



**USAID** | **GUINEA**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

## **Etude de la Logistique d'approvisionnement des Produits Contraceptifs dans la Zone du Projet Prism en Guinee**

**March 2006**

**This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by Management Sciences for Health.**

## **Etude de la Logistique d'approvisionnement des Produits Contraceptifs dans la Zone du Projet Prism en Guinee**

---

Caroline Damour, Consultant

March 2006

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of Cooperative Agreement Number 675-A-00-03-00037-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

---

Guinea PRISM II Project  
Management Sciences for Health  
784 Memorial Drive  
Cambridge, MA 02139  
Telephone: (617) 250-9500  
[www.msh.org](http://www.msh.org)

## RESUME

La mission avait pour objet l'étude de la logistique d'approvisionnement des produits contraceptifs dans la zone du projet PRISM qui couvre 3 régions sanitaires de Guinée. Elle s'est déroulée en Guinée du 19 au 29 mars 2006, période au cours de laquelle de nombreux intervenants concernés par cette question ont pu être rencontrés. Les discussions ont porté sur les alternatives envisageables pour la poursuite de l'approvisionnement en contraceptifs après la fin du Projet qui est programmée en septembre 2006.

Actuellement la couverture en contraceptifs financés par USAID est assurée dans les régions de Faranah, Kankan et N'Zérékoré, où PRISM est intervenu depuis son démarrage en 1998 avec ensuite une concentration des activités sur les deux premières régions depuis 2004. Cette zone concerne une population d'environ 3,5 millions d'habitants, soit 40% de la population du pays.

Pendant la durée du Projet, PRISM s'est fortement impliqué dans les opérations logistiques d'approvisionnement en contraceptifs afin de compenser les lacunes des systèmes nationaux existants. La question du transfert de ces activités se pose aujourd'hui de façon aiguë dans la mesure où l'approvisionnement pharmaceutique reste toujours très problématique dans le pays et où la conservation des acquis du Projet après l'arrêt des interventions est liée à la continuité des activités et à la disponibilité des produits à usage contraceptif.

### **Analyse**

L'analyse du contexte actuel fait apparaître des éléments favorables pour une évolution de la problématique de l'approvisionnement. Devant les conséquences néfastes entraînées par les dysfonctionnements de l'approvisionnement pharmaceutique national, il y a véritable prise de conscience et une mobilisation des responsables et des partenaires. La « sécurisation de la disponibilité des produits pharmaceutiques essentiels accessibles à la majorité de la population » est affichée comme une orientation majeure de la Politique Pharmaceutique Nationale. Un processus de logistique intégrée reposant sur la centralisation des activités d'approvisionnement au niveau de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) a été défini. Il concerne tous les produits de santé y compris ceux des programmes verticaux et prône un transfert progressif des opérations d'approvisionnement prises en charge par les différents intervenants dans la santé. Par ailleurs, un Plan national de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SPSR) a été élaboré. Une des orientations de ce plan est de renforcer la coordination des différentes interventions dans l'approvisionnement en produits contraceptifs et leur intégration dans un système de gestion intégré des produits SR. Malgré la persistance de blocages politiques, cette mobilisation est favorable à une clarification de la situation et à la mise en place de solutions durables d'approvisionnement. Il est important qu'elle soit accompagnée d'un soutien collectif des partenaires impliqués.

Le transfert des activités d'approvisionnement en contraceptifs, actuellement assurées avec l'appui de PRISM, à des acteurs nationaux a été envisagé en s'appuyant sur les circuits et organismes existants et en prenant en compte les préconisations du processus de logistique intégrée. Toutes les activités d'approvisionnement à proprement parler reviennent de facto à la PCG dont c'est la mission et qui dispose de moyens logistiques et d'espaces de stockage tant à Conakry que dans les régions. Les alternatives explorées ne sont pas satisfaisantes, soit parce qu'elle créeraient à nouveau un circuit parallèle avec le recours à un nouvel intervenant (une ONG par exemple), soit parce qu'elles s'appuieraient sur un circuit appelé à être intégré à la PCG à terme (cellule PEV/ME).

L'analyse financière a permis de dimensionner le volume d'activité et d'évaluer le coût de la logistique d'approvisionnement de la zone du Projet. Pendant la durée du Projet, l'USAID a subventionné à 83%<sup>1</sup> le prix des contraceptifs, le système de vente des contraceptifs permet de recouvrer moins de 17% du prix réel des produits. Il est donc illusoire d'attendre un autofinancement global de l'approvisionnement incluant le coût d'achat des produits. Par conséquent il est souhaitable que l'USAID poursuive son engagement en garantissant le financement des produits contraceptifs dans les années à venir, en attendant que l'Etat ou un autre partenaire soit en mesure d'assurer le relais.

L'estimation des coûts de distribution supportés par la PCG, qui prendrait en charge les opérations de réception, transit, transport et gestion dans ses dépôt régionaux, s'élève à un montant de près de 28% du chiffre d'affaires réalisé avec les contraceptifs (soit les produits évalués à leur prix de cession). Le reste constitue un bénéfice net pour PCG, soit un montant de l'ordre maximum de 60 millions FG (en année 1) à 79 millions (en année 3), ce qui représente entre 72% et 75% du montant des ventes.

L'estimation des coûts d'approvisionnement des centres de santé et agents communautaires concerne les coûts d'achat des produits et le transport vers les dépôt régionaux, lieu de réapprovisionnement. Au niveau périphérique les produits sont revendus ; rapportés aux recettes, les achats représentent 50%, les coûts de réapprovisionnement de 4 à 8%, et le reste, soit 42 à 46%, représente les bénéfices réalisés. Le transport a un coût important, il est possible de l'abaisser en adoptant des solutions logistiques plus favorables, par exemple en regroupant les commandes des centres de santé.

Sur l'ensemble du circuit d'approvisionnement et avec un financement initial des produits par USAID – estimé sur 3 ans de 225 000 USD à 270 000 USD - le coûts se décomposent comme suit : la mise en vente se fait à 17% de leur valeur réelle soit un montant total de 168 millions FG, de ce montant 22% couvre les frais de fonctionnement de l'ensemble du circuit d'approvisionnement (soit près de 36 millions de FG), et 78% représente un bénéfice pour les structures réparti en 36% pour les dépôts régionaux de PCG (60 millions) et 42% pour les revendeurs périphériques et CS (soit 70 millions).

### **Propositions et recommandations**

Le circuit proposé s'appuie sur la structure nationale PCG auprès de laquelle viendront s'approvisionner les structures de santé en fonction de leur besoin. Ce flux matière est doublé d'un flux financier qui permet de produire des revenus couvrant largement les coûts de fonctionnement du système et permettant des bénéfices motivants. Parallèlement, un flux d'informations devra permettre de tracer les consommations et les besoins et d'apprécier la disponibilité des produits. Dans ce schéma, il n'y aura plus d'intervenants externes. Les opérateurs et les autorités seront pleinement face à leurs responsabilités. Après avoir été accompagnées un certain nombre d'années et avoir bénéficié des apports du Projet, les autorités sanitaires régionales devront veiller au maintien des acquis. Le défi est important, les DRS sont prêtes à le relever pour prouver leurs capacités. De même pour la PCG qui a une opportunité de démontrer sa crédibilité et son efficacité en prenant en charge ce circuit, qui est simple (5 références, volume réduit, produits subventionnés). Enfin pour le MSP, c'est l'occasion de démontrer que l'intégration des systèmes d'approvisionnement est possible.

Pour asseoir ce dispositif, en accord avec le MSP, il est recommandé d'établir des conventions entre l'USAID et la PCG d'une part, et les DRS d'autre part. Les termes de ces conventions préciseront les engagements attendus des différentes parties : engagement financier de l'USAID, mobilisation de moyens et prise en charge des opérations d'approvisionnement par la PCG, encadrement et supervision par les DRS des opérations de réapprovisionnement et d'utilisation des contraceptifs. En contrepartie il y aura la perception

---

<sup>1</sup> Proportion variant avec le taux de conversion de la monnaie

des bénéfiques par PCG et par les sites périphériques, (dont une partie pourra être reversée aux DRS pour financer des activités de supervisions).

Il est également recommandé de prévoir un appui technique ponctuel – et dégressif- pour faciliter la transition après le retrait du Projet. Dans ce but, un consultant national sera recruté pour consolider le transfert de savoir faire après le Projet et accompagner les différentes instances, tant au niveau central que régional et périphérique, dans l'exécution et le suivi des activités d'approvisionnement en produits contraceptifs.

Enfin, il est recommandé au Projet PRISM de préparer dès maintenant les conditions pour la transition du système d'approvisionnement : information et concertation, formation et sensibilisation, préparation des conventions et signatures, recrutement AT, transfert des stocks.

En ce qui concerne les financements à prévoir dans les années à venir : ils concernent essentiellement le coût d'achat des produits (en contraceptifs dans un premier temps puis en devises) et, ainsi que le coût de l'assistance technique ponctuelle dotée de moyens pour aller sur le terrain pendant les deux premières années. Le reste des moyens nécessaires est inclus dans les coûts de fonctionnement du système de réapprovisionnement et donc couvert par les marges de vente. L'engagement financier de l'USAID est estimé à une enveloppe de 250 000 USD (à 270 000 en année 3).

## **Conclusion**

Plusieurs éléments positifs se dégagent du contexte actuel. L'impact du Projet a entraîné une demande croissante de produits contraceptifs exprimée par les CS et une prise de conscience des autorités de l'importance d'un réseau de distribution fiable pour ces produits.

Les propositions s'inscrivent dans la stratégie de désengagement du Projet et de transfert auprès des acteurs nationaux. Les responsables rencontrés de la PCG et d'une des DRS ont affiché une réelle volonté de s'impliquer pour prendre en charge et suivre l'approvisionnement de ces produits. Le système proposé est d'ailleurs en totale cohérence avec les orientations suivies par le MSP, tant en ce qui concerne l'intégration et l'uniformisation d'une logistique d'approvisionnement que dans la volonté de sécurisation des produits de santé de la Reproduction.

Il reste néanmoins un risque majeur qui est en dehors de la portée du Projet et qui peut menacer le bon déroulement du système : en effet si la situation financière des CS continue de se dégrader, avec la persistance d'une pénurie de médicaments, c'est alors tout le fonctionnement des CS qui sera perturbé et l'approvisionnement en produits contraceptifs ne pourra pas se maintenir dans une telle situation. Ce scénario « catastrophe » met en péril le système sanitaire à la périphérie, il est du ressort du MSP et des partenaires de mobiliser leurs efforts pour assainir au plus vite la situation et rétablir durablement un approvisionnement pharmaceutique opérationnel.

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUCTION</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2</b> | <b>SITUATION ET PROBLEMATIQUE DE L'APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS DANS LA ZONE D'INTERVENTION DE PRISM</b> | <b>5</b>  |
| <b>3</b> | <b>CONTEXTE</b>  | <b>7</b>  |
| 3.1      | Situation nationale  | 7         |
| 3.2      | Manuel de logistique intégrée  | 8         |
| 3.3      | Plan national de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SPSR)                                  | 8         |
| <b>4</b> | <b>ANALYSE DU CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS CONTRACEPTIFS</b>                                       | <b>9</b>  |
| 4.1      | Transfert des activités d'approvisionnement en contraceptifs   | 9         |
| 4.2      | Analyse financière   | 12        |
| 4.2.1    | Montant des besoins en produits contraceptifs de la zone du Projet (3 régions)                                 | 12        |
| 4.2.2    | Estimation des coûts d'approvisionnement de la PCG (niveau central et régional)                                | 13        |
| 4.2.3    | Estimation des coûts d'approvisionnement des centres de santé (niveau périphérique)                            | 14        |
| 4.2.4    | Synthèse des coûts d'approvisionnement   | 15        |
| <b>5</b> | <b>PROPOSITIONS</b>  | <b>17</b> |
| 5.1      | Schéma d'approvisionnement   | 17        |
| 5.2      | Recommandations  | 19        |
| 5.2.1    | Convention avec PCG  | 19        |
| 5.2.2    | Convention avec DRS  | 19        |
| 5.2.3    | Appui technique  | 20        |
| 5.3      | Moyens/Input   | 23        |
| 5.4      | Phase de transition  | 23        |
| <b>6</b> | <b>CONCLUSION</b>  | <b>24</b> |

## **1 INTRODUCTION**

La mission a lieu au cours de la dernière année d'activité de PRISM et a pour objet l'étude des modalités d'approvisionnement en produits contraceptifs de la zone d'intervention du Projet en vue d'assurer une disponibilité continue de ces produits à l'issue du Projet .

D'une durée de 10 jours, la mission s'est déroulée à Conakry du 19 au 29 mars 2006. La mission a été conduite par Mme C Damour pharmacien, en équipe avec le Dr Sekou Condé médecin travaillant actuellement au sein de PRISM à Kankan, et M Youssef Doumbouya, pharmacien qui a longtemps été employé par PRISM comme conseiller en gestion des médicaments.

Dans le cadre de ce travail, différents intervenants impliqués dans cette question ont pu être rencontrés, notamment (i) les responsables de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), (ii) des responsables du Ministère de la Santé Publique (MSP) : la Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires (DNPL), la Division Santé de la Reproduction (DSR) ; le Directeur Régional de la Santé (DRS) de Kankan, et (iii) des partenaires : FNUAP, AGBEF.

Conformément aux termes de référence, l'équipe a investigué différentes alternatives pour une logistique d'approvisionnement en contraceptifs continue, en tenant compte du contexte actuel, des potentiels et compétences existantes et des risques susceptibles de limiter la faisabilité des solutions. Les éléments financiers disponibles ont également été analysés afin d'évaluer les capacités d'autofinancement et de pérennité du système proposé.

La réflexion menée a abouti à la proposition d'un circuit d'approvisionnement réaliste, ainsi qu'à des recommandations et mesures d'accompagnement pour la préparation et le suivi de ce circuit.

## **2 SITUATION ET PROBLEMATIQUE DE L'APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS DANS LA ZONE D'INTERVENTION DE PRISM**

Le Projet PRISM a démarré ses activités en 1998 dans 3 régions sanitaires de la Guinée (Faranah, Kankan et N'zérékoré), ce qui représente une population totale de près de 3,5 millions hab. soit environ 40% de la population du pays<sup>2</sup>. Cette zone d'intervention s'est réduite par la suite (en 2004) pour se concentrer sur le soutien des activités dans 109 centres de santé dans les régions de Faranah et Kankan. L'approvisionnement en contraceptifs a continué néanmoins dans les 3 régions initiales.

La fourniture de produits contraceptifs aux structures sanitaires, indispensables pour initier les activités de planification familiale (PF) soutenues par PRISM, a été prévue dès le départ. Parallèlement, les responsables aux différents niveaux du système ont tous été formés à la gestion des médicaments et contraceptifs au cours du Projet.

Au démarrage du Projet, des dotations initiales de produits contraceptifs ont été mises en place dans les sites utilisateurs, la distribution et le réapprovisionnement se faisaient alors à titre gratuit. Ce n'est qu'à partir de 2001 que le MSP a accepté d'appliquer un système payant pour ces produits.

Les tentatives déployées par PRISM dans un premier temps pour s'appuyer sur les réseaux nationaux n'ont pas réussi à se concrétiser: les démarches engagées auprès de la cellule médicaments essentiels du PEV/SSP/ME pour l'acheminement des produits dans ses dépôts régionaux et auprès de la PCG pour la prise en charge des achats sont restées sans résultats par manque d'engagement de ces structures et manque chronique de moyens. Le

---

<sup>2</sup> Cf Annexe n° 2 : liste des CS par préfecture et Région – Zone d'intervention de PRISM

Projet s'est donc substitué à ces structures pour assurer au niveau central les opérations de quantification, de transit et de livraison des produits aux régions, tandis que l'USAID a continué à assurer les achats des contraceptifs qu'elle finançait.

Au niveau régional, le circuit d'approvisionnement ne s'est pas non plus avéré très fonctionnel, les contraceptifs bien que fournis gratuitement n'étaient pas toujours intégrés dans les commandes des centres de santé, ni fournis par le dépôt régional. Ces dysfonctionnements entraînaient une situation de manque dans les centres de santé et de stagnation des stocks dans les dépôts. Là encore une solution de substitution a été adoptée par le Projet qui a assuré avec ses propres moyens logistiques la fourniture directe des contraceptifs dans les centres de santé.

Au fil des années, le développement de activités PF a néanmoins permis d'accroître et de consolider la demande, amenant les centres de santé à intégrer désormais systématiquement les contraceptifs dans leurs approvisionnements pharmaceutiques. L'extension du recouvrement des coûts applicable aux contraceptifs à partir de 2001, devait permettre d'assurer le réapprovisionnement, au même titre que les médicaments essentiels. Le revenu des ventes des contraceptifs qui était auparavant perçu en totalité par les CS, revenait pour moitié à la cellule du PEV/SSP/ME. Cette disposition n'a cependant eu aucun impact notable sur l'amélioration du service d'approvisionnement rendu par la cellule .

Par la suite, les déficiences du système national d'approvisionnement en médicaments à destination des centres de santé (au travers de la cellule PEV/SSP/ME) se sont aggravées entraînant une situation de pénurie de médicament préoccupante dans les dépôts régionaux. En 2004, PRISM relève la constante progression des indicateurs mesurant les ruptures de stocks dans les centres de santé, depuis 2002, avec une aggravation plus marquée en 2004. Le Projet souligne l'impact très négatif de cette situation sur la fonctionnalité des centres de santé. En effet, ne parvenant plus à s'approvisionner correctement en médicaments, les centres de santé connaissent des baisses de recettes et une fonte de leur fonds de roulement, ce qui s'est répercuté directement sur l'approvisionnement en contraceptifs qui en a été alors sérieusement freiné.

Malgré une mobilisation des autorités et des partenaires sur ce sujet crucial, il n'y a pas eu de solutions radicales permettant de rétablir la situation. La persistance des ruptures de stock de médicaments dans les dépôts régionaux a finalement découragé les centres de santé à venir s'approvisionner, délaissant du même coup le rachat des contraceptifs. C'est donc une situation de pénurie de contraceptifs dans les centres de santé de la zone qui s'est généralisée en 2005. Face à ce constat alarmant au niveau local, et pour éviter la paralysie du système de distribution des services à base communautaire (SBC) récemment mis en œuvre et dépendant des centres de santé, le Projet a réagi en organisant une nouvelle distribution de produits. Les sites ont ainsi été dotés à nouveau d'un stock gratuit d'environ 9 mois de consommation.

Si grâce à cette opération ponctuelle, baptisée « orange », la disponibilité des contraceptifs a pu ainsi être rétablie dans les centres de santé, il n'est pas sûr que le renouvellement de ces stocks puissent être assuré durablement si les problèmes de médicaments persistent par ailleurs et si la situation financière des centres reste aussi précaire.

C'est donc dans un contexte très sensible que se pose la question de la continuité de l'approvisionnement en contraceptifs dans les régions concernées après le retrait de PRISM qui a réussi à garantir une disponibilité des produits contraceptifs pendant les 7 années de son intervention au prix d'une très forte implication.



### 3 CONTEXTE

#### 3.1 Situation nationale

La récente analyse du secteur pharmaceutique menée en 2006 à l'occasion de l'actualisation de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) met l'accent sur les principaux problèmes du secteur. Elle souligne la faible disponibilité générale des médicaments dans les formations sanitaires publiques et dénonce l'incapacité des circuits actuels d'approvisionnement à satisfaire convenablement les besoins pharmaceutiques. Cette situation de pénurie est préoccupante, d'autant qu'elle contribue à favoriser le développement d'un marché illicite, particulièrement important dans le pays. La PPN, en cours de re-formulation et d'approbation, a réaffirmé parmi ses principales orientations stratégiques « une meilleure sécurisation de la disponibilité des produits pharmaceutiques essentiels accessibles à la majorité de la population »

L'approvisionnement du secteur sanitaire public est principalement à la charge de la Pharmacie Centrale de Guinée: cette structure nationale, réorganisée et dotée en 1992 d'un statut lui conférant une autonomie de gestion (EPIC), est chargée d'approvisionner les hôpitaux et centres de santé du pays. Elle dispose pour cela d'un système décentralisé avec cinq dépôts régionaux. Son activité cependant est essentiellement freinée par des contraintes financières et par un manque d'accès aux devises qui limitent les achats internationaux. Malgré des appuis techniques financés par l'UE et une amélioration des capacités de la structure, la PCG n'a qu'un capital de confiance limité auprès des partenaires et ne bénéficie pas totalement de l'appui de son ministère de tutelle.

Une deuxième structure publique gère la distribution du médicament au secteur public : c'est la cellule « médicaments essentiel du PEV/SSP/ME » qui a été créée à titre provisoire en 1988 dans le cadre du lancement de l'initiative de Bamako (recouvrement des coûts). Placée sous la responsabilité de la coordination du PEV, elle possède également un réseau de dépôts régionaux et approvisionne les centres de santé. Elle distribue des produits souvent financés par des donateurs et applique un tarif forfaitaire de prix subventionnés (fixés en 1997 et révisés en 2002) . Ses prix diffèrent donc de ceux de la PCG qui ne reçoit pas de subventions. Malgré une décision prise en 2002 d'intégrer la cellule à la PCG – mais non appliquée -, ce système double perdure entraînant un gaspillage de ressources et de moyens. Ce double circuit d'achat et de distribution ne parvient d'ailleurs pas à répondre aux besoins en médicament des structures. Des intérêts divergents sont manifestement à la source d'un blocage politique entretenant cette situation peu claire.

Ces systèmes rencontrent de multiples difficultés : insuffisance des fonds, mauvaise gestion des ressources disponibles, difficulté d'accès aux devises accentuée par une forte fluctuation et une dépréciation continue de la monnaie, lenteurs administratives dans le processus d'acquisition, non maîtrise des besoins, ...etc. Les prix sont élevés par rapport au pouvoir d'achat d'une grande partie de la population ce qui freine l'accessibilité aux médicaments. Le recouvrement des coûts, généralisé à toutes les structures, est partiel et ne parvient pas à maintenir le renouvellement des médicaments, qui doivent être périodiquement ré-injectés dans les structures.

Dans ce contexte, et pour répondre à leurs besoins spécifiques, les différents programmes verticaux existant ont tous été amenés à utiliser d'autres méthodes d'achat et des réseaux de distribution parallèles (Vaccins avec PEV, ARV par PNPCSP, Atb par PNLT, antiléproux par PNLL, etc). Solution également adoptée par PRISM dans sa zone d'intervention pour les produits à usage contraceptif. Si le recours à d'autres circuits s'avère dans ces cas inévitable, cette multiplicité des systèmes d'approvisionnement est critiquée pour les conséquences négatives qu'elle entraîne. En premier lieu, cela génère un gaspillage de ressources avec le plus souvent des ruptures de stock ou des sur-stocks et enfin cela soulève la question de la pérennité de ces circuits multiples.

### **3.2 Manuel de logistique intégrée**

Devant cette situation inextricable, Le MSP a récemment engagé une réflexion pour définir un processus de mise en place d'une logistique intégrée des produits de santé ayant pour objectif de sécuriser la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux à toutes les formations sanitaires. Ce processus repose en premier lieu sur une optimisation et une centralisation de toutes les fonctions logistiques, à savoir achat, gestion de stocks, distribution, au niveau de la Pharmacie Centrale de Guinée (conformément à l'application du texte<sup>3</sup> de 2002). Dans cette perspective, une convention cadre devra être signée entre l'État et la PCG pour en faire l'outil privilégié d'approvisionnement des formations sanitaires publiques, parapubliques et communautaires.

Un outil spécifique a été élaboré<sup>4</sup> dans ce sens sous forme d'un « manuel de logistique intégrée » qui détaille et standardise les activités d'achats et de distribution au travers de la PCG dont c'est la mission principale.

Ce document traduit la volonté de certains responsables techniques et partenaires de mettre en œuvre une réponse adaptée pour résoudre le problème de l'approvisionnement qui est actuellement un risque majeur pour les différents programmes de santé. Dans ce schéma, tous les produits de santé sont concernés y compris ceux des programmes verticaux (ME, Vaccins, Contraceptifs, dispositifs médicaux). L'intégration s'applique donc également aux intervenants en santé de la reproduction pour un transfert progressif des missions d'approvisionnement qu'ils supportent.

Il est vivement souhaitable que les différents donateurs et partenaires s'impliquent pour soutenir collectivement cette initiative, afin d'en permettre une concrétisation rapide dès que les blocages politiques actuels pourront être contournés.

### **3.3 Plan national de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SPSR)**

Un plan stratégique global<sup>5</sup> visant à assurer l'accessibilité et la disponibilité des produits SR a été défini par le MSP en vue de pérenniser les programmes SR ; Ce plan s'inscrit dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-axe stratégique n°1).

Les différents partenaires impliqués dans ce domaine d'intervention – parmi lesquels USAID avec PRISM, FNUAP, etc - ont participé à son élaboration en 2004 et pris des engagements pour le soutenir et le mettre en œuvre.

Une des orientations de ce plan est de renforcer la coordination des différentes interventions dans l'approvisionnement en produits contraceptifs et leur intégration dans un système de gestion intégré des produits SR.

Certaines des activités programmées ont déjà été menées, mais les instances prévues n'ont pas encore été toutes constituées. Le plan doit être actualisé et soumis aux partenaires pour mise en commun des financements et appuis disponibles.

---

<sup>3</sup> Arrêté N° 2855 du 25 juin 2002 - l'article 2 : « La pharmacie Centrale de Guinée est chargée d'approvisionner l'ensemble des formations sanitaires publiques et para publiques du pays en médicaments essentiels génériques , consommables médicaux et réactifs de laboratoire. ».

<sup>4</sup> Manuel National de Logistique Intégrée pour les produits de santé publique y compris les contraceptifs – Oct 2005 . DNPL avec l'appui technique de l'UNFPA

<sup>5</sup> Plan National de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction – DNPL/UNFPA – Décembre 2004

## **4 ANALYSE DU CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT DES PRODUITS CONTRACEPTIFS**

### **4.1 Transfert des activités d'approvisionnement en contraceptifs**

Les activités d'approvisionnement actuellement assurées en grande partie grâce à l'appui du Projet ont été répertoriées. Leur transfert à des acteurs nationaux a été envisagé en s'appuyant sur les circuits et organismes existants et en prenant en compte les préconisations du processus de logistique intégrée.

Le tableau ci-après reprend : le descriptif des tâches, les acteurs proposés et leurs atouts, les risques ou obstacles éventuels, ainsi que les alternatives envisageables.

Actuellement le Projet assure (i) la quantification et la planification des besoins qui sont adressés à l'USAID qui en assure le financement et les achats, (ii) puis loue les services d'un transitaire, (iii) utilise un espace de stockage de la PCG, (iv) puis mobilise des moyens de transport pour l'acheminement des produits dans les régions où ils sont distribués par les dépôts régionaux de la cellule PEV/ME. Toutes ces activités d'approvisionnement à proprement parler reviennent de facto à la PCG dont c'est la mission et qui dispose de moyens logistiques et d'espaces de stockage tant à Conakry que dans les régions. Des recommandations sont développées pour garantir l'exécution de ces tâches dans les meilleures conditions par la PCG.

Les alternatives sont peu satisfaisantes : (i) confier ces activités au circuit de la cellule PEV/ME n'est pas une solution durable dans la mesure où cette structure est amenée à « disparaître » à plus ou moins court terme en étant intégrée à la PCG, par ailleurs ce circuit n'est pas suffisamment efficient, (ii) Confier ces activités à un autre acteur, telle qu'une ONG par exemple, pose à nouveau le problème de substitution et de création d'un nouveau circuit parallèle.

Dans les régions, les produits contraceptifs, tout comme les médicaments doivent être achetés par les centres de santé auprès des dépôts régionaux. Le Projet a organisé à plusieurs reprises des campagnes de distribution de contraceptifs aux centres de santé et a utilisé une ONG pour le recueil et le traitement des données. Il revient dorénavant aux autorités locales que sont les DRS et les DPS de veiller à ce que les produits contraceptifs soient réellement disponibles, que les centres de santé s'approvisionnent correctement et que les activités de PF se poursuivent en périphérie. Pour ce faire, ils assureront, comme ils ont été formés à le faire au cours du Projet, le suivi/supervision et le traitement des données de consommation des contraceptifs. Des recommandations seront faites pour consolider ces activités et faciliter les opérations d'approvisionnement des centres de santé.

De la même façon, il y a peu d'alternatives à ce niveau. Le recours à une ONG contribue à maintenir une intervention externe du même type que le Projet et ne met pas les opérateurs et les autorités pleinement face à leurs responsabilités.

**TABLEAU n°1 : Description et transfert des activités d’approvisionnement et de suivi des contraceptifs**

| <u>Activités</u>                                    | <u>Description</u>   | <u>Acteur proposé</u> | <u>Arguments Forces</u>   | <u>Menaces Risques</u>  | <u>Alternatives</u>  |
|---|--|-----------------------|---|---|--|
| <b>1 Estimation des besoins</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantification des besoins</li> <li>- Exploitation des données de consommations régionales et des statistiques commerciales</li> <li>- Planification des besoins</li> </ul> | PCG                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérience démontrée</li> <li>- Prérogative d’une structure d’approvisionnement.</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de données du terrain</li> <li>- Pas de suivi spécifique à PCG</li> </ul>  | DNPL<br>ONG (AGBF ou autre)<br>Cell PEV/ME                 |
| <b>2- Achats</b>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix fournisseurs / prix</li> <li>- Passation des contrats</li> <li>- Modalités d’importations</li> </ul>  | PCG                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérience</li> <li>- Prérogatives de la PCG</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de devises</li> <li>- Méconnaissance du marché des contraceptifs (fournisseurs)</li> <li>- Procédures acceptées par USAID ?</li> </ul>                                 | USAID (achats en devises à l’extérieur)<br><br>Cell PEV/ME |
| <b>3- Transit et Réception</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enlèvement et dédouanement des marchandises</li> <li>- Réception</li> <li>- Stockage au niveau central</li> </ul>   | PCG                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérience et prérogatives de PCG</li> <li>- Espace de stockage central disponible (déjà utilisé par PRISM)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de trésorerie pour financer coûts de transit</li> </ul>  | ONG<br><br>Cell PEV/ME                                     |
| <b>4- Transport vers régions</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répartition des stocks dans les 3 régions</li> <li>- Transport</li> </ul>   | PCG                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérience</li> <li>- Prérogatives de la PCG</li> <li>- Parc de véhicules disponible</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de trésorerie pour financer coûts de transport</li> <li>- Camions en panne</li> </ul>  | ONG<br><br>Cell PEV/ME                                     |
| <b>5- Gestion et distribution - niveau régional</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion des stocks</li> <li>- Ventes aux clients</li> <li>- Gestion financière</li> </ul>   | Dépôt PCG             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prérogatives du dépôt</li> <li>- Savoir faire gestion/distribution</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non recours au dépôt PCG (rivalité dépôts PCG et PEV/SSP/ME) –</li> <li>- Non disponibilité des données de gestion de stock et financières (manque de transparence)</li> </ul> | DRS<br>ONG<br>Cell PEV/ME                                  |

| <u>Activités</u>                            | <u>Description</u>   | <u>Acteur proposé</u>       | <u>Arguments</u><br><u>Forces</u>   | <u>Menaces</u><br><u>Risques</u>  | <u>Alternatives</u> |
|---|--|-----------------------------|---|---|---------------------|
| <b>6-Suivi régional</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Compilation et analyse des données de consommation des préfectures</li> <li>- Estimation des besoins régionaux</li> </ul>  | DRS (Pharmacien inspecteur) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prérogatives du pharmacien inspecteur</li> <li>- Suivi réalisé pour les hôpitaux et les vaccins</li> <li>- Participation aux supervisions (acquis Projet)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de motivation</li> <li>- Absence de suivi spécifique</li> </ul>   | ONG                 |
| <b>7-Suivi préfectoral</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collecte et compilation des données des centres de santé</li> <li>- Supervision (disponibilité, qualité, utilisation)</li> <li>- Facilitation des modalités d'approvisionnement (regprt des cdes, mise en réseau des mutuelles, etc..)</li> </ul> | DPS                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compilation des rapports mensuels des CS avec RAMCES</li> <li>- Réalisation des supervisions (acquis Projet)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de motivation</li> <li>- Absence de suivi spécifique</li> </ul>   | ONG                 |
| <b>8- Gestion dans les Centres de santé</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestion des stocks et rachat</li> <li>- Gestion financière</li> <li>- Approvisionnement des PS et AC</li> <li>- Collecte de données (PS-AC) et transmission à DPS</li> </ul>   | CS                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestionnaires formés</li> <li>- Demandes de services et contraceptifs (acquis Projet)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situation financière fragile (décapitalisation CS)</li> <li>- Rupture en ME dans les dépôts régionaux</li> </ul> | ONG                 |

## 4.2 Analyse financière

Les éléments chiffrés disponibles ont été exploités pour dimensionner le volume d'activité et évaluer le coût de la logistique d'approvisionnement.

### 4.2.1 Montant des besoins en produits contraceptifs de la zone du Projet (3 régions)

Les quantités valorisées correspondent (i) aux quantités de contraceptifs effectivement distribuées dans la zone du Projet pour l'année 2005, (ii) aux quantités programmées pour l'année 2006, (iii) aux projections des besoins pour l'année 2007. Les prix d'achat sont ceux payés en 2005/2006 par USAID (prix CAF = FOB + coût du fret), ils ont été utilisés sans augmentation pour valoriser les quantités des 3 années. Le détail de ce chiffrage figure en annexe<sup>6</sup>. La conversion des montants en francs guinéens (FG) s'est faite à taux de conversion constant (taux mars 2006)

**Tableau n°2 : comparaison des montants des besoins en contraceptifs à l'achat (en US\$) et à la vente (en FG)**

|             | (a) Valeur des besoins en coût achat CAF-US\$ | (b) Valeur des besoins en coût achat CAF-en FG | (c) Valeur des besoins au Prix de vente en FG | Rapport (c)/(b) |
|-------------|---|--|---|-----------------|
| <b>2005</b> | 224 930                                       | 1 012 186 010                                  | 168 063 300                                   | 17%             |
| <b>2006</b> | 237 250                                       | 1 067 623 200                                  | 184 110 000                                   | 17%             |
| <b>2007</b> | 271 687                                       | 1 222 591 104                                  | 212 630 000                                   | 17%             |

La colonne (a) correspond aux montants financés par l'USAID pour l'achat des produits contraceptifs. La colonne (b) correspond à l'équivalent de ces achats convertis en FG et la colonne (c) correspond à la valorisation de ces produits aux prix public de vente en FG selon le tarif national en vigueur. Il ressort que les produits ne sont vendus qu'à 17% de leur valeur réelle d'achat, et donc que l'USAID subventionne à 83% le prix des contraceptifs. (Cette part sera amenée à s'accroître selon l'évolution actuelle du taux de conversion de la monnaie)

Dans ces conditions, il est illusoire de penser que le système de vente des contraceptifs est capable de financer les achats, la partie dégagée (17%) étant insuffisante pour représenter une contrepartie significative. Une augmentation sensible des prix de vente des contraceptifs ne peut s'envisager actuellement compte tenu du très faible pouvoir d'achat des populations. Il faut donc prévoir le maintien d'un financement spécifique pour ces produits. Tant que l'Etat ne peut garantir la prise en charge de ce financement, il est souhaitable que l'USAID poursuive son engagement en maintenant ce financement dans les années à venir.

---

<sup>6</sup> Cf Annexe n°3 : valorisation des besoins en produits contraceptifs de la zone du projet 2005- 2007

#### **4.2.2 Estimation des coûts d'approvisionnement de la PCG (niveau central et régional)**

Ces coûts recouvrent les activités de (i) transit et réception des marchandises, (ii) stockage au niveau central, (iii) transport vers les 3 dépôts régionaux et (iv) stockage et gestion commerciale dans ces dépôts. Ils sont pour partie liés au volume à traiter. L'estimation de ces coûts a été faite à partir des quantités distribuées ou estimées sur 3 années (2005, 2006 et 2007) dont le volume et le tonnage ont été calculés<sup>7</sup>. Le volume à traiter va de 28m<sup>3</sup> à 37m<sup>3</sup> selon l'évolution des quantités, on retiendra un ordre de grandeur entre 30 et 35m<sup>3</sup>.

Compte tenu de ces volumes, les coûts de transit retenus sont estimés à 5 millions FG, en se basant sur les coûts effectivement payés par le Projet ces 2 dernières années. ceux fournis par PCG, sur base de 2 livraisons annuelles de containers de 20 pieds, sont cependant inférieurs.

Le coût d'acheminement des produits dans les régions a été calculé sur base des coûts unitaires fournis par PCG pour le transport par camion, à raison de 2 transferts par an<sup>8</sup>. Deux options ont été calculées, l'ordre de grandeur retenu est de 10 millions FG, considérant que le coût du transport est affecté en totalité aux produits contraceptifs (ce qui ne sera pas la réalité).

Un montant de 5% est affecté au coût de gestion comprenant le coût de tenue de stock, de traitement informatique, de personnel, de perte, etc pour la gestion des contraceptifs (5 références), soit 8,4 millions (= hypothèse haute).

Le cumul de ces coûts représente les coûts de fonctionnement de la PCG imputable à la distribution des contraceptifs. Ils s'élèveraient pour l'année 1 à un total de 23,4 millions FG. Pour les autres années, ces coûts sont affectés d'un coefficient d'augmentation de 10% puis 15% proportionnellement à l'augmentation du montant total des produits à distribuer<sup>9</sup>.

Le chiffre d'affaires potentiel de la PCG est basé sur les quantités de produits évaluées au prix de cession, qui selon le tarif officiel correspond à la moitié du prix de vente final. En année 1 : le montant des produits évalués au prix de vente à 168 millions, représenterait pour la PCG un montant de cession de 84 millions.

---

<sup>7</sup> Cf Annexe n°4 : Evaluation des volumes et poids des contraceptifs par an - estimation des coûts de transit

<sup>8</sup> Cf Annexe n°5: Estimation des coûts de transport vers les régions du projet

<sup>9</sup> Cf Annexe n°6: Estimation des coûts de distribution des contraceptifs par la PCG

**Tableau n°3 : ESTIMATION DES COÛTS DE DISTRIBUTION DES CONTRACEPTIFS PAR LA PCG**

|  | 2005        | 2006        | 2007        |
|--|-------------|-------------|-------------|
| (a) Valeur produits en prix public de vente      | 168 063 300 | 184 110 000 | 212 630 000 |
| (b) Valeur produits en prix de cession           | 84 031 650  | 92 055 000  | 106 315 000 |
| ( c)Coûts de transit                             | 5 000 000   | 5 500 000   | 5 750 000   |
| (d) Coûts de transport dans les dépôts régionaux | 10 000 000  | 11 000 000  | 11 500 000  |
| (e) Coûts de stockage distribution (5%)          | 8 403 165   | 9 243 482   | 9 663 640   |
| (f=c+d+e) total coût fct PCG                     | 23 403 165  | 25 743 482  | 26 913 640  |
| rapport (f)/(b)                                  | 28%         | 28%         | 25%         |
| (b) Recettes (CA)                                | 84 031 650  | 92 055 000  | 106 315 000 |
| (g=b-f) Bénéfice                                 | 60 628 485  | 66 311 519  | 79 401 360  |
| (g/b)  | 72%         | 72%         | 75%         |

Rapporté au chiffre d'affaires, le coût de fonctionnement représente une part de 28%. Cette marge est très large, en général elle devrait se situer, dans un contexte de rationalisation des coûts, en dessous de 20%. Le bénéfice effectué par PCG (chiffre d'affaires – coûts de fonctionnement) s'élèverait au maximum à 60,6 millions FG soit plus de 70% du chiffre d'affaires. Ce montant s'entend si la totalité des produits sont réellement vendus, or il est probable qu'une partie de ces produits restera en stock tampon ou il se peut que les quantités soient légèrement surestimées. Cependant, d'après ces estimations il suffit que la PCG vende au minimum 30% des quantités pour recouvrer les coûts totaux de fonctionnement. Au delà, la PCG perçoit un bénéfice net dans la mesure où elle ne paie pas les produits à l'achat.

Il ressort de ces estimations, que cette activité de distribution de contraceptifs est génératrice de revenus pour la PCG, à hauteur de 60millions. 28% de la part des ventes recouvre très largement les coûts de fonctionnement, le reste soit 72% représente un bénéfice pour la PCG.

#### **4.2.3 Estimation des coûts d'approvisionnement des centres de santé (niveau périphérique)**

L'estimation des coûts de la logistique d'approvisionnement à la charge des CS est détaillée en annexe<sup>10</sup>.

A la différence de PCG, les CS doivent acheter les contraceptifs dans les dépôts régionaux au prix de cession, ils en redistribuent une partie à la périphérie (poste de santé, agents communautaires) et les contraceptifs sont ensuite revendus au public au double de leur prix d'achat (selon le tarif en vigueur)

<sup>10</sup> Cf Annexe n°7 : estimation des coûts de logistique des CS



Les CS se rendent au dépôt régional, en général deux fois par an, pour leur réapprovisionnement en médicaments essentiels (dont les contraceptifs). Le transport est donc une rubrique de coût importante. Une estimation a été faite sur la base des distances à parcourir du CS au dépôt régional avec la mobylette qui leur a été fournie, considérant qu'un seul trajet A/R était imputable au contraceptifs (l'autre devant être comptabilisé sur les recettes des médicaments). Ce calcul fait sur les 109 CS suivis par PRISM a été extrapolé pour évaluer le coûts pour l'ensemble des CS des 3 régions. Il s'élève à un montant estimatif de l'ordre de 10,3 millions FG, soit 12% de la valeur d'achat des produits. Ce montant s'entend si les CS vont s'approvisionner individuellement, si ils partagent les coûts de transport en se regroupant à plusieurs, alors ce coût peut facilement être divisé par 2 ou 3 (cf option 2 et 3 dans le tableau ci-dessous).

Un montant de l'ordre de 3% de la valeur d'achat des produits est ajouté pour couvrir les coûts de gestion et de redistribution supportés par les CS (soit de l'ordre de 2,5 millions). Au total, les coûts de fonctionnement en rapport avec la logistique d'approvisionnement, se montent à près de 13 millions (soit 15% de la valeur d'achat des produits) et peuvent être abaissés à 7,6 millions ou 6 millions en cas de réduction des coûts de transport.

Ces données figurent dans le tableau ci-après : Les bénéfices (partagés par les revendeurs CS+PS+AC), c'est à dire les recettes moins les coûts d'achat et de logistique, sont supérieurs à 70 millions FG et varient proportionnellement à l'abaissement des charges de transport

Rapportés aux recettes : les coûts d'achat sont de 50%, les coûts de fonctionnement pour le réapprovisionnement sont entre 4% et 8%, et le bénéfice s'élève à 42%-46% des recettes.

**Tableau n°4: ESTIMATION DES COÛTS DE REAPPROVISIONNEMENT DES CS**

| Catégorie de coûts                      | option 1           | option 2           | option 3           |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>(a) coûts achat</b>                  | <b>84 031 650</b>  | <b>84 031 650</b>  | <b>84 031 650</b>  |
| (b) coût logistique (12%)               | 10 300 000         | 5 150 000          | 3 433 333          |
| (c) coût de gestion ( 3%)               | 2 520 950          | 2 520 950          | 2 520 950          |
| <i>(d=b+c) S Total coûts fonct.</i>     | <b>12 820 950</b>  | <b>7 670 950</b>   | <b>5 954 283</b>   |
| <b>(e) Recettes</b>                     | <b>168 063 300</b> | <b>168 063 300</b> | <b>168 063 300</b> |
| <b>(f=e-(d+a)) Bénéfice</b>             | <b>71 210 701</b>  | <b>76 360 701</b>  | <b>78 077 367</b>  |
| part des achats sur les recettes (a/e)  | 50%                | 50%                | 50%                |
| part du fonct sur les recettes (d/e)    | <b>8%</b>          | <b>5%</b>          | <b>4%</b>          |
| part du bénéfice sur les recettes (f/e) | <b>42%</b>         | <b>45%</b>         | <b>46%</b>         |

Les bénéfices maximum s'entendent si tous les produits achetés sont revendus, les structures étant normalement déjà dotées de stocks de sécurité. Cependant, Il suffit que les CS revendent au minimum 10% des produits achetés pour recouvrer leur charges de réapprovisionnement et dégager du bénéfice.

La différence affichée entre les 3 options illustre l'intérêt de chercher à minimiser les coûts de transport en développant des initiatives de regroupement des opérations de réapprovisionnement des CS, ce qui aura un impact direct sur l'augmentation des revenus perçus.

#### **4.2.4 Synthèse des coûts d'approvisionnement**

Les coûts de l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement figurent dans le tableau ci-dessous, et donnent une idée des coûts engendrés et des bénéfices générés à chaque

niveau<sup>11</sup>. L'évolution au cours des années dépendra des quantités effectivement distribuées (actualisation des besoins), et de l'évolution des tarifs. Les bénéfices calculés sont maximum, considérant que les quantités correspondant aux besoins sont des ventes effectives.

**Tableau n°5 : SYNTHÈSE DES COÛTS DU CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS**

|  | année 1            | année 2            | année 3            |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Q annuelles /valorisées prix public</b> | <b>168 063 300</b> | <b>184 110 000</b> | <b>212 630 000</b> |
| <b>Coûts PCG</b>                           |                    |                    |                    |
| Achat PCG                                  | -                  | -                  | -                  |
| Transit                                    | 5 000 000          | 5 500 000          | 5 750 000          |
| Transport                                  | 10 000 000         | 11 000 000         | 11 500 000         |
| Stockage/gestion/perte                     | 8 403 165          | 9 243 482          | 9 663 640          |
| <i>sous total coût fonct</i>               | <i>23 403 165</i>  | <i>25 743 482</i>  | <i>26 913 640</i>  |
| Recettes                                   | 84 031 650         | 92 055 000         | 106 315 000        |
| <b>Bénéfice PCG</b>                        | <b>60 628 485</b>  | <b>66 311 519</b>  | <b>79 401 360</b>  |
| <b>Coûts CS</b>                            |                    |                    |                    |
| Achat CS                                   | 84 031 650         | 92 055 000         | 106 315 000        |
| Transport (option 1)                       | 10 300 000         | 11 330 000         | 11 845 000         |
| Gestion/distribution                       | 2 520 950          | 2 773 044          | 2 899 092          |
| <i>sous total coût fonct</i>               | <i>12 820 950</i>  | <i>14 103 044</i>  | <i>14 744 092</i>  |
| Recettes                                   | 168 063 300        | 184 110 000        | 212 630 000        |
| <b>Bénéfice Périphérie</b>                 | <b>71 210 701</b>  | <b>77 951 956</b>  | <b>91 570 908</b>  |

Dans le tableau suivant, sont récapitulés l'ensemble des coûts. Ainsi, un montant de près de 225 000 USD est actuellement octroyé par l'USAID sous forme de produits contraceptifs qui sont mis sur le marché, dans la zone du Projet, à un montant équivalent à 17% de leur valeur réelle (au taux de conversion actuel), soit un montant total de 168 millions FG.

Sur ce montant, 22% (hypothèse haute) couvre les frais de fonctionnement du circuit d'approvisionnement (soit près de 36 millions de FG), et 78% représente un bénéfice pour les structures réparti en 36% pour les dépôts régionaux de PCG (60 millions) et 42% pour les revendeurs périphériques et CS (soit 70 millions).

<sup>11</sup> Cf annexe n°8 : Récapitulatif des coûts d'approvisionnement en contraceptifs de la zone PRISM

**Tableau n°6 : Récapitulatif des coûts d'approvisionnement en contraceptifs de la zone PRISM**

|                            | année 1            | année 2            | année 3            |
|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Valeur CAF \$ (USAID)      | 224 930            | 237 250            | 271 687            |
| Valeur CAF FG              | 1 012 186 010      | 1 067 623 200      | 1 222 591 104      |
| Valeur PP FG <b>(100%)</b> | <b>168 063 300</b> | <b>184 110 000</b> | <b>212 630 000</b> |
| Coût fct PCG <b>(14%)</b>  | 23 528 862         | 25 743 482         | 26 913 640         |
| Coût fct CS <b>(8%)</b>    | 12 820 950         | 14 103 044         | 14 744 092         |
| Bénéfice PCG <b>(36%)</b>  | <b>60 628 485</b>  | <b>66 311 519</b>  | <b>79 401 360</b>  |
| Bénéfice CS <b>(42%)</b>   | <b>71 210 701</b>  | <b>77 951 956</b>  | <b>91 570 908</b>  |

## 5 PROPOSITIONS

### 5.1 Schéma d'approvisionnement

D'après les éléments analysés, le circuit d'approvisionnement qui apparaît le plus logique est illustré dans le schéma suivant. Y figurent un flux matière allant de la structure d'approvisionnement PCG aux Centres de Santé et la périphérie, doublé d'un flux financier correspondant à la vente des produits, et parallèlement un flux d'information permettant le suivi des consommations et le regroupement des données pour une meilleure appréciation des besoins.

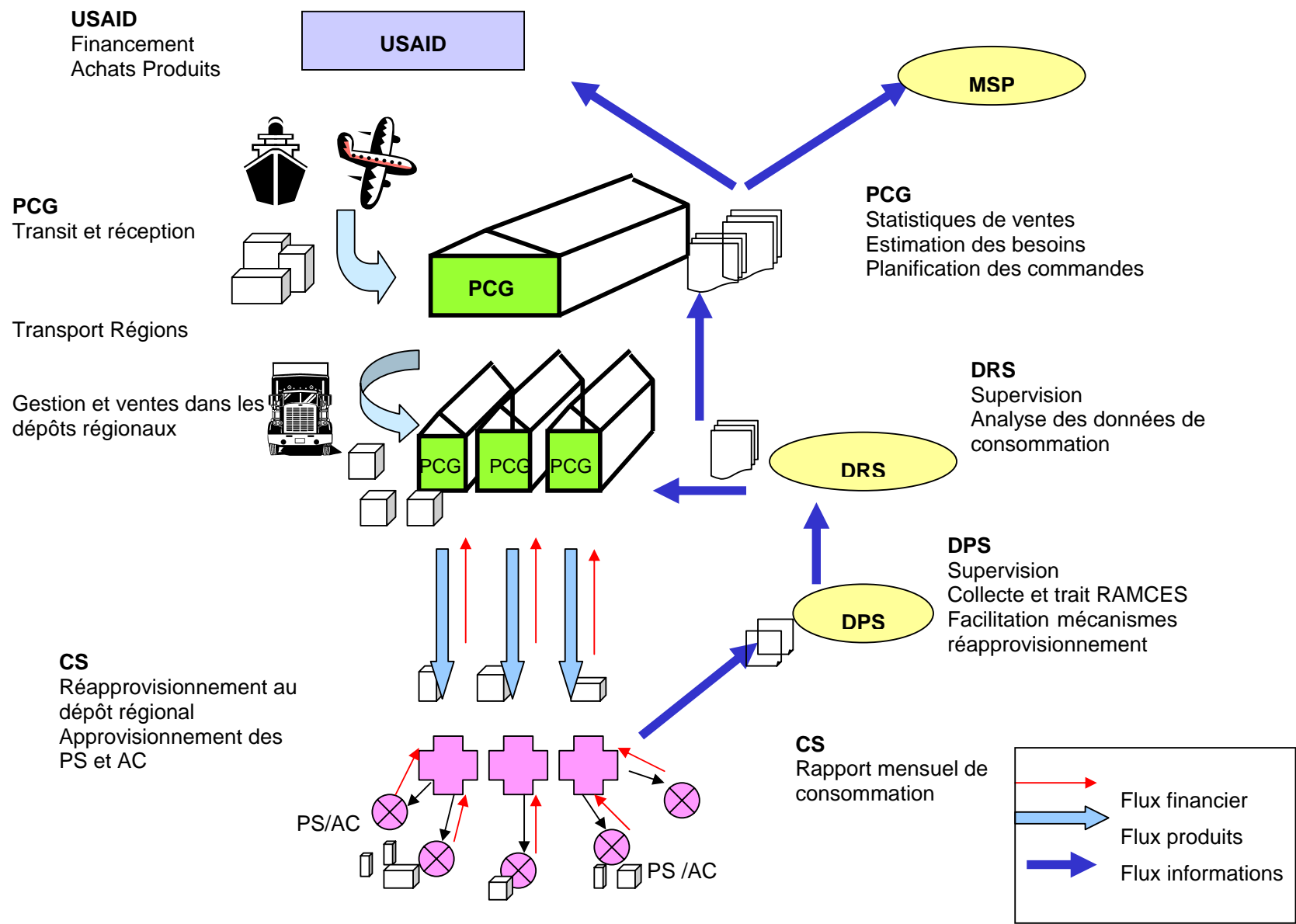
Ce circuit reste alimenté par l'USAID qui prend en charge le financement des contraceptifs, en attendant l'assurance d'une reprise soit par un autre partenaire, soit par l'Etat. L'USAID continuera à fournir les produits le temps que la PCG soit en mesure d'assurer les achats (2 années), puis fournira ensuite les devises nécessaires à l'achat des produits. La PCG aura la responsabilité de maintenir une offre suffisante dans ses dépôts régionaux (sans ruptures). Les CS viendront se ravitailler à la demande, cad en fonction des besoins exprimés par la périphérie (PS+CS+AC).

Par rapport à la situation actuelle il n'y aura plus d'intervenants externes. L'alternative de recourir à une ONG locale qui maintiendrait une solution verticale parallèle n'est en effet pas conseillée car contradictoire avec la logique de désengagement du Projet. Le circuit s'appuie donc intégralement sur la PCG et exclut l'option de recourir à la cellule provisoire PEV/SSP/ME dans la mesure où elle doit être intégrée à terme dans un circuit unique. La PCG a donc une opportunité de démontrer sa crédibilité et son efficacité en prenant en charge ce circuit, qui est simple (5 références, volume réduit).

Le circuit de l'information a son importance, il est à la charge des autorités sanitaires locales et permet de connaître la situation tant de l'approvisionnement que du déroulement des activités de PF. Il est en effet de la responsabilité des autorités sanitaires locales de veiller à ce que les CS poursuivent les activités intégrées au cours du Projet.

# APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS

## SCHEMA DES FLUX DE PRODUITS, FLUX FINANCIERS ET D'INFORMATIONS



## **5.2 Recommandations**

Des dispositions devront être prises pour mieux asseoir le circuit recommandé au regard des risques qui ont été identifiés.

### **5.2.1 Convention avec PCG**

Une convention, ou accord de partenariat, sera passée avec PCG et définira les conditions et services attendus.

- PCG aura la responsabilité de l'approvisionnement des produits contraceptifs dans les régions concernées,
- PCG identifiera un responsable qui sera « point focal » chargé de suivre spécifiquement les opérations d'approvisionnement en contraceptifs,
- PCG prendra les dispositions pour assurer à terme les achats de contraceptifs (exploration du marché, connaissance des fournisseurs, spécification des produits)
- PCG sera en charge de l'estimation des besoins en contraceptifs pour les 3 régions concernées et de la planification des approvisionnements (à transmettre à l'USAID pour les achats des 2 premières années)
- PCG mobilisera ses moyens de fonctionnement propres pour assurer les opérations qui lui incombent (transit, stockage, transport, etc),
- PCG devra garantir une gestion transparente (en principe informatisée), dans ses dépôts régionaux,
- PCG fournira un rapport semestriel sur la distribution des contraceptifs (situation des réceptions, stocks, ventes et recettes).

En contrepartie l'USAID fournira les produits contraceptifs à PCG à titre gratuit. PCG bénéficiera du produit dégagé par la revente des contraceptifs au tarif national.

### **5.2.2 Convention avec DRS**

Une convention sera également passée avec la DRS, en tant qu'autorité sanitaire représentant les structures bénéficiaires .

- La DRS mobilisera une personne clé sur cette question (pharmacien inspecteur affecté à la DRS) ;
- Un traitement (informatisé) des informations sera effectué au niveau de la région sanitaire qui renseignera sur la disponibilité et la consommation des contraceptifs en rapport avec le déroulement des activités PF ;
- La DRS veillera à ce que les DPS traitent les données des rapports mensuels des CS et les lui transmettent (via RAMCES) ;
- La DRS incitera les DPS à favoriser des stratégies d'approvisionnement qui permettent aux CS de renouveler leurs produits selon leurs besoins à un coût moindre ;
- La DRS et les DPS poursuivront les supervisions qui incluront un volet PF/disponibilité des médicaments contraceptifs.
- Un rapport semestriel sera établi rapportant les activités de supervision et la situation générale des contraceptifs dans la région

En contrepartie :

- Les centres de santé dépendant de la DRS auront accès aux produits contraceptifs subventionnés par USAID et vendus par la PCG.
- La DRS pourra recevoir une part des bénéfices réalisés sur les ventes faites par PCG (par exemple 10%) ce qui lui permettra de contribuer aux coûts de supervisions (coût moyen d'une supervision évalué à 3 millions).

### 5.2.3 Appui technique

Une assistance technique ponctuelle sera fournie pour assurer une transition après le retrait du Projet. Elle sera prévue pour deux années, de manière dégressive, à savoir 8mois puis 5mois.

Il est conseillé de recourir à un consultant national, dispositif plus léger, plutôt que de faire appel à une ONG.

Ce consultant aura une bonne connaissance du Projet PRISM, de la problématique de l'approvisionnement en contraceptifs, ainsi que du terrain, particulièrement des régions d'intervention du Projet.

Son rôle sera de consolider le transfert de savoir faire après le retrait du Projet et d'accompagner les différentes instances, tant au niveau central que régional et périphérique, dans l'exécution et le suivi des activités d'approvisionnement en produits contraceptifs.

Il aidera notamment :

- le responsable, point focal à PCG, pour la connaissance des produits, la quantification des besoins et la planification des approvisionnements, ainsi que le traitement des données de gestion fournies par les dépôts régionaux
- le pharmacien inspecteur de la DRS dans le traitement des informations sur la disponibilité et la consommation des produits contraceptifs (en rapport avec les activités de PF) et la supervision
- la DPS dans l'exploitation des données de consommation, le traitement avec RAMCES, la supervision et l'appui à l'organisation de circuits d'approvisionnement des CS.
- Par des rapports réguliers, il renseignera sur le bon fonctionnement du système, les obstacles éventuels et les faiblesses rencontrées.

Le tableau suivant récapitule les recommandations émises pour chacune des étapes de l'approvisionnement. Il reste cependant un risque majeur qui peut menacer le bon déroulement du système : en effet si la situation des CS continue de se dégrader, avec une situation financière de plus en plus précaire et un approvisionnement en médicaments déficient, c'est alors tout le fonctionnement du CS qui sera perturbé. Dans ce cas, la vente et le renouvellement des produits contraceptifs ne parviendront pas à persister correctement. Cette situation doit se résoudre au niveau central, et le MSP avec les partenaires doivent mobiliser leurs efforts pour assainir au plus vite la situation et rétablir un approvisionnement pharmaceutique opérationnel.

**TABLEAU N°7 : RECOMMANDATIONS**

| <u>Activités</u>                                    | <u>Acteur proposé</u> | <u>Menaces Risques</u>  | <u>Recommandations</u>   | <u>Moyens / input</u>   | <u>Source Financement</u>   |
|---|-----------------------|---|--|---|-----------------------------|
| <b>1 Estimation des besoins</b>                     | PCG                   | - Absence de données du terrain<br>- Pas de suivi spécifique à PCG  | 1- Désignation d'un point focal à PCG , responsable de l'analyse des données (planification et quantification) et du suivi<br>2- Assistance technique : appui ponctuel à l'analyse et au suivi   | AT ponctuelle   | USAID                       |
| <b>2- Achats</b>                                    | PCG                   | - Absence de devises<br>- Méconnaissance du marché des contraceptifs (fournisseurs)<br>- Procédures acceptées par USAID                                       | 1- Poursuite des achats directs par USAID en année 1 et 2<br>2-Développer connaissance du marché (produits et fournisseurs) par PCG<br>3- Octroi des devises pour achat direct par PCG en année 3  | Financement et achat des contraceptifs<br><br>Devises (an. 3) | USAID<br><br>USAID          |
| <b>3- Transit et Réception</b>                      | PCG                   | - Absence de trésorerie pour financer coûts de transit  | 1-Intégration dans les activités de la PCG<br>2- Convention avec PCG : engagement de disponibiliser les moyens et financements nécessaires   | Coûts de transit  | Recettes PCG (coûts de fct) |
| <b>4- Transport vers régions</b>                    | PCG                   | - Absence de trésorerie pour financer coûts de transport<br>- Camions en panne  | 1-Intégration dans les activités de la PCG<br>2- Convention avec PCG : engagement de disponibiliser les moyens et financements nécessaires   | Coûts de livraison  | Recettes PCG (coûts de fct) |
| <b>5- Gestion et distribution - niveau régional</b> | Dépôt PCG             | - Non recours au dépôt PCG (rivalité dépôts PCG et PEV/SSP/ME)<br>- Non disponibilité des données de gestion de stock et financières (manque de transparence) | 1-Soutien des dépôts PCG par les autorités locales (intégration PRV/SSP/ME et PCG)<br>2- Développer une capacité de gestion informatisée dans les 3 dépôts PCG<br>3- Convention avec PCG : engagement de fournir données d'activité et financières | Equipement et formation                                       | USAID/PRISM                 |

| <u>Activités</u>                            | <u>Acteur proposé</u>    | <u>Menaces</u><br><u>Risques</u>  | <u>Recommandations</u>   | <u>Moyens / input</u>   | <u>Source Financement</u>                               |
|---|--------------------------|---|--|---|---|
| <b>6-Suivi régional</b>                     | DRS<br>(Phcien inspect.) | - Manque de motivation<br>- Absence de suivi spécifique   | 1- Traitement informatisé des données (formation du pharmacien inspecteur- équipement informatique)<br>2- Assistance technique ponctuelle (analyse des données et évaluation du système au niv régional)<br>3- convention DRS : engagement a assurer le suivi et les supervisions  | Equipement informatique<br>AT ponctuelle<br><br>Coûts supervision | USAID :PRISM<br><br>USAID<br><br>Part des bénéfices PCG |
| <b>7-Suivi préfectoral</b>                  | DPS                      | - Manque de motivation<br>- Absence de suivi spécifique   | 1- Adaptation de RAMCES pour compilation des données des rapports CS (données de consommation)<br>2- Développement d'initiatives pour faciliter les circuits d'approvisionnement (et réduire les coûts)<br>3- Poursuite des supervisions/suivis<br>4- Assistance technique ponctuelle : évaluation syst. niveau préfectoral, et appui à l'organisation de modalités d'approvisionnement. | Coûts supervision<br><br>AT ponctuelle                            | Part des bénéfices<br><br>USAID                         |
| <b>8- Gestion dans les Centres de santé</b> | CS                       | - Situation financière fragile (décapitalisation CS)<br>- Rupture en ME dans les dépôts régionaux | 1-Transmission des données sur consommation et disponibilité des contraceptifs (CS, AC, PS)<br>2- Gestion financière (vente-rachat, utilisation des recettes)  | Coûts de réapprovisionnement.                                     | Recettes CS   |



### 5.3 Moyens/Input

Les moyens nécessaires seront en grande partie inclus dans les coûts de fonctionnement du système de réapprovisionnement et donc couverts par les marges de vente.

L'engagement financier principal reste à la charge de l'USAID qui devrait maintenir son implication initiale en assurant le financement des produits contraceptifs.

Les coûts relatifs au Projet PRISM seront suspendus dès l'arrêt du Projet. Seule une assistance technique ponctuelle sera financée de manière dégressive pendant les 2 années suivant le retrait du Projet. Le coût de cette assistance technique a été évalué sur base de 8 homme/mois la première année et 5 homme/mois la seconde année, comprenant les honoraires, la location d'un véhicule et les frais de circulation dans les trois régions (3\*5000km).

En ce qui concerne l'équipement nécessaire, il correspond à l'équipement informatique nécessaire pour le poste de pharmacien inspecteur dans les DRS ainsi que celui nécessaire à la gestion des dépôts PCG. Il est cité pour mémoire car soit (i) il fera partie des équipements laissés par PRISM à son départ, ou (ii) il pourra être payé par les bénéfices réalisés (dépôts PCG). Il n'y aura donc pas lieu de prévoir des financements spécifiques.

**Tableau n°8 : COUTS APRES RETRAIT DE PRISM**

| <b>Catégorie de coûts</b>       | <b>Année 1</b>         | <b>Année 2</b>          | <b>Année 3</b>      |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------|---------------------|
| Equipement informatique         | p.m. (PRISM)           | -                       | -                   |
| Assistance technique ponctuelle | 8H/mois<br>25 000 US\$ | 5 H/mois<br>20 000 US\$ | -                   |
| Produits contraceptifs          | 225 000 US\$           | 240 000 US\$            |                     |
| Devises                         |                        |                         | 270 000 US\$        |
| <b>Total</b>                    | <b>250 000 US\$</b>    | <b>260 000 US\$</b>     | <b>270 000 US\$</b> |

Au total, l'engagement de l'USAID restera inférieur à une enveloppe maximum de 300 000 us\$ et concernera essentiellement le financement des contraceptifs nécessaires au maintien des acquis du Projet.

### 5.4 Phase de transition

Le Projet PRISM est à près de 6 mois de son retrait définitif. Il doit donc engager maintenant une phase de transition pour préparer les conditions de poursuite et de conservation des acquis dans la zone où le Projet a opéré toutes ces années. Cette étape est cruciale, elle doit conduire à mobiliser les instances responsables pour assurer la continuité des activités développées au cours du Projet. Dans cette perspective, mettre en place un circuit d'approvisionnement opérationnel pour une fourniture régulière de produits contraceptifs est essentiel.

Le Projet doit donc rapidement engager les actions suivantes :

- **Engager une concertation avec le MSP** sur les propositions faites pour le circuit et les modalités d'approvisionnement à l'avenir
- **Discuter avec PCG** et élaborer des termes de la convention à signer : services attendus et devoirs de PCG, engagement USAID et circonstances de retrait éventuel, etc
- **Discuter avec les DRS** et élaborer les termes de la convention à signer : engagements et responsabilité mutuels,
- **Informers DRS, DPS, CS** : (i) du nouveau circuit d'approvisionnement (dépôt PSG), (ii) de l'importance du circuit d'information
- **Adapter le système RAMCES** : procéder aux adaptations mineures nécessaires pour assurer l'exploitation des données de consommation
- **Sensibiliser et former le pharmacien de la DRS** aux traitements des données
- **Identifier et recruter l'assistance technique ponctuelle**
- **Signer les conventions** avec PCG et DRS
- **Transférer les stocks** actuels dans les dépôts PCG

## 6 CONCLUSION

Pendant la durée du Projet, PRISM a dû prendre en charge la quasi totalité des activités d'approvisionnement pour assurer une disponibilité suffisante des produits contraceptifs, indispensable au développement des activités PF dans les trois régions couvertes. Aujourd'hui, à la veille du retrait du Projet, se pose la question sensible du transfert de ces activités d'approvisionnement.

Plusieurs éléments positifs se dégagent du contexte actuel. L'impact du Projet a entraîné une demande croissante de produits contraceptifs exprimée par les CS et une prise de conscience des autorités de l'importance d'un réseau de distribution fiable pour ces produits. Les responsables rencontrés de la PCG et d'une DRS ont affiché une réelle volonté de s'impliquer pour prendre en charge et suivre l'approvisionnement de ces produits. Par contre l'analyse financière a démontré la nécessité de poursuivre l'apport d'une subvention conséquente des produits qui reste pour l'instant de la responsabilité des partenaires internationaux

Pour la PCG il s'agit d'une opportunité de démontrer son savoir faire et sa fiabilité. La PCG a déjà pris des engagements contractuels avec d'autres partenaires (ex PSI) et s'est déclarée prête à faire de même avec l'USAID pour la distribution des contraceptifs dans les 3 régions.

Le système proposé est d'ailleurs en totale cohérence avec les orientations suivies par le MSP, tant en ce qui concerne l'intégration et l'uniformisation d'une logistique d'approvisionnement que dans la volonté de sécurisation des produits de santé de la Reproduction.

Les propositions s'inscrivent dans la stratégie de désengagement du Projet et de transfert auprès des acteurs nationaux. Leur engagement à faire fonctionner le système pour que perdurent les acquis du Projet aura pour corollaire l'engagement de l'USAID à poursuivre le financement des produits contraceptifs.

## LISTE DES ABBREVIATIONS

|        |  |
|--------|--|
| AGBEF  | Association Guinéenne pour le Bien-être Familial                       |
| ARV    | Anti Rétro Viraux  |
| ATB    | Anti Tuberculeux   |
| CS     | Centres de Santé   |
| DNPL   | Direction Nationale de la Pharmacie et des Laboratoires                |
| DPS    | Direction Préfectorale de la Santé                                     |
| DRS    | Direction Régionale de la Santé  |
| DSR    | Division Santé de la Reproduction                                      |
| EPIC   | Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial              |
| PEV    | Programme Elargi de Vaccination  |
| PRISM  | Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive                 |
| MST    | Maladie Sexuellement Transmissible                                     |
| MSH    | Management Science for Health  |
| MSP    | Ministère de la Santé Publique   |
| PCG    | Pharmacie Centrale de Guinée   |
| PF     | Planification Familiale  |
| PNLL   | Programme National de Lutte contre la Lèpre                            |
| PNLT   | Programme National de Lutte contre la Tuberculose                      |
| PNDS   | Plan National de Développement Sanitaire                               |
| PPN    | Politique Pharmaceutique Nationale                                     |
| RAMCES | RApport Mensuel des CEntres de Santé,                                  |
| SBC    | Services à base communautaire  |
| SPSR   | Plan national de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction |
| SR     | Santé de la Reproduction   |

## **LISTE DES ANNEXES**

**Annexe n°1** : Programme de la mission et personnes rencontrées

**Annexe n°2** : Zone d'intervention de PRISM 6 liste des CS par préfecture et Région

**Annexe n°3** : Valorisation des besoins en produits contraceptifs de la zone du projet  
Année 2005-2007

**Annexe n°4** : Evaluation des volumes et poids des contraceptifs par an - estimation des  
coûts de transit

**Annexe n°5** : Estimation des coûts de transport vers les régions du projet

**Annexe n°6** : Estimation des coûts de distribution des contraceptifs par la PCG

**Annexe n°7** : Estimation des coûts de logistique des CS

**Annexe n°8** : Récapitulatif des coûts d'approvisionnement en contraceptifs de la zone  
PRISM

**PROGRAMME DE LA MISSION - 19 au 28 mars 2006**

|  |
|--|
| <b>Dimanche 19 mars</b><br>Arrivée Conakry   |
| <b>Lundi 20 mars</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Briefing AVEC M Tanou Diallo, directeur du Projet PRISM</li></ul> Etude documentaire  |
| <b>Mardi 21 mars</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Travail en équipe avec Y Doumbouya et Dr Sékou Condé</li><li>- PCG : rencontre et entretien avec Dr Dr Housseiny Bah, DG PCG</li><li>- Cellule PEV : entretien non accepté</li><li>- Association Guinéenne pour le Bien-être Familial AGBEF : Directeur Exécutif Robert Sara Tambalou</li></ul> |
| <b>Mercredi 22 mars</b><br>Travail en équipe <ul style="list-style-type: none"><li>- Discussion Dr Alpha Oumar Barry – Directeur Régional de la Santé de Kankan</li><li>- Dr Hawa Condé - FNUAP</li></ul>  |
| <b>Jeudi 23 mars</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- MSP : entretien avec Dr Aboubacar Sidiki Diakite - Inspection générale</li><li>- MSP : programmation d'une réunion Dr Harirata Bah – Directrice DNLP</li><li>- Visite des locaux de PCG – Dr Abdouramane Diallo</li></ul> Travail équipe PRISM  |
| <b>Vendredi 24 mars</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Réunion au MSP : DNPL Dr Harirata Bah, Dr Nagnouma Sanoh, Dr Karifa Dounoh ,PCG : Dr Bah, Dr Abdoulaye Tangaly Diallo , PRISM Dr Conde Sekou, Dr Youssouf Doumbouya, Mme C Damour</li><li>- PCG : comptabilité, achat / Dr Sankhon M'Bembalaye</li></ul> Travail équipe PRISM                |
| <b>Samedi 25 mars</b><br>Travail équipe PRISM  |
| <b>Dimanche 26 mars</b>  |
| <b>Lundi 27 mars</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Recueil de données à PCG</li></ul> Travail équipe PRISM   |
| <b>Mardi 28 mars</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Entretien avec Dr Sidaty Keita Chef de la Division Santé de la Reproduction MSP</li></ul> Travail équipe PRISM<br>Debriefing M Tanou Diallo<br>Fin de la mission  |