, la mise en œuvre et le suivi de la Stratégie Nationale de SPSR seront également coordonnés par les mêmes structures pour des raisons d'efficacité et d'efficience.

4.5.1.2. Objectifs

Cet axe stratégique vise à :

- Amener le Gouvernement à déclarer comme priorité nationale la sécurisation des PSR, et à inscrire dans son budget annuel une ligne spécifique pour sa promotion
- Amener le MS à assurer le leadership de la politique nationale de sécurisation des PSR en assurant le fonctionnement des structures de mise en œuvre et de suivi de la Stratégie de RMMN
- Pérenniser la Sécurisation des PSR¹⁶.

¹⁵ Ces 4 axes stratégiques sont regroupés dans un cadre logique de la stratégie de sécurisation présenté à l'annexe 3.

¹⁶ Les axes d'actions essentiels de ce plan de pérennisation sont : Elaboration et dissémination de Politiques, Enoncé de Valeurs Fondamentales, Organisation, Développement des Capacités, Mobilisation des Ressources F & M, Communication, Incitation/Motivation.

Objectifs spécifiques et Résultats attendus

Tableau no 5 : Objectifs spécifiques & résultats attendus de l'axe stratégique « Engagement Politique et Coordination »	
Objectifs spécifiques	Résultats attendus
1. Rendre fonctionnel le CNIS, CISMS, USMS et les CDIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un arrêté ministériel portant création organisation et fonctionnement du CNIS, CISMS, USMS, CDIS est signé par le MS 2. L' USMS, est intégré dans l'organigramme de la DSF, et physiquement représenté par un local à l'intérieur de la DSF 3. Les Cahiers de charge du CNIS, CISMS, USMS, CDIS élaborés et validés par le MS et les partenaires 4. Plans d'action triennal et annuel élaborés et validés par le MS et les partenaires 5. Budgets annuels de fonctionnement du CNIS, CISMS, USMS, CDIS élaborés, validés et financés par le MS et les partenaires
2. Faire le plaidoyer pour la promotion de la sécurisation des PSR auprès du gouvernement, des parlementaires, des ministères, et des partenaires	<ol style="list-style-type: none"> 6. Un plan de plaidoyer pour la promotion de la sécurisation des PSR est élaboré, validé et exécuté. 7. Un décret Gouvernemental instituant la sécurisation des PSR priorité nationale et ses arrêtés d'application sont signés et vulgarisés 8. Une loi de Finance autorisant l'inscription d'une ligne « sécurisation des PSR » dans le budget national
3. Renforcer le leadership du MS dans la conduite de la stratégie de sécurisation des PSR	<ol style="list-style-type: none"> 9. Un tableau de bord assorti d'extraits, d'indicateurs de suivi et de performance est élaboré par l' USMS, validé par le CISMS et soumis au Ministre et disséminé. 10. Des sessions semestrielles de revues de la stratégie de sécurisation des PSR présidées par le Ministre de la Santé sont organisées
4. Rendre officiel et effective la participation de la CAME à la mise œuvre de la stratégie de sécurisation	<ol style="list-style-type: none"> 11. Un Contrat de Gestion des PSR entre la DSF et la CAME d'une part, et d'autre part entre les autres structures du MS chargée de la sécurisation des PSR et la CAME pour l'approvisionnement et la Gestion des PSR est élaborée et signée par le MS 12. Un plan de transfert progressif des compétences d'approvisionnement des PSR et de renforcement des capacités de la CAME est élaboré, exécuté et suivi
5. Assurer la Pérennisation des acquis et résultats de la stratégie de sécurisation des PSR	<ol style="list-style-type: none"> 13. Un plan de pérennisation des acquis et résultats de la stratégie de sécurisation des PSR est élaboré, validé et exécuté 14. Les résultats atteints avec l'exécution du plan de pérennisation sont monitorés et vulgarisés chaque année
6. Assurer la complémentarité et la synergie des engagements financiers des partenaires pour la sécurisation des PSR	<ol style="list-style-type: none"> 15. Le plan de financement de la sécurisation des PSR est validé et son exécution monitorée trimestriellement par l'USMS 16. Les engagements financiers de chaque partenaire sont documentés et connus des autres partenaires.
7. Améliorer la performance de la stratégie de sécurisation des PSR	<ol style="list-style-type: none"> 17. Les normes et procédures de sécurisation des PSR sont élaborées et disséminées 18. Un plan de suivi de la performance de la stratégie de sécurisation est élaboré, disséminé et utilisé 19. L'évaluation à mi parcours est réalisée en 2010 et les résultats utilisés pour l'amélioration de la stratégie sur la période 2011-2015 20. L'évaluation finale de la stratégie de sécurisation est faite en 2015

4.5.1.3. Actions / Activités à mener

Les principales actions ou groupes d'activités à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs de politique et de coordination sont :

Action 1 : Mise en place des Structures de Gestion et de Coordination de la Stratégie de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale

La mise en œuvre de la stratégie de SPSR s'appuiera sur les structures de coordination de la Stratégie de Réduction de la MMN.

La DSF a la responsabilité de la mise en œuvre de cette politique. Cette direction apparaît comme un organe régulateur pour favoriser la prise de décision, suivre la coordination de l'exécution de la politique et rendre compte au MS.

Composition et Attributions

Tableau no 6 : Composition et Attributions des Structures de mise en œuvre et de suivi de la stratégie de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (RMMN)*		
Comité	Composition	Attributions
Comité National Intersectoriel de Suivi de la RMMN (CNIS)	MS, MFPSS, MEPS, MFE, MJLDH, MISD, Conseiller Technique du Président de la République à la Santé, Associations professionnelles et savantes	Plaidoyer, Mobilisation des ressources et Suivi
Comité Intra-Sectoriel de mise en œuvre et suivi (CISMS)	DSF, DRH, DPP, DRFM, DH, DDZS, DSIO, PNLs, DIEM, Partenaires	Coordination générale de la mise en œuvre, Suivi et Evaluation
Unité spéciale chargée de la mise en œuvre de la stratégie RMMN (USMS)	DSF Adjoint, Médecin d'Appui SMI, Point focal SONU/SAA	Planification, Mise en œuvre
Comité Départemental Intersectoriel de Suivi de la RMMN (CDIS)	DDSP, MCZS, Equipe du CHD ONGs, structures décentralisée des ministères des structures citées etc.	Plaidoyer, Mobilisation des ressources et Suivi
Equipe d'encadrement de zone sanitaire (EEZ)	Equipe Zone sanitaire élargie aux responsables de maternité	Mise en œuvre

* Le tableau no 6 est extrait du document « Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, Ministère de la Santé, mars 2006

Cadre juridique et institutionnel

Le Gouvernement prendra un décret portant création, organisation et fonctionnement du CNIS.

Le MS prendra un arrêté portant création, organisation et fonctionnement du CISMS, de l'USMS et des CDIS.

Fonctions de l'USMS

L'USMS est responsable devant le DSF de la gestion quotidienne de la mise en œuvre de la stratégie nationale de sécurisation des PSR. A titre indicatif, les responsabilités de ce comité couvrent les domaines suivants¹⁷ :

Gestion administrative et financière

- Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour la promotion de la Sécurisation des PSR auprès du Gouvernement, des Parlementaires, des Ministères, et des Partenaires.
- Valider le Plan de Financement de la sécurisation des PSR (2006-2015), et assurer son suivi.
- Assurer que chaque partenaire et acteur a bien compris son rôle, et veiller à ce que chaque partenaire apporte sa contribution conformément au plan de financement.

¹⁷ Cette liste de responsabilités est indicative et doit être affinée, complétée par le CISMS et le USMS après son installation officielle. Stratégie de Sécurisation des Produits SR 2006-2015, DSF/MS, Bénin, Août 2006

- Elaborer un budget de fonctionnement, estimer les coûts des interventions de soutien à la stratégie de sécurisation, et rechercher les sources de financement.
- Définir les modalités et contrôler la gestion des ressources financières mobilisées chaque année pour la sécurisation des PSR.
- Veiller à la répartition adéquate, à tous les niveaux du système sanitaire, des ressources humaines, financières et matérielles mobilisées pour la sécurisation des PSR, et faire des propositions d'amélioration au DSF.

Gestion de l'approvisionnement en PSR, et renforcement des capacités

- Proposer à la signature du DSF et du MS un Contrat de Gestion des PSR avec la CAME et faire le suivi de sa mise en œuvre. Veiller au transfert progressif des compétences en approvisionnement des PSR à la CAME conformément à la convention de partenariat signée entre la CAME et le MS.
- Veiller à la sélection, la validation et la vulgarisation d'une gamme restreinte officielle de PSR (en particulier les contraceptifs) pour lesquels le pays sera désormais approvisionné.
- Se prononcer sur toutes les décisions relatives à l'approvisionnement du pays en PSR et à sa distribution à tous les paliers du système sanitaire.
- Veiller à l'élaboration, la validation et la dissémination (i) des normes et procédures de sécurisation des PSR, (ii) de normes et procédures de contrôle de la qualité des données du Système d'information et de Gestion de la Logistique des PSR, (iii) du plan de pérennisation de la sécurisation des PSR, (iv) du plan de suivi de la performance du système de sécurisation des PSR.
- Veiller à l'informatisation de la gestion des PSR au niveau central avec le logiciel PIPELINE et dans tous les départements et zones sanitaires avec le logiciel « Supply Chain Manager ».

Gestion du SIGL, monitoring et évaluation de la performance/ Communication

- Assurer le suivi de la dissémination de normes et procédures relatives à la mise en œuvre de la stratégie de sécurisation y compris les plans de pérennisation, et de suivi de la performance.
- Contrôler l'estimation des besoins en PSR provenant des zones sanitaires et DDS, et ONGs.
- Organiser les *revues nationales annuelles* de la mise en œuvre de la stratégie de sécurisation des PSR.
- Organiser l'évaluation à mi parcours et l'évaluation finale de la stratégie de sécurisation des PSR.
- Assurer le recueil et la vulgarisation, en temps réel, à tous les partenaires et acteurs, de toute information pertinente sur la sécurisation des PSR.

Action 2 : *Elaboration et mise en œuvre d'un plan de Plaidoyer pour la Promotion de la SPSR auprès du gouvernement béninois, et d'un Plan de Pérennisation de la sécurisation des PSR.*

La stratégie de sécurisation des PSR ne peut être un succès que si le Gouvernement intègre dans sa planification et son budget annuel l'acquisition des produits de SR et exige la bonne gouvernance et la transparence dans la gestion des ressources ainsi mobilisées. Le MS à travers la DSF doit veiller à ce que ce soit une stratégie dans laquelle se retrouvent et s'impliquent tous les partenaires. L'atteinte de ce résultat passe par deux phases distinctes mais complémentaires :

Phase 1 : L'élaboration et l'exécution d'un plan de plaidoyer pour la promotion de la SPSR ciblant en priorité le Gouvernement, le parlement et les partenaires qui interviennent dans la santé de la reproduction. Il s'agit notamment de : Ministère de l'Economie et du Développement, Ministère de la Défense Nationale, Ministère du Commerce, Ministère de l'Education, Ministère de la Jeunesse, des

Sports et des Loisirs, ONGs nationales à vocation SR telles que ABPF, les pharmacies privées et les grossistes pharmaceutiques, les agences internationales OMS, UNICEF, UNFPA, USAID, DCE etc.). Pour la réalisation du plan de plaidoyer, le MS pourra faire appel à des experts régionaux et nationaux, ou à une agence spécialisée telle que POLICY PROJECT dont le logiciel « SPECTRUM »¹⁸ permettra une structuration et standardisation de la démarche. Les responsables de la mise en œuvre de la stratégie de SPSR au niveau central seront ensuite formés à l'utilisation du logiciel SPECTRUM et à l'exécution du plan par les experts ou POLICY PROJECT.

Phase 2 : Elaboration d'un plan de pérennisation de la sécurisation des PSR. Il s'agit d'un outil dont le but est d'assurer que chaque acquis ou avancée réalisé grâce au plaidoyer et les autres actions de la stratégie soit institutionnalisé en termes de politique sanitaire, structures organisationnelles d'accompagnement, mobilisation de ressources matérielles et financières, communication et de suivi, et motivation des acteurs. Ainsi, au bout des cinq (5) années d'expérimentation, on pourra raisonnablement espérer que le système de sécurisation mis en place se passera progressivement du financement extérieur et que le MS aura acquis son autonomie pour conduire cette stratégie nationale et exercer pleinement le leadership dans le domaine.

Action 3 : *Autres actions ou activités*

- Elaboration et dissémination des normes et procédures en matière de sécurisation des PSR au Bénin
- Elaboration et dissémination d'un plan de suivi de la performance (PSP) de la stratégie de sécurisation des PSR.
- Revue annuelle de la stratégie de sécurisation des PSR
- Evaluation à mi parcours en 2010, et évaluation finale en 2015.

Ce sont des activités de soutien indispensables à la réussite de la stratégie de SPSR. Elles sont également sous la responsabilité du CNIS, du CISMS et de l' USMS.

Les normes et procédures de sécurisation des PSR ont pour objectif la standardisation des comportements des acteurs à chaque palier du système seule garante d'une gestion performante de la sécurisation. Le plan de suivi de la performance de la stratégie de SPSR, grâce à la mesure périodique des indicateurs, permet un suivi régulier des progrès accomplis ainsi que les ajustements et améliorations nécessaires.

La revue annuelle ainsi que les évaluations sont des activités qui permettent d'assurer que la mise en œuvre de la sécurisation des PSR se déroulent conformément au document de stratégie et que des mesures correctrices ou de renforcement sont prises pour que les objectifs soient atteints et les résultats attendus obtenus.

L'USMS fera appel à l'expertise nationale et/ou internationale pour élaborer et disséminer les normes et procédures et le PSP, et conduire les évaluations à mi parcours et finale.

4.5.1.4. Intrants et Conditions critiques

Conditions Critiques

La réussite de la mise en œuvre de l'axe stratégique « Engagement Politique et Coordination » dépend de la réalisation des conditions critiques suivantes :

¹⁸ *SPECTRUM* est un logiciel de montage et d'exécution d'un plan de plaidoyer sur des thèmes relatifs à Planification Familiale qui est une composante de la Santé de la Reproduction.
Stratégie de Sécurisation des Produits SR 2006-2015, DSF/MS, Bénin, Août 2006

- Décret gouvernemental instituant la sécurisation des PSR comme une priorité nationale dans le domaine de la santé.
- Décret gouvernemental et ses arrêtés ministériels d'application instituant, dans le budget national annuel, une ligne budgétaire spécifique destinée à la sécurisation des PSR.
- Consensus avec les principaux partenaires sur la composition, le mandat, le fonctionnement et le financement du comité technique pour la coordination et la gestion de la sécurisation des PSR
- Validation et Dissémination du plan de Pérennisation de la sécurisation des PSR, des normes et procédures de sécurisation, et du plan de suivi de la performance de la stratégie de sécurisation.

Ressources requises

- Une personne ressource (DSF adjoint), point focal pour la mise en œuvre de la stratégie de SPSR à la DSF. Le MS a la responsabilité du recrutement et des émoluments de cette personne.
- Les budgets annuels pour le fonctionnement du CNIS, du CISMS, de l'USMS et des CDIS incluant le recrutement d'experts nationaux et internationaux, l'acquisition et la dissémination du logiciel SPECTRUM, l'élaboration et la dissémination des différents plans, normes et procédures, l'organisation d'une revue de la stratégie.

4.5.1.5. Période et délai d'exécution

La mise en œuvre de cet axe stratégique démarrera juste après l'atelier de validation du document de la stratégie nationale de sécurisation PSR. A cet effet, une réunion technique sera organisée une semaine après l'atelier pour élaborer un chronogramme détaillé d'exécution des activités prévues au compte de l'axe stratégique. A titre d'exemple la période de Août 2006 – Mars 2007 (7 mois) est suggérée. Elle ne prend pas en compte certaines activités de coordination telles que les revues annuelles de la stratégie ainsi que l'évaluation à mi parcours et l'évaluation finale.

4.5.1.6. Indicateurs de suivi et de Performance

- Nombre de personnes formées à l'utilisation du SPECTRUM
- Nombre de séances de plaidoyer organisées par le CNIS, le CISMS, l'USMS, et les CDIS
- Nombre de réunions statutaires organisées par le CNIS, le CISMS, le USMS, et les CDIS
- Nombre de partenaires ayant tenu leurs engagements financiers
- Proportion des décisions relatives à la sécurisation prise par le CNIS, le CISMS, l'USMS, et les CDIS qui sont exécutées et suivies
- Décret gouvernemental instituant la sécurisation des PSR comme une priorité nationale dans le domaine de la santé signé et publié.
- Décret gouvernemental et ses arrêtés ministériels d'application instituant, dans le budget national annuel, une ligne budgétaire spécifique destinée à la sécurisation des PSR, signés et publiés.
- Niveau d'exécution du plan d'action de le CNIS, le CISMS, l'USMS, et les CDIS
- Nombre de structures / agences nationales et internationales ayant participé à la revue annuelle de la stratégie de sécurisation des PSR.

4.5.2. Financement intégré, sécurisé et progressivement autonome

4.5.2.1. Constats et Justification

L'acquisition des PSR au Bénin se caractérise par des sources de financement multiples peu ou pas harmonisées et mal coordonnées par le MS. Les données sur les financements ne sont pas toujours disponibles, et sont peu utilisées pour les décisions et la planification. Jusqu'en 2004, le Gouvernement n'allouait aucun fonds à l'achat des PSR qui dépendait entièrement de l'aide extérieure pour son approvisionnement. Le recouvrement des coûts de cession des PSR, le seul mécanisme en place pour assurer à terme une autonomie des structures nationales publiques et privées n'a pas été géré avec transparence, et a abouti partout à la faillite. Cette situation a eu pour conséquence un financement peu sécurisé de l'approvisionnement du pays en PSR et comme corollaire une faible disponibilité des produits à tous les niveaux.

Ce constat général de sous performance du sous système financement exige des actions correctrices immédiates. C'est pour cette raison que le « Financement Intégré, Sécurisé et Progressivement Autonome » a été retenu comme un axe stratégique.

4.5.2.2. Objectifs

Cet axe stratégique vise à sécuriser le financement de l'approvisionnement du Bénin en PSR. Les objectifs généraux sont :

- Intégrer les financements des Partenaires, du MS et autres agences impliquées dans un seul plan de mobilisation des ressources financières.
- Assurer au bout de 5ans l'autonomie financière de la CAME pour l'approvisionnement des contraceptifs et des concentrateurs d'oxygène.

Objectifs spécifiques et Résultats attendus

Tableau no6 : Objectifs spécifiques & Résultats attendus de l'axe stratégique « Financement intégré, sécurisé et autonome »	
Objectifs spécifiques	Résultats attendus
1. Mobiliser les ressources financières nécessaires à la sécurisation des PSR sur la base d'un plan national de financement unique	1. Un plan national de financement unique finalisé, validé et accepté par tous les partenaires 2. Une procédure d'harmonisation des financements des partenaires est élaborée et appliquée par les partenaires 3. Le taux de mobilisation des ressources financières pour la sécurisation des PSR est monitoré trimestriellement
2. Sécuriser la ligne « approvisionnement PSR » dans le budget annuel de l'état	4. Le montant de la ligne « approvisionnement PSR » dans le budget annuel de l'état est accru chaque année conformément aux prévisions du plan de financement de la sécurisation des PSR 5. Les procédures d'engagement, de décaissement et de liquidation des dépenses sur les fonds de cette ligne sont simplifiées et décentralisées au niveau du MS 6. Une concertation annuelle entre MS et le Ministère de l'Economie et du Développement est instituée et suivie
3. Assurer la gestion transparente et performante des ressources financières mobilisées pour la sécurisation des PSR	7. Les procédures de gestion des ressources financières mobilisées sont rédigées et disséminées à tous les paliers de la pyramide sanitaire 8. Les outils de gestion des ressources financières mobilisées sont élaborés, disséminés et utilisés 9. Des audits semestriels de la gestion des ressources financières mobilisées pour la sécurisation des PSR sont réalisés
4. Renforcer les mécanismes de recouvrement des coûts de cession des PSR dans toutes les unités de	10. Les outils de gestion et les indicateurs de performance du recouvrement des coûts sont disponibles dans toutes les unités de soins

Tableau no6 : Objectifs spécifiques & Résultats attendus de l'axe stratégique « Financement intégré, sécurisé et autonome »	
Objectifs spécifiques	Résultats attendus
soins SR	SR et les gestionnaires formés à leur utilisation 11. La performance de chaque unité de soins SR en gestion du recouvrement des coûts est monitorée chaque semestre, documentée et vulgarisée 12. Des audits de la gestion des fonds du recouvrement des coûts des PSR sont organisés au moins une fois par an dans chaque unité de soins SR
5. Assurer l'autonomie financière du pays pour son approvisionnement en Contraceptifs en 2010	13. La contribution financière des partenaires pour l'approvisionnement en contraceptifs est réduite chaque année et est nulle en 2010 14. La contribution financière de l'état et les fonds issus du recouvrement des coûts croît chaque année et couvre entièrement les besoins financiers pour l'approvisionnement des contraceptifs en 2010.

4.5.2.3. Actions/Activités à mener

Les actions ou activités préconisées ici s'inscrivent dans une vision de financement à phases glissantes (accroissement progressif du financement du gouvernement et de la part du système de recouvrement des coûts, appui financier dégressif des partenaires) conduisant progressivement à une autonomie nationale.

Action 1 : *Elaboration d'un plan intégré de mobilisation de ressources financières pour la sécurisation des PSR assorti d'une harmonisation des procédures de financement et de contrôle de la gestion financière*

La sécurisation des PSR requiert l'élaboration d'un plan de financement cohérent qui intègre les engagements financiers des partenaires, et qui est doublé d'un plan d'approvisionnement qui conduira progressivement le Bénin à une autonomie financière pour son approvisionnement en PSR. Ce processus a démarré depuis près de 5 ans avec des plaidoyers auprès des pouvoirs publics et du gouvernement entrepris par les partenaires qui soutiennent la SR. Il a abouti aux résultats concrets suivants :

- L'acceptation par le gouvernement d'inscrire dans son budget annuel une ligne de 50.000.000Fcf pour l'achat de contraceptifs.
- L'accord de principe de l' UNFPA pour faire bénéficier au MS sa plate forme d'achat des PSR.
- L'obtention d'un consensus auprès des partenaires (USAID, PSI, ABPF, UNFPA) pour un approvisionnement concerté du pays en PSR.

Hypothèses de base

Ces trois principaux résultats constituent les fondements du plan de financement proposé dans la stratégie nationale de sécurisation des PSR. Ce plan repose sur les hypothèses suivantes :

- La sécurisation des PSR sera progressif et démarrera avec la sécurisation des contraceptifs. Le recouvrement des coûts issus de la cession des contraceptifs à tous les niveaux sera utilisé pour financer les approvisionnements successifs jusqu'à l'atteinte de l'autonomie financière en 2010 et l'extension de la stratégie à d'autres PSR à partir de 2011.
- Le Gouvernement Béninois va continuer l'allocation annuelle d'une ligne budgétaire pour l'acquisition de contraceptifs, et va l'augmenter au fil des années et l'étendre aux autres catégories de PSR.
- La Gestion des PSR particulièrement les Contraceptifs sera confiée à la CAME dans le cadre d'un Contrat de Gestion. A partir de 2011, si cette expérience est un succès, l'approvisionnement du pays en PSR pourrait être centralisé et confié à la CAME. La CAME aura accès à la plate forme d'achat de l'UNFPA et sa capacité de stockage sera renforcée et augmentée.

- Etant donné que tous les contraceptifs et certaines catégories de PSR sont subventionnés, il sera nécessaire de définir une marge minimale pour couvrir les charges¹⁹ de fonctionnement liées à la gestion de l'approvisionnement des PSR inscrits dans cette stratégie. Cette marge sera appliquée et prendra comme référence la marge statutaire de la CAME qui est actuellement de 20% sur le prix de revient des produits importés.
- Les partenaires contribueront avec un engagement financier dégressif à la constitution du capital. La part de l'Etat sera croissante pour subventionner la cession des produits et rendre une autonomie à la gestion. A titre d'exemple, on peut prévoir une augmentation annuelle de vingt millions en plus des cinquante millions mobilisables dès la première année. L'hypothèse de travail prévoit une récupération de 50% du montant engagé l'année précédente (montant issu de la cession subventionnée des produits PF).

Méthode d'élaboration du plan intégré de financement 2006-2015

En s'appuyant sur les hypothèses sus citées, les besoins en financement des contraceptifs, des solutés, de la transfusion sanguine et des concentrateurs d'oxygène ont été estimés pour la période 2006-2015. La démarche suivie est décrite ci-dessous.

A. Estimation des quantités²⁰ de PSR entrant dans le plan de financement (cf. annexes 4, 5)

- Estimation des besoins en produits PF pour la période 2006-2015 à partir d'une projection basée sur (i) les quantités de contraceptifs cédés par le MS, la CAME, l'UNFPA et PSI en 2003, 2004 et 2005, et (ii) le plan national d'approvisionnement en contraceptifs élaborés par DELIVER en 2005 (susceptible de modification selon les missions de suivi de DELIVER déjà programmées).
- Estimation des besoins en solutés pour la période 2006-2015 à partir d'une projection basée sur les quantités cédées par la CAME en 2002, 2003, 2004, 2005.
- Estimation des besoins en transfusion sanguine pour la période 2006-2015 à partir d'une projection basée sur les quantités de poches de sang prélevées dans les 12 départements du pays en 2002, 2003, 2004 et 2005. Cette estimation ne tient pas compte des moments critiques ni des capacités réelles des départements à assurer une autonomie et une sécurité transfusionnelles. Nous n'avons pas non plus pris en compte le taux de satisfaction des demandes en poches de sang. Ces données, si elles étaient disponibles, devaient permettre d'apporter des corrections aux estimations faites. La procédure utilisée pour faire les estimations concernant les poches de sang prend en compte le nombre de poches prélevées au lieu du nombre de poches cédées. Deux raisons justifient cette approche :
 - ✚ Les données relatives aux poches cédées ne sont pas disponibles immédiatement pour tous les départements. Les données disponibles au service national de la transfusion sanguine renseignent plutôt sur le nombre de poches prélevées par département.
 - ✚ La prise en compte du nombre de poches cédées sans les données sur le nombre de poches ne permettra pas de mieux apprécier le coût de la stratégie. En effet toutes les poches prélevées ne sont pas utilisées. Après analyse, les poches de sang contaminées ou infectées sont éliminées. Certaines poches arrivent à péremption et sont aussi écartées. Toutes ces poches inutilisables font engager des coûts pour leur prélèvement et les tests biologiques.

¹⁹ Il s'agit des frais liés à la passation de marchés, enlèvement, stockage et gestion des stocks, et distribution et autres frais de fonctionnement

²⁰ Les estimations et projections des quantités de chaque catégorie de PSR ont été faites à partir des données disponibles sur les PSR cédés par les structures d'approvisionnement du niveau central à celles des niveaux inférieurs. Les données sur les quantités de PSR consommées par les clients dans les structures d'offre de services SR auraient permis une meilleure estimation des besoins. Malheureusement ces données ne sont pas disponibles, et celles qui sont disponibles ne sont pas fiables.

- Estimation des besoins en concentrateurs d'oxygène pour les périodes 2006-2009, 2010-12 et 2013-2015. Cette estimation est basée sur les hypothèses suivantes :
 - 1) Seuls les hôpitaux de zone (HZ) et les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) recevront les concentrateurs d'oxygène,
 - 2) Chaque hôpital de zone recevra 3 concentrateurs [*1 pour le bloc opératoire, 1 pour le service de pédiatrie, 1 pour la maternité*], et chaque CHD recevra 5 concentrateurs [*2 pour le bloc opératoire et la réanimation, 1 pour le service de pédiatrie, 1 pour le service de maternité, 1 pour le service de médecine*],
 - 3) Le rythme de couverture des hôpitaux de zone et des CHD en concentrateurs d'oxygène suivra le même rythme que la mise en place de la Stratégie de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale dans ces formations sanitaires
 - Entre 2006-2007 seront couverts : Quatre (4) Centres Hospitaliers Départementaux Abomey, Lokossa, Porto Novo et Natitingou; trois (3) Centres Hospitaliers Universitaires CUGO, HOMEL et Parakou ; et six (6) Hôpitaux de Zone Abomey Calavi, Bassila, Comè, Kandi et Savalou
 - A partir de 2008, trois (3) hôpitaux de zone seront sélectionnés et couverts chaque année.

B. Estimation des coûts d'acquisition des PSR sur la période 2006-2015 (cf. annexe 4, 5)

La valorisation des quantités des PSR obtenues est basée sur les coûts unitaires fournis par les différents partenaires consultés auxquels des taux d'inflation discriminés ont été appliqués selon la catégorie de PSR considérée.

Pour les produits PF nous avons prévu une augmentation de 5% des prix d'acquisition sur le marché international, chaque année.

Quant aux solutés de remplissage cédés par la CAME, les prix considérés sont ceux de la CAME auxquels est appliquée une augmentation de 2% chaque année.

Concernant la transfusion sanguine, c'est le coût de revient du prélèvement d'une poche de sang qui a été considéré. Ce coût prend en compte non seulement le prix d'achat des poches de sang mais aussi le coût du matériel de prélèvement et de contrôle de la qualité du sang. Il est estimé à 20.000 Fcfa en 2006 par le service national de transfusion sanguine. A ce coût unitaire a été appliquée une augmentation de 5% chaque année.

C. Elaboration du Plan d'Approvisionnement des contraceptifs

A la suite des estimations des quantités et coûts des PSR, un plan d'approvisionnement des contraceptifs a été élaboré pour la période 2006 – 2010 avec le logiciel PIPELINE. Les détails de ce plan sont fournis dans les annexes 6A et 6B.

Le CNIS, le CISMS, l'USMS, et les CDIS s'inspireront de ce plan pour développer le schéma d'approvisionnement des autres catégories de PSR.

Tableau no 7 : COUT GLOBAL EN FRANCS CFA (ET EN DOLLARS US à 500 Fcfa) DES PRODUITS²¹ DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION DE 2006- 2015

DESIGNATIONS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
PRODUITS CONTRA CEPTIFS (+ fret)	215678660 (431357,32)	238302370 (476604,74)	236024685 (472049,37)	259550485 (519100,97)	285418210 (570836,42)	364273999 (728547,998)	420736469 (841472,938)	485950622 (971901,244)	561272968 (1122545,94)	648270278 (1296540,56)	3715478746 (7430957,492)
SOLUTES DE REMPLISSAGE	599809106 (1199618,21)	672985816 (1345971,63)	755090086 (1510180,17)	847211076 (1694422,15)	950570828 (1901141,66)	1066540469 (2133080,94)	1196658406 (2393316,81)	1342650731 (2685301,46)	1506454121 (3012908,24)	1690241523 (3380483,05)	10628212163 (21256424,33)
SANG	1505336800 (3010673,6)	1738664004 (3477328,01)	2008156925 (4016313,85)	2319421248 (4638842,5)	2678931541 (5357863,08)	3094165930 (6188331,86)	3573761649 (7147523,3)	4127694705 (8255389,41)	4767487384 (9534974,77)	5506447929 (11012895,9)	31320068116 (62640136,23)
TOTAL	2320824566 (4641649,13)	2649952190 (5299904,38)	2999271696 (5998543,39)	3426182809 (6852365,62)	3914920579 (7829841,16)	4524980398 (9049960,8)	5191156524 (10382313)	5956296059 (11912592,1)	6835214473 (13670428,9)	7844959730 (15689919,5)	45663759025 (91327518,05)

Tableau no 8 : COUT GLOBAL DES CONCENTRATEURS D'OXYGENE

DESIGNATIONS	PERIODE										TOTAL 2006-2015
	2006-2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Structures Bénéficiaires	Hôpitaux de zones	18	9	9	9	9	9	9	9	9	90
	CHD	20	0	0	0	0	0	0	0	0	20
	CHU	15	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Nombre total de Concentrateurs	53	9	9	9	9	9	9	9	9	9	125
Prix unitaire estimé de Concentrateur en FCFA (5% d'inflation par an)	1 500 000	1 575 000	1 653 750	1 736 437	1 823 259	1 914 422	2 010 143	2 110 650	2 216 182		
MONTANT TOTAL D'ACQUISITION (1 \$US = 500 Fcfa)	79 500 000 (159 000 \$US)	14 175 000 (28 350 \$US)	14 883 750 (29 768 \$US)	15 627 933 (31 256 \$US)	16 409 331 (32 819 \$US)	17 229 798 (34 460 \$US)	18 091 287 (36 183 \$US)	18 995 850 (38 000 \$US)	20 000 000 (40 000 \$US)		214 912 930 (429 836 \$US)

²¹ Les coûts des concentrateurs d'oxygène sont estimés séparément compte tenu de ce qu'ils sont destinés aux hôpitaux de zone et aux CHD dont les implantations ne sont pas annuelles.

D. Détermination de la contribution Financière des partenaires et de l'état

Les paramètres considérés

Les produits PF

Il est possible de déterminer, grâce au Logiciel EXCEL, la part financière de l'Etat et celles des partenaires pour assurer un approvisionnement en produits PF jusqu'en 2015. Mais il va falloir connaître la part mobilisable auprès de chaque partenaire. Même s'il est difficile de le connaître à l'avance, le sous-système gagnerait à disposer d'une balise pour sa coordination. La CAME, pièce maîtresse du dispositif financier, joue déjà un rôle de gestionnaire des contraceptifs et devra s'approprier à exercer une plus grande responsabilité dans la commande et l'emmagasinage des produits de tous ou de la plupart des acteurs du niveau central. Comme la plupart des produits PF sont subventionnés, il faudra trouver un consensus quant à la marge à appliquer sur les produits et la part de la CAME pour couvrir les charges de fonctionnement. La connaissance de ce mécanisme est une condition essentielle pour déterminer la part de l'Etat et celles des autres partenaires dans la pérennisation du mécanisme.

L'hypothèse de travail consiste à récupérer les 50% du coût investi pendant une année pour réaliser la commande de l'année suivante. La deuxième hypothèse prévoit que l'Etat va augmenter sa contribution de 20.000.000 Fcfa chaque année.

Les concentrateurs d'oxygène

Les besoins financiers pour sécuriser les concentrateurs d'oxygène étant relativement modestes, il est possible d'envisager, tout comme pour les contraceptifs, un mécanisme de financement qui permet d'atteindre l'autonomie financière pour leur approvisionnement en 2010.

La transfusion sanguine

Il est important de noter qu'il est difficile d'estimer l'apport des partenaires pour la sécurisation du sang. En effet, les ressources utilisées par les structures de transfusion sanguine sont de diverses provenances. Il y a les subventions de l'état, l'apport de certains partenaires comme la croix rouge, et les ressources propres des structures. Il y a aussi les ressources propres provenant des cessions de poches de sang à un taux forfaitaire (chaque poche de sang prélevé revient environ à 20.000 Fcfa mais est cédée aux bénéficiaires à 2.000 Fcfa.) et des prestations de services (les analyses de laboratoire). Dans ces conditions, il sera difficile de quantifier la part de l'état sans une analyse plus approfondie. Pour ces raisons, les besoins financiers pour la sécurisation de la transfusion sanguine ne seront pas différenciés entre l'état et les partenaires. Par ailleurs, il faut tenir compte du fait que les subventions de l'état et des partenaires sont estimées en 2005 à un milliard deux cent trente un million deux cent (1.231.639.200) Fcfa, et qu'il n'y a aucune raison de penser que cet effort financier s'arrêtera.

Les solutés

Le financement et l'approvisionnement de cette catégorie de PSR sont déjà sécurisés et maîtrisés par la CAME. Les projections présentées dans le tableau no 7 serviront de tableau de bord à la CAME et au CNIS, CISMS, USMS, CDIS.

Les consommables médicaux et matériels médico techniques prioritaires pour la SRMMN

L'estimation des besoins financiers pour cette catégorie de PSR n'est pas prise en compte dans ce document. En effet, la sécurisation de ces produits a déjà commencé sous la forme d'une politique de KITS D'URGENCE mise en œuvre dans les hôpitaux universitaires, départementaux et de zone par la DSF avec l'appui du UNFPA et des autres partenaires.

Au total

Compte tenu du fait qu'actuellement, différentes stratégies de sécurisation pour différentes catégories de PSR cohabitent et sont mises en œuvre par différentes structures du MS, ce document de stratégie ne propose que le Plan de Financement des Contraceptifs (cf Tableau no 9) pour lesquels les données sont plus complètes et fiables. Les Plans de Financement des autres catégories de PSR peuvent être élaborés à partir des données complémentaires sur les contributions financières de l'état et des partenaires du secteur, et en s'inspirant des tableaux no 7 et 8.

Certains de ces plans peuvent être exécutés concomitamment tels celui des contraceptifs et celui des concentrateurs d'oxygène. Toutefois à partir de 2011, un mécanisme d'intégration des ces plans doit être progressivement mis en place avec pour objectif en 2015 l'élaboration d'un Plan Intégré de Financement des PSR pour le Bénin.

Tableau no9 : Plan de Financement des Produits Contraceptifs 2006-2015

Contraceptifs		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Etat	Contribution initiale et récupération	50 000 000	25 000 000	42 500 000	56 250 000	68 125 000	79 062 500	82 531 250	96 265 625	108 132 810	119 066 400
	contribution complémentaire		60 000 000	70 000 000	80 000 000	90 000 000	100 000 000	110 000 000	120 000 000	130 000 000	140 000 000
<i>Partenaires jusqu'en 2010</i>	Contribution initiale et récupération	<u>165 678 660</u>	<u>82 839 330</u>	<u>76 651 185</u>	<u>61 762 343</u>	<u>61 650 243</u>					
Apport du Système de Sécurisation des PSR à partir de 2011	contribution complémentaire		<u>70 463 040</u>	<u>46 873 500</u>	<u>61 538 143</u>	<u>65 642 968</u>	185 211 499	221 205 220	269 685 000	323 140 160	<i>389 203 880</i>
Total Contraceptifs en Fcfa		215 678 660	238 302 370	236 024 685	259 550 485	285 418 210	364 27 999	420 736 469	485 950 622	561 272 968	648 270 278
(\$US : 1 \$US= 500 Fcfa)		(431357,32)	(476604,74)	(472049,37)	(519100,97)	(570836,42)	(728547,998)	(841472,938)	(971901,244)	(1122545,94)	(1296540,56)

Action 2 : *Mise en place d'un mécanisme de recouvrement des coûts des PSR par la CAME qui assure une autonomie financière totale pour l'approvisionnement en contraceptifs en 2010*

La CAME qui a déjà un mandat précis du MS pour l'approvisionnement du pays en MEG et consommables médicaux ne peut être engagé dans le processus de sécurisation des PSR que sur la base d'un Contrat de Gestion qui spécifie les rôles ainsi que les droits et devoirs de chaque partie. Ceci est d'autant plus important que si l'approvisionnement des PSR incombait à la CAME il lui faudra supporter des charges supplémentaires (temps du personnel, augmentation des aires de stockage, autres frais de fonctionnement..).

La DSF et la direction de la CAME élaboreront ensemble les termes et contenu du Contrat de Gestion. Cette activité doit être réalisées sans délai, une fois que toutes les parties concernées auraient accepté que l'approvisionnement des PSR soit confié à la CAME.

Action 3 : *Monitoring de la progression vers l'autonomie financière en approvisionnement des PSR, Audit annuel des comptes*

C'est une activité de soutien nécessaire dont l'objectif est de suivre l'exécution du plan de financement, d'assurer que les actions correctrices sont prises au fur et à mesure afin que les résultats escomptés soient atteints dans les délais planifiés. C'est une des responsabilités du CTGP-SR qui fera appel à des experts nationaux et internationaux.

4.5.2.4. Intrants et Conditions critiques

Conditions Critiques

La mise en œuvre de l'axe « Financement intégrée, sécurisé et progressivement autonome » sera possible si :

- Le Gouvernement Béninois maintient (ou accroît) les fonds alloués chaque année à l'acquisition des PSR.
- Le ministère chargé des finances a mis en place des mécanismes décentralisés (au niveau du MS) souples et simplifiés d'utilisation des fonds alloués sur le budget national.
- Les partenaires respectent leurs engagements financiers.
- L'approvisionnement du pays en PSR est centralisé et assuré par une structure ayant les compétences requises et reconnues par toutes les parties qui apportent leur contribution.
- Un mécanisme de recouvrement des coûts de cession des PSR efficace et transparent est mis en place²².
- La DSF dispose d'un tableau de bord pour le suivi de la mobilisation et de la gestion des ressources financières destinées à l'acquisition des PSR au niveau national.

Les intrants

Les intrants pour la mise en œuvre de cet axe stratégique sont détaillés dans le tableau no9. Ce sont les contributions financières annuelles de chaque acteur y compris le gouvernement béninois. A celles-ci il faut ajouter les fonds requis pour assurer les audits financiers et les évaluations du système financier.

²² *Le MS, dans cette perspective, assure le leadership pour assurer la bonne gestion des ressources financières et des produits à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et régler les différents problèmes liés à la mauvaise gestion. Le taux de recouvrement des coûts de cession des PSR aux niveaux intermédiaire et périphérique devra bénéficier d'une attention particulière. Le MS prendra par ailleurs les mesures nécessaires pour intégrer la distribution des produits contraceptifs au circuit de distribution des MEG et les faire gérer par la CAME.*

4.5.2.5. Période et délai d'exécution

La mise en œuvre de cet axe stratégique sera concomitante à celle de « Engagement Politique et Coordination ». Elle démarrera après la validation du plan intégré de financement et celle du chronogramme détaillé des activités des structures de gestion et de coordination de la stratégie de RMMN notamment l'USMS. Une période de 8 mois [Juillet 06 à Mars 07] est nécessaire pour la réalisation des engagements financiers de chaque acteur et le lancement du système de financement et de recouvrement des coûts.

4.5.2.6. Indicateurs de suivi et de Performance

- Taux de recouvrement annuel des engagements financiers de chaque acteur
- Taux d'engagement et d'utilisation annuels des fonds alloués par le budget national
- Taux d'accroissement annuels des fonds alloués par le budget national
- Taux de recouvrement des coûts de cession des PSR à chaque palier du système sanitaire
- Niveau d'exécution annuel du plan intégré pour le financement des coûts d'acquisition des PSR
- Nombre d'audits financiers réalisés sur la période 2006-2015

4.5.3. Approvisionnement de PSR de qualité maîtrisé et sécurisé, et gestion performante des PSR

4.5.3.1. Constats et Justification

Seules les agences internationales (UNFPA, USAID, IPPF etc.) maîtrisent l'acquisition de PSR de qualité et à bas prix auprès des fabricants. L'implication des structures nationales publiques et privées est souvent limitée à l'expression des besoins quantifiés. Il existe dans le système sanitaire une gamme variée et étendue de PSR avec souvent la même molécule commercialisée sous différents noms qui sont proposés comme différents produits (c'est le cas avec les contraceptifs et les antibiotiques). Cette situation limite la rationalisation et l'efficacité dans l'approvisionnement et l'utilisation des PSR, et entraîne la confusion.

Le MS ne dispose pas d'un plan national qui réglemente et normalise la distribution des PRS au Bénin. Les sources d'approvisionnement sont multiples entraînant une multiplicité des circuits de distribution. Chaque acteur a son circuit de distribution qui fonctionne selon ses règles propres rendant difficile tout suivi et contrôle par la DSF et la Direction des Pharmacies et du Médicament.

Tous les acteurs s'accordent à reconnaître qu'il est difficile d'avoir une estimation correcte des besoins en PSR à chaque palier de la pyramide sanitaire. Les données sur les consommations ne sont pas toujours disponibles dans les structures de prestation de services SR, et celles disponibles ne sont pas fiables. Les besoins sont estimés de manière empirique et manuelle. Les estimations aux niveaux départemental et zone sanitaire ne semblent suivre aucune norme et procédure précises malgré les efforts faits dans ce domaine par le MS pour disséminer celles élaborées par UNFPA et DELIVER aux niveaux intermédiaire et périphérique. Par ailleurs, les DDS et Zones Sanitaires ne disposent pas d'un logiciel de gestion et d'estimation des besoins en PSR.

La Gestion des stocks est empirique. Beaucoup d'agents responsables de la gestion sont pas formés à l'utilisation des supports qui sont mal remplis. Les données collectées ne sont pas fiables et sont peu utilisées pour les décisions de planification. Les statistiques existant aux différents paliers ne sont pas concordantes. Cette situation est aggravée par l'inexistence au niveau des DDS et de la DSF d'un mécanisme efficace de revue, mise à jour et harmonisation des statistiques sur la logistique des PSR.

4.5.3.2. Objectifs

Cet axe stratégique vise à :

- Assurer un approvisionnement national continu pour une gamme restreinte et validée de PSR de qualité et à bas prix par une seule structure nationale agréée par tous les partenaires
- Rendre performante la gestion des PSR ainsi acquis

Les objectifs spécifiques et les résultats qui contribuent à l'atteinte de ce but sont détaillés dans le tableau no 10.

Objectifs spécifiques et Résultats attendus

Tableau no10 : Objectifs spécifiques & Résultats attendus de l'axe stratégique «Approvisionnement de PSR sécurisé et Gestion Performante des PSR »	
Objectifs spécifiques	Résultats attendus
1. Accroître les capacités de la CAME pour l'approvisionnement des PSR de qualité et à bas prix	<ol style="list-style-type: none"> 1. Une convention officielle de parrainage de la CAME pour avoir accès aux PSR de qualité et à bas prix sur le marché international est signée entre les agences du Système des Nations Unies et le Gouvernement Béninois 2. Une gamme restreinte de PSR est sélectionnée et validée par le MS comme la liste officielle des PSR pour lesquels le Bénin sera approvisionné pendant la période 2006-2015 3. Les commandes des PSR par la CAME sont passées à travers la plate forme d'achat de UNFPA 4. Au moins un séminaire de renforcement des compétences de l'équipe de la CAME sur les nouvelles normes et procédures internationales d'approvisionnement et les techniques de négociations avec les fabricants internationaux est organisé chaque année
2. Améliorer la fiabilité des estimations des besoins du pays en PSR	<ol style="list-style-type: none"> 5. Le logiciel PIPELINE est installé au niveau central (CAME et/ou DSF), et le logiciel SUPPLY CHAIN MANAGER dans toutes les ZS et formations sanitaires, et les responsables de la gestion des PSR de chaque niveau formés à leur utilisation 6. Les normes et procédures de contrôle de la qualité des données sur la gestion, l'utilisation et les besoins en PSR sont élaborées et disséminées à tous les paliers de la pyramide sanitaire 7. Le personnel de santé dans chaque ZS et formation sanitaire est recyclé sur l'utilisation des outils et fiches du système d'Information et de Gestion de la Logistique (SIGL) 8. A la fin de chaque année, les projections de besoins sur les trois ans à venir de toutes les ZS et formation sanitaire du pays sont acheminées à la CAME et à l'USMS
3. Assurer une disponibilité permanente des PSR à tous les paliers de la pyramide sanitaire	<ol style="list-style-type: none"> 9. Un circuit national intégré de distribution des PSR est conçu et rendu opérationnel 10. Le taux de disponibilité des PSR dans toutes les ZS et communes est monitoré trimestriellement et les rapports acheminés à la CAME et à l'USMS 11. Un mécanisme de prêt de stock de PSR est mis en place entre les zones sanitaires et les formations sanitaires
4. Accroître la performance des responsables et gestionnaires des structures sanitaires en gestion informatisée des PSR	<ol style="list-style-type: none"> 12. Tous les responsables et gestionnaires des structures sanitaires qui utilisent les PSR sont formés à l'utilisation du PIPELINE au niveau central, et au Supply Chain Manager aux paliers inférieurs 13. Tous les responsables et gestionnaires des structures sanitaires formés à l'utilisation des logiciels sont supervisés trimestriellement et leur performance évaluée semestriellement par les DDS de tutelle.

4.5.3.2. Actions / Activités à mener

Action 1 : Renforcement des capacités nationales à négocier et avoir accès à la plate forme d'achats des agences internationales UNFPA/USAID/IPPF

C'est une condition critique que le gouvernement béninois devra réaliser avec ses partenaires pour asseoir une véritable capacité et autonomie en matière de sécurisation des PSR. Il s'agira d'engager la CAME (si elle est retenue comme la structure nationale chargée de l'approvisionnement en PSR) dans un processus de négociation et de capacitation sous le parrainage des agences internationales comme l'UNFPA afin qu'elle accède à des facilités d'achats de PSR de qualité et à bas prix auprès des fabricants internationaux. Une telle démarche comprend au minimum :

- la signature d'une convention officielle entre le gouvernement béninois et l'UNFPA qui spécifie les rôles et responsabilités de chaque partie ainsi que les étapes à franchir ensemble assorties d'un agenda.
- des séminaires de renforcement des compétences sur les normes et procédures internationales d'approvisionnement, les techniques de négociation etc.
- l'élaboration et la vulgarisation d'une liste officielle de PSR conçue à partir d'une gamme restreinte de produits. Seuls les PSR faisant partie de cette liste officielle seront commandés pour le Bénin dans le cadre de la stratégie de sécurisation sur la période 2006-2015. Cette liste officielle sera revue et mise à jour en 2010 à la faveur de l'évaluation à mi parcours de la stratégie de sécurisation.

Action 2 : Conception et mise en place d'un circuit national intégré de distribution des PSR

L'USMS et les CDIS s'inspireront des circuits de distribution des contraceptifs de l'ABPF et de PSI, et du circuit de distribution des MEG de la CAME pour concevoir et soumettre à l'approbation du CNIS et du CISMS un circuit national intégré pour la distribution des PSR. Ce circuit ne sera mis en œuvre qu'une fois validée. C'est un maillon essentiel de la chaîne de sécurisation des PSR qui garantit que les produits de qualité acquis à l'extérieur sont acheminés à temps dans des conditions sécurisées aux lieux d'utilisation. Un circuit de distribution peu performant est aussi source de rupture de stocks.

Le CISMS et l'USMS feront appel à l'expertise nationale et internationale pour réaliser une étude de faisabilité et concevoir le circuit national intégré de distribution des PSR.

Action 3 : Utilisation systématique du logiciel PIPELINE au niveau central, et vulgarisation de l'utilisation du « Supply Chain Manager » aux niveaux intermédiaire et périphérique couplée à la dissémination des normes et procédures actualisées de gestion des PSR

L'USMS en collaboration avec DELIVER, la DNZS, la DPP, les DDS et les EEZS, et avec l'appui financier des partenaires:

- Acquiert et installe le logiciel PIPELINE à la CAME et/ou la DSF et forme les gestionnaires des PSR à son utilisation.
- Fait faire l'inventaire du parc informatique dans les DDS, les CHD, les bureaux de zones, HZ et centres de santé de commune et ONGs actifs en SR, acquiert et met en place des ordinateurs et leurs accessoires là où le besoin existe.
- Installe le logiciel « Supply Chain Manager » de préférence dans les ordinateurs des gestionnaires²³, des MCZS, Responsables des services départementaux de pharmacie, et forme ces derniers à son utilisation. Il est vital pour la sécurisation que ceux qui ont la charge des PSR dans les zones sanitaires soient rapidement capable de réaliser des projections objectives et réalistes des quantités à commander basées sur une meilleure estimation des besoins. A ce sujet, l'USMS peut avoir recours à des experts nationaux compétents.
- Élabore/actualise et dissémine dans toutes les ZS des normes et procédures de gestion des PSR et de contrôle de la qualité des données.
- Organise au plus tard fin janvier de chaque année une revue, mise à jour et harmonisation des données sur la gestion des PSR de l'année écoulée.

Les DDS organisent tous les 6 mois une revue, mise à jour et harmonisation des statistiques sur la gestion des PSR.

²³ Gestionnaires des CSC, de bureau de zone, dépôts répartiteurs, des HZ, ONGs
Stratégie de Sécurisation des Produits SR 2006-2015, DSF/MS, Bénin, Août 2006

Action 4 : *Suivi de la Performance de la stratégie de sécurisation et du personnel de santé à gérer les PSR*

La réussite de la stratégie de sécurisation dépend pour une bonne part de la performance du système de gestion des PSR mis en place à tous les paliers de la pyramide sanitaire. Ce système de gestion est lui aussi étroitement lié au Système d'Information et de Gestion de la Logistique (SIGL) qui sera mis en place pour suivre l'ensemble. En effet, tout dépendra de la capacité du SIGL à générer des statistiques fiables et à jour qui permet aux responsables et gestionnaires de prendre des décisions de Gestion, d'améliorer continuellement la qualité de la gestion PSR.

A cet effet, les structures de gestion, de coordination et de suivi des stratégies de réduction de la MMN et de sécurisation des PSR devront jouer pleinement leurs rôles.

4.5.3.4. Intrants et Conditions critiques

Conditions critiques

Les objectifs de l'axe stratégique « Approvisionnement de PSR de qualité maîtrisé et sécurisé, et gestion performante des PSR » ne seront atteints que si les conditions ci-dessous sont réalisées.

- Les agences internationales en particulier l'UNFPA acceptent de parrainer la CAME dans les négociations internationales des prix des PSR et lui facilitent l'accès à leur plate forme d'achat.
- La CAME accepte de se conformer aux normes et procédures internationales d'approvisionnement
- Le MS met en place un circuit national intégré de distribution des PSR, informatise la gestion des PSR à travers les logiciels PIPELINE et « Supply Chain Manager », et met en oeuvre un plan de suivi de la performance du système de gestion des PSR.
- Le MS et les partenaires fournissent les ressources financières et l'appui technique requis
- Le MS exerce le leadership nécessaire et demande des comptes aux Directeurs Centraux, Coordonnateurs de Programmes et DDS lors des réunions techniques semestrielles et annuelles.

Intrants

- Matériels informatiques
- Logiciels PIPELINE et « Supply Chain Manager »
- Honoraires et per diem des experts nationaux et internationaux
- Budget des sessions de formation et de dissémination
- Espace de stockage

4.5.3.5. Période et délai d'exécution

La mise en œuvre de cet axe stratégique suivra le lancement des deux premiers. Une période minimale de 24 mois sera nécessaire pour exécuter toutes les activités prévues.

4.5.3.6. Indicateurs de suivi et de Performance

- Nombre de négociations internationales des prix des PSR auxquelles la CAME a participé chaque année

- Nombre de séminaires de renforcement des compétences sur les normes et procédures internationales d'approvisionnement, les techniques de négociation organisés à l'intention des structures nationales
- Circuit national intégré de distribution des PSR conçu, mis en place et fonctionnel en 2007
- Nombre d'institutions nationales et internationales, de structures de prestation de soins SR qui utilisent le circuit national intégré de distribution des PSR
- Nombre de structures de prestation de soins SR aux niveaux départemental et zone sanitaire qui utilisent le logiciel « Supply Chain Manager »
- Proportion des estimations/projections de besoins en PSR traitées par « Supply Chain Manager » et adressées²⁴ à la CAME
- Taux de disponibilité des PSR dans les structures de prestation de soins SR aux niveau central, départemental et zone sanitaire / Proportion de structures de prestation de soins SR qui ont connu des ruptures de stocks

4.5.4. Offre Intégrée des services SR de qualité 7 jrs sur 7 pour satisfaire une demande accrue

4.5.4.1. Constats et Justification

Les services et soins SR fournis ne sont pas de qualité et ne couvrent pas les besoins des populations malgré les efforts déployés par la DSF/MS et ses partenaires qui ont développé, expérimenté, révisé et vulgarisé les normes et protocoles de Santé Familiale. En fait, le document de normes et protocoles de SF révisées ont été distribués au niveau central et dans tous les départements et zones sanitaires. Malheureusement cette distribution n'a pas été accompagnée d'une formation des prestataires à leur utilisation. Dans les départements du Borgou-Alibori et des Zou-Collines par exemple, seule une formation des formateurs a été faite faute de ressources financières. Par ailleurs, il n'existe pas un Plan de Suivi de la Performance des prestataires de services SR, et les DDS et EEZ ne disposent pas d'un outil simple d'Evaluation Rapide de la Performance des Prestataires (ERPA). Enfin les ruptures fréquentes de PSR ont fini par décourager les utilisateurs qui fréquentent de moins en moins les services SR.

Cette situation peu flatteuse a eu comme conséquence une demande qui demeure faible avec beaucoup de besoins non satisfaits²⁵. Les différentes expériences de Services à Base Communautaire (SBC), et de Communication pour le Changement de Comportement (CCC), conduites dans quelques ZS ont permis d'accroître significativement la demande en services SR. Mais ce regain d'intérêt des populations n'a pas été suivi d'une offre conséquente des produits et services SR souvent faute d'un approvisionnement approprié en PSR. Dans ces conditions, en plus des SBC et CCC, la sécurisation de l'approvisionnement et de la distribution des PSR doit être renforcée par un véritable plan de marketing.

4.5.4.2. Objectifs

Cet axe stratégique vise à :

- Accroître la demande des PSR et Services de SR
- Satisfaire la demande par une offre de services de SR de qualité

²⁴ Par les structures de prestation de soins SR aux niveaux départemental et zone sanitaire

²⁵ *Etude sur l'offre et la demande de services SR, UNFPA, décembre 2003. Stratégie de Sécurisation des Produits SR 2006-2015, DSF/MS, Bénin, Août 2006*

Les objectifs spécifiques et résultats à réaliser pour atteindre ce but sont détaillés dans le tableau no 11.

Tableau no11 : Objectifs spécifiques & Résultats attendus de l'axe stratégique «Offre Intégrée des services SR de qualité 7 jrs sur 7 pour satisfaire une demande accrue »	
Objectifs spécifiques	Résultats attendus
1. Renforcer les interventions CCC multimédia et les SBC dans les ZS et communes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un plan de renforcement des interventions CCC multimédia axé sur la SR et les PSR est élaboré et mis en œuvre dans les ZS et communes 2. Les SBC sont progressivement mis en place dans toutes les ZS et communes 3. l'approche MAMAN VISA est vulgarisée dans toute les ZS et communes 4. Les personnels des centres de santé de commune et d'arrondissement sont formés à la gestion des interventions CCC multimédia, SBC et MAMA VISA
2. Faire le marketing des PSR inclus dans la stratégie de sécurisation	<ol style="list-style-type: none"> 5. Un plan de marketing des PSR est élaboré et validé 6. Le plan de marketing est exécuté et les performances réalisées sont monitorées
3. Améliorer la qualité des services et soins SR	<ol style="list-style-type: none"> 7. Les équipes de soins dans les ZS et communes sont formés à l'offre intégrée des services SR et à l'amélioration continue de la qualité des services et soins SR 8. Des réseaux d'amélioration de la qualité des services et soins SR sont créés et se réunissent semestriellement

4.5.4.3. Actions/Activités à mener

Action 1 : *Renforcement des stratégies de mobilisation communautaire dans les zones sanitaires et les formations sanitaires avec un accent particulier sur la CCC multimédia, et les SBC*

Plusieurs projets de santé familiale²⁶ ont conçu et expérimenté différentes approches CCC multimédia (radio locale, théâtres, griots, groupes folkloriques, matériels IEC sur papier ou sur supports magnétiques) et SBC pour renforcer les interventions SR telles que IST-VIH-SIDA, SONU et SONU communautaire, PCIME clinique et PCIME communautaire, Vaccination etc.

L'USMS avec l'appui du CISMS et des CDIS gagnera à faire la synthèse des acquis (méthodes et outils testés avec succès, résultats validés) de ces expériences et s'appuyer sur elle pour élaborer et exécuter un plan de renforcement des interventions CCC/SBC axé sur la SR et la sécurisation des PSR. Le but visé est de (1) créer et de renforcer au sein des populations la conscience et la confiance qu'elles peuvent activement demander des services de SR et que les services et les produits seront disponibles et accessibles à tout moment pour satisfaire leurs besoins, (2) rendre disponibles les services et produits SR jusqu'au niveau village et ménage à travers un réseau organisé, fonctionnel, supervisé et motivé de ASBC et MAMAN VISA²⁷. Des expertises nationales et internationales sont actuellement disponibles pour aider l'USMS à planifier et mettre en œuvre cette stratégie.

Action 2 : *Elaboration et exécution d'un plan de Marketing des PSR*

Jusqu'à ce jour, en dehors de PSI qui fait la promotion de ses PSR par un marketing efficace, aucune structure nationale publique ou privée, et aucune agence internationale qui appui la SR au Bénin n'utilise le marketing. Tout le monde suppose que les populations n'ont pas d'autre choix que d'utiliser les services et PSR présentés par le système de soins « modernes » officiel. Les faits ont démontré à suffisance le contraire surtout avec la présence d'un marché parallèle et informel de PSR florissant et difficile à contrôler.

²⁶ INTRAH, PROLIPO, PROSAF, PSE/MCDI, PSS, UNFPA (la liste n'est ni exhaustive ni limitative)

²⁷ Cette approche a été expérimentée avec beaucoup de succès par PSE/MCDI dans les communes de Tchaourou et N'dali [VISA : Visiter Identifier Sensibiliser Accompagner]

La stratégie de sécurisation des PSR développée dans ce document s'inscrit dans une logique « d'offre et de demande » des services et produits SR et a l'ambition de « réveiller », maintenir et renforcer une demande potentielle non exprimée. C'est la seule approche pour satisfaire les importants besoins en SR non couverts par le système de santé. Ceci ne peut être réalisé que si l'USMS avec l'appui du CISMS et des CDIS élabore et met en place un plan de marketing des services et PSR. L'USMS sollicitera, à cet effet, l'expertise et la grande expérience de PSI en Marketing des contraceptifs et moustiquaires imprégnées. Le comité pourra également faire appel à l'expertise nationale et internationale si nécessaire. Il veillera à signer des contrats de prestations avec l'ORTB, les radios locales, les radios FM, les chaînes de télévision publique et privées dans le cadre de ce marketing.

Action 3 : *Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services SR*

L'un des facteurs clés qui influencera le niveau de la demande des services et produits SR et la satisfaction des besoins SR est le niveau de qualité des services SR offerts dans les structures privées et publiques de soins.

Pour cette raison, la présente stratégie de sécurisation a prévu des actions et activités concrètes pour assurer la qualité des services SR et l'améliorer continuellement. Ces actions et activités sont :

- Dissémination des normes et protocoles révisés de SSF à tous les prestataires dans toutes les zones sanitaires du Bénin sur la base d'un plan de dissémination réaliste et validé. Les ZS qui ont déjà bénéficié de cette dissémination ne seront pas pris en compte dans ce plan (des sessions de recyclage de 2 jours maximum organisées par les EEZ de ces ZS devraient suffire).
- Elaboration et dissémination de normes et protocoles de SR pour les composantes qui n'en ont pas.
- Mise en place/Redynamisation de réseaux d'amélioration de la Qualité des services de SR dans tous les départements. Il s'agit d'une approche qui permet une amélioration rapide et à grande échelle de la qualité des services et soins à travers des rencontres d'apprentissage et d'échange d'expériences et de solutions entre les agents de santé impliqués dans ce processus. Elle peut être lancée à partir des ressources humaines, matérielles et financières disponibles. Elle a déjà été expérimentée avec succès dans les ZS du Borgou Alibori, et dans plusieurs maternités du sud du Bénin.
- La DSF en collaboration avec la Direction des Zones Sanitaires (DZS) révisé les normes et procédures de supervision formative et les disséminent dans toutes les ZS. La supervision formative est nécessaire pour maintenir et renforcer la performance des agents de santé.
- La DSF en collaboration avec les Directions Techniques, les programmes du MS, les DDS et les MCZS élabore, dissémine, et met en œuvre un Plan de Suivi de la Performance des prestataires dans les ZS. Ce plan intégrera l'exécution annuelle d'une Evaluation Rapide de la Performance des Prestataires (**ERPA**) organisée par les DDS.

4.5.4.4. Les intrants et conditions critiques requis

Conditions Critiques

- Les partenaires fournissent l'appui technique et financier nécessaire.
- La DSF, les autres Directions Techniques, les programmes du MS et les DDS se dotent d'un tableau de bord et outils communs pour suivre la performance des prestataires dans les ZS.

Intrants

Budget pour :

- Elaborer et mettre en œuvre le plan de renforcement des interventions CCC et SBC
- Elaborer et exécuter le plan de marketing
- Elaborer et mettre en œuvre la stratégie d'amélioration continue de la qualité des services SR
- Honoraires et per diem des experts nationaux et internationaux

4.5.4.5. Période et délai d'exécution

La mise en œuvre de cet axe stratégique peut être conduite parallèlement à la l'axe « Approvisionnement de PSR de qualité maîtrisé et sécurisé, et gestion performante des PSR ». Une période 24 mois sera nécessaire pour exécuter toutes activités prévues.

4.5.4.6. Indicateurs de suivi et de Performance

- Nombre de localités (villages et communes) couvertes par les émissions radio sur SR et PSR, prestations des troupes de théâtre, groupes folkloriques et autre canal de communication
- Nombre d'émissions radio/télé sur la SR et PSR
- Nombre de villages couverts par les SBC et MAMAN VISA fonctionnels
- Nombre de produits SR qui bénéficient d'un marketing planifié
- Evolution du volume des ventes par produit
- Evolution des populations ciblées par les différents produits
- Evolution de la performance des agents de santé dans la fourniture des principaux services SR (PF, PCIME, TETU, Accouchement, GATPA, GEU, etc.)
- Evolution des délais de fournitures des premiers soins SR aux clientes évacuées dans les centres de références
- Evolution des taux d'infection post opératoire
- Evolution de taux de décès des enfants de 0-5ans et maternels dans les centres de référence

Cette liste n'est ni exhaustive ni limitative.

5. Mise en œuvre de la Stratégie pour la Sécurisation des Produits de SR

Etant donné les capacités actuelles du système des services de santé à gérer la SR, nous proposons pour la mise en œuvre de cette stratégie, une démarche en quatre (4) phases. Chaque phase comportant plusieurs étapes chronologiques.

5.1. Phase de lancement [12 mois]

1. Validation de la Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits SR.
2. Installation/ Confirmation officielle des structures de gestion, de coordination et de suivi de la stratégie de réduction de la MMN avec un cadre législatif et institutionnel et un cahier de charge précis.
3. Elaboration et validation de la liste officielle minimum des PSR
4. Réunion technique des partenaires (convoquée par l'USMS), pour opérationnaliser les mécanismes de financement et mettre en place des procédures de coordination et de gestion des ressources financières qui seront mobilisées. Chaque partenaire précise et chiffre ces engagements.
5. Elaboration et Signature des conventions entre les partenaires, le MS et la structure nationale chargée de l'approvisionnement des PSR.
6. Elaboration et Mise en œuvre au niveau central des Plans de :
 - a. Plaidoyer pour la promotion de la Sécurisation des PSR
 - b. Pérennisation de la Sécurisation des PSR
 - c. Mobilisation des ressources financières
 - d. Suivi de la Performance de la stratégie de Sécurisation
7. Inventaire des stocks disponibles au niveau central, Vérification et mise en place d'un mécanisme de suivi des commandes de PSR en cours, réception des commandes de 2005.
8. Préparer et passer les commandes des PSR au titre de 2006.
9. Elaboration des normes et procédures de (i) gestion de la sécurisation des PSR, (ii) contrôle de la qualité des données du SIGL y compris les données financières.
10. Instructions assorties de délais aux DDS et Zones Sanitaires pour un inventaire rigoureux des stocks de PSR disponibles et expression des besoins en PSR (estimés sur la base des consommations moyennes mensuelles), et besoins en informatique pour la gestion des stocks.
11. Estimation des coûts liés à l'informatisation de la gestion de la logistique des PSR, et à la dissémination des protocoles de SF, des normes et procédures de gestion de la sécurité des PSR. Recherche de financement auprès des partenaires.

5.2. Phase de Renforcement des Capacités Opérationnelles [24 mois]

1. Dissémination combinée (i) des Protocoles de Santé Familiale, (ii) des Normes et Procédures de Gestion de la Sécurité des PSR, (iii) des Normes et Procédures de contrôle de la qualité des données du SIGL.
2. Acquisition et installation du matériel informatique et du logiciel PIPELINE²⁸ au niveau central et du logiciel « Supply Chain Manager » dans les zones sanitaires, les hôpitaux et auprès des ONGs.
3. Formation des principaux acteurs aux niveau central, départemental et périphérique à l'utilisation des logiciels pour la gestion des PSR et l'estimation / projection des besoins.
4. Elaboration et mise en place de mécanismes efficaces et transparents de recouvrement des coûts de cession des PSR.
5. Commande de PSR pour 2007 et 2008.

²⁸ Une alternative au PIPELINE pourrait être le Commodity Country Manager (CCM), un logiciel recommandé par UNFPA qui permet de faire des projections pour éviter des ruptures de stocks à partir des informations recueillies.
Stratégie de Sécurisation des Produits SR 2006-2015, DSF/MS, Bénin, Août 2006

6. Elaboration et mise en place de méthodes novatrices et outils de supervision formative efficaces, ainsi que la méthode et outils pour l'ERPA.
7. Dissémination et exécution aux niveaux intermédiaire et périphérique des plans de pérennisation de la sécurisation des PSR, et de suivi de la performance de la stratégie de sécurisation des PSR
8. Elaboration et mise en place d'un plan de marketing des PSR et d'un circuit efficace de distribution des PSR.
9. Réception des commandes de PSR passées au titre de 2006, 2007 et 2008.
10. Commandes de PSR pour les années suivantes.
11. Elaboration d'un plan de renforcement des stratégies de mobilisation communautaire existantes centré sur la CCC multimédia et les SBC

5.3. Phase de Maîtrise de la Gestion de la Sécurisation des PSR et Prestation de Services SR de Qualité [24 mois]

1. Approvisionnement régulier et continu du pays, des départements et zones sanitaires en PSR.
2. Mise en œuvre du plan de marketing des PSR.
3. Mise en œuvre des méthodes et outils d'intégration et d'amélioration continue de la qualité de l'offre des services de SR.
4. Supervision régulière (i) de la gestion de la sécurité des PSR dans les départements et zones sanitaires, (ii) des prestations de soins de SR par les agents de santé.
5. ERPA régulière.
6. Monitoring périodique de la performance du système de sécurité des PSR à partir du PSP et de la mise en œuvre du plan d'institutionnalisation.
7. Revue annuelle de la stratégie de sécurisation.
8. Evaluation à mi parcours de la mise en œuvre de la stratégie en 2010.

5.4. Phase de Renforcement et de Pérennisation de la Stratégie pour la Sécurisation des PSR

1. Ateliers annuels nationaux de revue de la stratégie nationale pour la sécurisation des PSR
2. Mise en œuvre et suivi des recommandations de l'évaluation à mi parcours.
3. Evaluation finale de la stratégie (2015).

6. Les outils nécessaires à la mise œuvre de la Stratégie de Sécurisation des PSR

Les principaux outils requis à la mise en œuvre de la SPSR présentés et décrits avec les différents axes stratégiques sont recensés dans l'encadré ci-dessous. L'USMS veillera à leur élaboration et utilisation.

1. Plans de Mobilisation des Ressources Financières pour la Stratégie de Sécurisation des PSR
2. Plan de Plaidoyer pour la Promotion de la Sécurisation PSR
3. Plan de Pérennisation de la Sécurisation des PSR
4. Plan de Suivi de la Performance de la Stratégie de Sécurisation des PSR
5. Plan de Marketing des Produits SR
6. Circuit de distribution des Produits SR
7. Document de Normes et Procédures de Gestion de la Sécurisation des PSR
8. Document de Normes et Procédures de contrôle de la qualité des données sur la gestion des PSR
9. Guide et questionnaires pour l'Evaluation Rapide de la Performance des Agents de Santé
10. Logiciels PIPELINE et « Supply Chain Manager », Guide du Formateur et Guide de l'apprenant
11. Budget annuel de fonctionnement du CNIS, du CISMS, de l'USMS, des CDIS

7. CHRONOGRAMME DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE NATIONALE DE SECURISATION DES PRODUITS DE SR (2006 –2010)

	Phase 1 : Lancement				Phase 2 : de Capacitation								Phase 4 : de renforcement et de Pérennisation								
	1T06	2T06	3T06	4T06	1T07	2T07	3T07	4T07	1T08	2T08	3T08	4T08	1T09	2T09	3T09	4T09	1T10	2T10	3T10	4T10	
<i>Validation du Document de la Stratégie de Sécurisation PSR</i>	⇨																				
Engagement Politique																					
Coordination																					
Mise en place Comité Technique Gestion Sécurisation PSR	⇨																				
Elaboration et exécution du Plan Plaidoyer pour la Promotion de la SPSR et du Plan de Pérennisation SPSR	⇨																				
Elaboration et exécution du Plan de Suivi Performance stratégie SPSR		→																			
Elaboration et Dissémination des normes et procédures SPSR		→																			
Financement intégré, sécurisé et progressivement autonome																					
Elaboration et exécution d'un plan de mobilisation des ressources financières		⇨																			
Signature convention approvisionnement PSR entre CAME MS et Partenaires			⇨																		
Signature convention utilisation plate forme d'achat PSR de UNFPA entre CAME MS et UNFPA			⇨																		
Monitoring progression vers autonomie financière				⇨			⇨			⇨					⇨					⇨	
Audit annuel des comptes					⇨				⇨					⇨						⇨	
Approvisionnement maîtrisé et sécurisé, et																					

	Phase 1 : Lancement			Phase 2 : de Capacitation								Phase 4 : de renforcement et de Pérennisation								
	1T06	2T06	3T06	Phase 2 Capacitation			Phase 3 : Phase de Maîtrise de la Sécurisation des PSR							1T10	2T10	3T10	4T10			
gestion performante des PSR de qualité				[Barre verte]																
Renforcement des capacités nationales à négocier et accéder à la plate forme d'achat internationale				→																
Conception et mise en place d'un circuit national intégré de distribution des PSR				→																
Vulgarisation PIPELINE et dissémination normes et procédures de gestion PSR				→																
Suivi de la performance de la stratégie de sécurisation				→																
Offre Intégrée de services SR de qualité				[Barre bleue]																
Elaboration et mise en œuvre stratégie de mobilisation commu nautaire CCC6-SBC				→																
Elaboration et exécution d'un plan de marketing des PSR				→																
Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services SR				→																
Autres activités de Coordination																				
Revue annuelle de la stratégie de SPSR				⇒				⇒					⇒							
Evaluation à mi Parcours												⇒								

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ministère de la Santé, 2006, Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale ;

BETBOUT H. et al, 1998, Santé de la Reproduction au CAMEROUN : Situation dans les formations sanitaires, Cahiers de l'IFORD N°23

Bureau de coopération de l'Ambassade de Suisse, 2003, Rapport Général de la Mission d'évaluation des dix ans d'activités de la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux du Bénin, Cotonou ;

Fonds Mondial, 2004, Gestion des achats et des stocks : un guide sur la politique du Fonds mondial, « Investissons dans notre avenir » ;

MBOUP G, KODJOGBE N, 1999, Perspectives sur la planification familiale et la santé de la reproduction au Bénin in MPREPE, INSAE, 1999, Résultats d'analyses approfondies de la première enquête démographique et de santé au Bénin,

Ministère de la Santé, octobre 2000, Mission d'appui Sous-Programme Santé de la Reproduction du Sous-Programme d'appui du FNUAP, Rapport de mission, Cotonou ;

Ministère de la Santé, 1998, Politique Normes et standards en santé familiale au Bénin, Cotonou ;

Ministère de la Santé / DPED, 2003, Liste Nationale des Médicaments Essentiels sous noms génériques, Cotonou ;

Ministère de la Santé/ Direction de la Santé Familiale, 2000, Programme National de Santé de la Reproduction 2003-2008, Cotonou ;

Ministère de la Santé, 2002, Programme national de santé de la Reproduction 2002-2006, Cotonou ;

Ministère de la Santé, Politiques et stratégies nationales de développement du secteur santé 1997-2001, Cotonou ;

Ministère de la Santé, Politiques et stratégies nationales de développement du secteur_santé 2002-2006, Cotonou ;

Ministère de la Santé / Direction de la Santé Familiale, 2002, Protocoles de Santé Familiale révisés, Cotonou ;

Mission de conseil Logistique à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Bénin, 2002, Rapport de Synthèse, Cotonou ;

OMS, 1992, Eléments essentiels de soins obstétricaux au premier niveau de recours, Genève, imprimé en Belgique ;

OMS – UNICEF – FNUAP, 2001, .Principes Opérationnels de Bonnes Pratiques pour les Achats des Produits Pharmaceutiques ;

Price Waterhouse Coopers (“Local Fund Agent”), 2003, Assessment Report on Procurement and Supply Management regarding Grant Agreements between the Global Fund and the UNDP (« Principal Recipient ») Components Malaria, Tuberculosis and HIV/AIDS, Benin;

PNUD, 1998, La Santé de la Reproduction in PNUD, 1998, Rapport sur le développement humain au Bénin, Cotonou, Imprimerie Tundé ;

UNFPA, 1998, Rapport de l'opération nationale d'évaluation des programmes de populations (ONEP), Cotonou ;

UNFPA, 2003, Rapport d'étude sur l'offre et la demande de services SR au Bénin, Cotonou ;

UNFPA, 2004, Rapport d'évaluation de la Sécurité des PSR au Bénin ;

USAID / UNFPA, 2004, SPARHCS : Approche stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction « Un outil pour l'évaluation, la planification et la mise en œuvre » ;

WHO / UNFPA, 2002, Draft discussion document, essential drugs and other commodities for reproductive health services, WHO/UNFPA, 2002” ;

WHO, 2004, Model list of Essential Medicine, revised version ;

WHO - Malaria Unit Geneva, Division of Control of Tropical Diseases, 1998, THE USE OF ARTEMISININ & ITS DERIVATIVES AS ANTI-MALARIAL DRUGS/ Report of a Joint CTD/DMP/TDR, Informal Consultation;

WHO, 2005, Les combinaisons thérapeutiques antipaludiques, rapport d'une consultation technique de l'OMS ;