



Analyse Situationnelle sur la Sécurisation des Produits de la Santé Reproductive en Algérie

Septembre 2015

Rapport Final

Manal A. El-Fiki, PhD

Decision Support Systems
UNFPA/ASRO Consultante

Gregory Roche

Directeur adjoint chargé des
opérations et le renforcement des
systèmes, Projet Supply Chain
Management System (SCMS),
John Snow, Inc.

Ellie Bahirai

Conseillère Technique,
Sécurisation des produits de
la Santé Reproductive
John Snow, Inc.

Avant Propos

UNFPA/ASRO

Une partie intégrale de la stratégie de l'UNFPA/ASRO en sécurisation des produits de la santé reproductive est d'essayer d'améliorer, dans les pays en voie de développement, l'accès aux produits et services de qualité de la santé reproductive (SR) et l'utilisation de ces produits. A cet effet, et dans ce cadre du programme de coopération UNFPA-Algérie 2012-2015, l'UNFPA/ASRO offre un appui technique pour l'approvisionnement en produits SR, et développe dans les pays la capacité nationale en matière de gestion des produits SR dans le système de santé. L'UNFPA/ASRO applique des approches efficaces afin d'assurer la prestation des services SR de qualité, y compris la disponibilité des produits SR et l'accès à ces produits.

John Snow, Inc.

John Snow, Inc. (JSI) est une société américaine d'experts-conseils en santé publique et qui travaille dans le domaine de l'amélioration de la santé des individus et des communautés partout dans le monde. Le personnel technique est spécialisé dans les différents domaines de la santé et travaille en partenariat avec des experts locaux, des organisations internationales et nationales, et des gouvernements afin de promouvoir l'accessibilité aux services de santé de qualité pour les femmes, les hommes et les enfants. Le bureau principal se trouve à Boston, Massachusetts ; le bureau de JSI Logistics Services est basé à Washington, DC. JSI maintient aussi des bureaux à Concord, New Hampshire ; Denver, Colorado, et dans plus de 20 pays dans le monde.

Abstrait

La sécurisation des produits de la santé reproductive (SPSR) promeut le principe que chaque personne doit être en mesure de choisir, d'obtenir et d'utiliser les produits contraceptifs de qualité et/ou autre produits SR à chaque fois qu'elle le souhaite. L'objectif est d'assurer que l'offre des produits correspond à la demande. L'Algérie est engagé, à travers son programme santé reproductive, à assurer la disponibilité des produits SR selon les besoins exprimés par les usagers/clients des services SR/PF.

Dans le cadre du programme de coopération Algérie –UNFPA, et afin de répondre aux besoins en SR/PF, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, l'UNFPA/ASRO et JSI ont réalisé une analyse situationnelle en 2015 pour assurer que la disponibilité des produits SR corresponde à la demande. Cet état des lieux contribuera à renforcer le système de sécurisation des produits SR (SPSR) et à établir un consensus entre les différents partenaires sur les priorités à considérer pour assurer que le système en place soit opérationnel. Les résultats de cette analyse situationnelle fourniront l'information nécessaire pour le développement d'une stratégie nationale en SPSR.

Contenu

Avant Propos.....	i
Contenu.....	iii
Acronymes.....	v
Remerciements.....	vii
Sommaire Exécutive.....	1
Introduction.....	3
Méthodologie.....	3
Le Cadre SPSR.....	3
Aperçu sur la Méthodologie Utilisée par l'Equipe.....	4
Activités/Processus de l'Analyse Situationnelle.....	4
Les Objectifs de l'Analyse Situationnelle.....	11
Les Limites de l'Analyse.....	11
Le Contexte Général de la Situation.....	12
La Sécurisation des Produits de la Santé Reproductive (SPSR) pour la Planification Familiale.....	14
Contexte Général.....	14
Le Contexte : Système de Santé.....	14
Le Contexte: Planification Familiale.....	16
La Coordination.....	17
L'Engagement.....	17
La Planification Familiale.....	18
Le Plaidoyer.....	18
Le Financement.....	19
Les Sources Domestiques/Internes de Financement.....	19
Les Sources Externes de Financement.....	20
Les Produits.....	20
Les Sources des Produits pour la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale.....	20
La Gamme des Produits SR/PF.....	21
Les préservatifs.....	22
Les Besoins Non-Satisfaits.....	22
La Chaîne d'Approvisionnement/Le Système Logistique.....	22
La Prévision et Les Achats.....	22
Les Systèmes d'Information.....	26
Le Stockage.....	29
Les Procédures de Contrôle d'Inventaire.....	29
Le Transport et la Distribution :.....	33
La Dispensation des Produits (CO).....	33
L'Information, l'Education et la Communication (IEC).....	34
Autres.....	34
Recommandations pour le Court et le Long Terme.....	34
L'Engagement et le Plaidoyer.....	34
Le Financement.....	35

La Coordination	35
L'Utilisation et la Demande du Client	36
La Capacité des Cadres	36
La Prévision et les Achats	37
Le Système d'Information pour la Gestion Logistique.....	38
Le Stockage.....	39
Les Procédures de Contrôle d'Inventaire.....	39
Le Transport et la Distribution.....	40
Autres.....	40
Liste des Annexes	41

Tableaux et Schémas

Schéma 1. Le Cadre de la Sécurisation des Produits pour la Santé de la Reproduction	3
Schéma 2. Le Taux de Prévalence Contraceptive.....	13
Tableau 1. Les Indicateurs Démographiques, de la Santé et du Développement	13
Schéma 3. Organigramme MSPRH	15
Schéma 4. Circuits de la Distribution des Produits et des Prévisions/Commandes.....	16
Tableau 2. L'Achat des Produits Contraceptifs par l'UNFPA - 2014	20
Tableau 3. Exemple d'une Prévision, niveau EPSP	24
Tableau 4. Etats de Stock d'un Centre.....	30
Tableau 5. Etats de Stock d'un Autre Centre.....	30

Acronymes

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CO	contraceptif oral
CPF	centre de planification familiale
EPH	Etablissement Public Hospitalier
EPHS	Etablissement Public Hospitalier Spécialisé
EPSP	Etablissement Public de Santé de Proximité
SIS	système d'information sanitaire
SIGL	système d'information pour la gestion logistique
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PF	planification familiale
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNMCD	Programme Nationale de Maîtrise de la Croissance Démographique
SEMPEP	Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive
SR	Santé Reproductive
SPSR	sécurisation des produits de la santé reproductive
SPARHCS	Cadre de la Sécurisation des Produits de la Santé Reproductive (Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security)
TFT	taux de fécondité total
TPC	taux de prévalence contraceptive
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)

Remerciements

L'équipe de consultants tient à remercier tous les différents partenaires qui ont contribué au succès de la mission. Des remerciements particuliers aux suivants :

- Mr. Ammar Ouali, Directeur du Service de la Population - Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
- Mr. Omar Dendani, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, qui était un membre intégral de l'équipe pendant les différentes visites, y compris les visites aux centres et services dans les wilayas
- Mme Mariam Khan, UNFPA/Alger Representative.
- Mme Ouahiba Sakani, UNFPA/Alger Assistant Representative
- Mme Badia Haddouche, NPO - UNFPA/Alger
- Tous les directeurs des centres visités et les prestataires de services pour leur accueil chaleureux et leur excellente collaboration (Wilaya d'Alger, Saida, Biskra, et Tipaza).

Sommaire Exécutive

Ce rapport présente une analyse situationnelle relative à la Sécurisation des Produits de la Santé Reproductive (SPSR) en Algérie et des recommandations qui pourront aider à renforcer la SPSR. Les objectifs de l'analyse situationnelle sont de:

- Contribuer aux efforts existants d'amélioration de la situation SPSR en Algérie;
- Aider à promouvoir un consensus entre les différentes parties prenantes sur les actions à entreprendre pour assurer des services efficaces en SPSR;
- Aider à développer un plan/une stratégie pour la SPSR dans le secteur public.

L'analyse situationnelle est basée sur le Cadre de la Sécurisation des Produits pour la Santé de la Reproduction qui a été développé et adopté par USAID, UNFPA et d'autres partenaires et qui permet l'examen des différents éléments qui pourront avoir un impact sur la SPSR :

- Le contexte général dans le pays
- L'engagement des différents intervenants
- Le Finance
- La Coordination
- La Capacité
- La Prestation des Services
- Les Clients

Afin de faire l'analyse de la situation, l'équipe a suivi une série d'activités pour la collecte des informations nécessaires pour dégager les recommandations, y compris:

- Le développement des questionnaires
- La révision des documents ressources existants
- Un atelier d'introduction
- Les interviews avec des individus et en petits groupes (à travers les visites sur le terrain, où on a exploité les questionnaires)
- La collecte et l'analyse des fiches et supports utilisés dans les centres
- Un atelier de restitution à la fin de la mission

Bien que la mission s'est déroulée très bien dans l'ensemble (bon accueil par tous les interviewés, bon accès aux documents, franche collaboration entre les partenaires), la mission a fait face à certaines limites dans le déroulement de la mission:

- Le choix des wilayas a été influencé par la situation sécuritaire en Algérie
- L'analyse situationnelle est une étude qualitative et non pas quantitative
- Manque de certaines informations (exemple: le finance)
- Pas d'accès aux PCHs

La mission a trouvé une situation avec beaucoup de points forts et qui forment une bonne base pour la SPSR. En ce qui concerne les différents éléments de la SPSR, on peut citer:

- Un contexte général favorable à la SPSR avec les politiques en place qui promouvoient la SPSR
- Un engagement actif des différents intervenants et surtout du gouvernement

- Un financement en place qui peut couvrir les besoins du programme PF et les produits SR
- Une bonne coordination entre les différents partenaires et dans différents domaines
- Les capacités de base adéquates (prestation des services, gestion des produits/du système logistique)
- La prestation des services de qualité grâce à un personnel qualifié et dédié

Ceci dit, et étant donné que le taux de prévalence contraceptive en Algérie a baissé entre le MICS3 (2008) et le MICS4 (2012-13), la mission a aussi trouvé des points qui peuvent être renforcés pour une meilleure SPSR. Selon les recommandations dégagées par la mission:

L'Engagement et le plaidoyer:

- Former un comité SPSR qui sera chargé du suivi continu de tous les aspects de la SPSR
- Développer et mettre en place d'une stratégie SPSR

Le Financement

- Sensibiliser les contrôleurs financiers sur les produits SR/PF
- Impliquer les wilayas dans le processus de la prévision pour les aspect budgétaires

L'Utilisation et la demande du client

- Développer les matériaux d'information, d'éducation et de communication que ciblent les bénéficiaires de la PF

La Capacité

- Standardiser les matériaux pour tous les centres en matière de la PF
- Recycler les sages-femmes dans l'utilisation des nouveaux matériaux pour la promotion de la SR et de la PF
- Renforcer les capacités des cadres

La prévision et les achats

- Faire des sondages rapides pour connaître les chiffres désagrégés sur les consommations des différents types des méthodes PF (contraceptifs oraux, DIU); exploiter ces chiffres pour la prévision et le réapprovisionnement
- Faire une révision de la prévision tous les six mois; ajuster les prévisions et ensuite les achats selon les taux d'utilisation

Système d'information pour la gestion logistique

- Désagréger les données sur les consommations (CO par DCI, DIU par type)
- Faire une étude rapide sur les indicateurs logistiques
- Standardiser les fiches de collecte de données (rapports, fiche de stock)

Procédures de contrôle d'inventaire

- Standardiser la gestion des produits et les quantités à commander à travers un système de contrôle d'inventaire défini pour le pays

Introduction

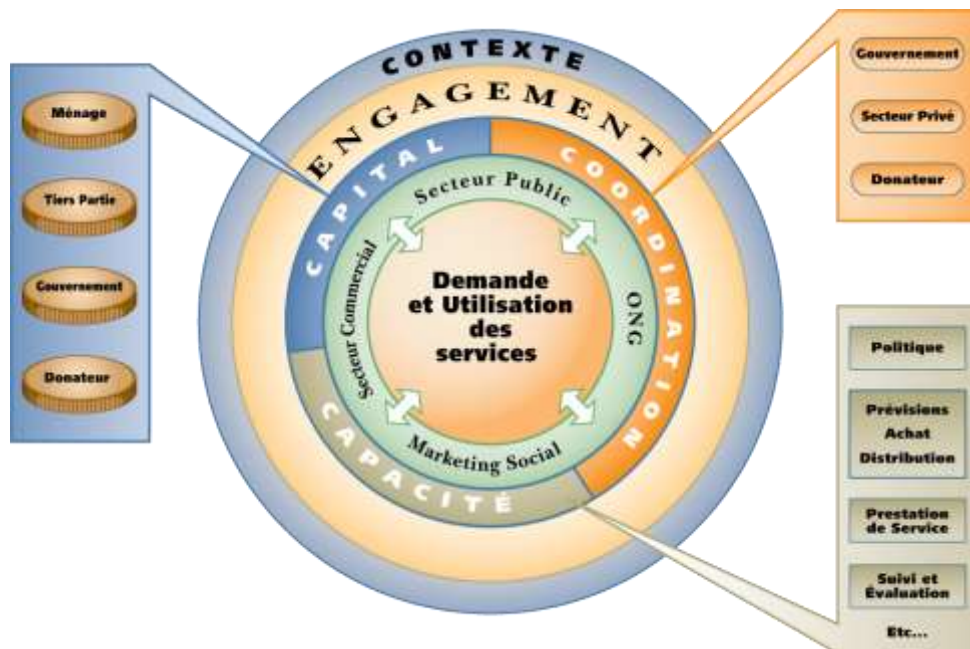
La Sécurisation des Produits de la Santé Reproductive (SPSR) existe quand chaque personne peut choisir, obtenir et utiliser les produits de santé de la reproduction de qualité à chaque fois qu'elle en manifeste le besoin. Cela veut dire que les produits doivent être disponibles et accessibles. Pour atteindre la SPSR, un nombre d'éléments est essentiel, y compris l'appui du gouvernement et des autres partenaires, la création de la demande à travers la sensibilisation, la mobilisation des ressources, et le développement des capacités dans le pays pour assurer l'accessibilité et la disponibilité.

Comme intervention clé dans le renforcement du programme de santé reproductive, l'Algérie entreprend une approche active pour assurer la priorisation de la disponibilité des produits SR/PF afin d'améliorer la santé des citoyens. Cette analyse situationnelle sera utile pour étendre la sensibilisation et développer une meilleure compréhension de la SPSR. C'est une étape initiale pour le plaidoyer et la sensibilisation, non seulement pour la PF mais la SPSR en général.

Méthodologie

La méthodologie pour l'analyse situationnelle est basée sur le cadre de la Sécurisation des Produits pour la Santé de la Reproduction, développé et adopté par USAID, UNFPA et d'autres partenaires.

Schéma 1. Le Cadre de la Sécurisation des Produits pour la Santé de la Reproduction



Source: SPARHCS: <http://deliver.jsi.com/dhome/whatwedo/commsecurity/cssparhcs>

Le Cadre SPSR

Le Schéma 1 montre les éléments de la SPSR et l'impact qu'ils ont sur la demande et l'utilisation des clients. Dans chaque pays, le contexte général a un impact sur la possibilité d'atteindre la SPSR, y compris les politiques nationales et les réglementations qui affectent la santé de la reproduction et en particulier la disponibilité des produits santé de la reproduction et planification familiale; et aussi les facteurs plus généraux comme les conditions sociales et économiques, culturelles, ainsi que les priorités concurrentes.

Dans ce contexte, l'engagement, qui comprend une politique de soutien, le leadership du gouvernement et un plaidoyer ciblé, est une composante importante de la SPSR. Cet engagement constitue la base sur laquelle les parties prenantes investissent les fonds nécessaires, coordonnent leurs activités dans le domaine de la sécurisation des produits (SP), et développent les capacités nécessaires pour atteindre la SP. Les cases dans le schéma expliquent chacune de ces composantes. La coordination implique le gouvernement, le secteur privé et les donateurs/partenaires de développement pour mieux assurer une allocation des ressources plus effective. Les ménages, les tierces parties (les employeurs, l'assurance sociale), le gouvernement et les donateurs sont tous les sources de financement. En plus, la capacité doit exister pour une gamme de fonctions, y compris la politique (les politiques favorables à la SR/PF); la prévision, l'achat et la distribution ; la génération de la demande chez les clients ; la prestation des services ; la supervision, le suivi et l'évaluation pour en citer quelques-unes. Les clients, qui se trouvent au milieu du schéma, sont les bénéficiaires ultimes de la SPSR en tant que récipients des produits, mais aussi, représentés par les flèches doubles, les initiateurs : le système doit répondre à leurs besoins.

Aperçu sur la Méthodologie Utilisée par l'Equipe

Pour l'analyse situationnelle, la mission a suivi une série d'activités afin de collecter les informations nécessaires pour l'analyse situationnelle et surtout pour dégager des recommandations.

Avant d'arriver en Algérie, l'équipe de consultants ~~on~~ a fait une étude préliminaire de certains documents ressources disponibles sur l'internet. Une fois dans le pays, l'équipe a mené une série de discussions avec l'UNFPA, les participants à l'atelier d'introduction de la mission, les responsables et prestataires de services rencontrés lors des visites sur le terrain effectuées (4 wilayas : Alger-Biskra-Saïda-Tipaza et le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière). Cette série d'activités a permis à l'équipe de réaliser un état des lieux et d'élaborer des recommandations utiles. A la fin de la mission, l'équipe a fait la restitution avec le même groupe de participants à l'atelier d'introduction, afin de présenter les résultats de la mission et les recommandations qui font partie de ce rapport. L'équipe a également tenu une réunion de fin de mission avec les représentants de l'UNFPA.

Activités/Processus de l'Analyse Situationnelle

Développement des questionnaires par niveau/ activité

L'équipe a adapté le questionnaire standard SPARHCS pour l'Algérie. Celui-ci a été produit en deux versions : l'outil complet pour les interviews sur le terrain (sections particulières pour les différents thèmes), une parti duquel on a tiré des questions pour le niveau directorat,

et une version particulière pour les discussions en petits groupes pendant l'atelier d'introduction de la mission. Les deux versions se trouvent en annexe (Annexe 1 et 2).

Révision des documents ressources existants

Afin de mieux connaître la situation actuelle sur les différents aspects de la santé reproductive et sujets y liés, l'équipe a fait une recherche sur l'internet pour des documents ressources disponibles. L'équipe a aussi reçu, une fois sur place, un lot de documents ressources de la Direction de la Population-Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. L'équipe a eu accès aux documents suivants, d'où certains chiffres pour les statistiques récentes et pour d'autres informations importantes :

- Algeria 2012-13 MICS
- Algeria 2008 MICS
- Algeria Health Expenditure <http://www.indexmundi.com/facts/algeria/health-expenditure>
- Algeria: Progress on the MDGs (source unidentified)
- World Health Databook, 4th edition
- Rapport d'activité sur la riposte nationale au sida -Algérie 2012- SUIVI DE PROGRES SUR LA DECLARATION POLITIQUE SUR LE VIH/SIDA DE 2011, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
- DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2014, No. 690, Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi
- Algeria: WHO statistical profile, World Health Organization
- World Health Statistics, 2012, World Health Organization
- Plan National de Réduction Accélérée de la Mortalité Maternelle 2015-2019

Réunion d'introduction avec UNFPA

L'équipe des consultants a tenu une réunion d'introduction avec l'équipe de l'UNFPA afin de revoir ensemble les termes de référence de la mission, discuter le programme de la mission et son approche, répondre à quelques questions techniques sur les activités de l'UNFPA en Algérie et discuter certains aspects logistiques de la mission. Cette réunion a permis à l'équipe de consultants de se rappeler de certains éléments de base pour la mission et aussi mieux connaître l'équipe UNFPA avec laquelle ils travailleront pendant la mission.

Atelier d'introduction avec les représentants du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière et autres partenaires

Le 2 septembre 2015, l'équipe a tenu un atelier d'introduction de la mission avec les représentants du MSPRH, de l'UNFPA et autres partenaires impliqués dans le programme de coopération Algérie-UNFPA et parties prenantes dans cette mission.

Pendant l'atelier, l'équipe a présenté :

- La définition et les objectifs de la sécurisation des produits santé de la reproduction (SPSR)

- Un aperçu sur l'UNFPA et ses interventions dans le domaine de la SPSR
- Un aperçu sur JSI et ses interventions dans le domaine de la SPSR et la chaîne d'approvisionnement
- Un aperçu sur la collaboration continue entre UNFPA et JSI
- Les composants de la SPSR
- Le cadre de la SPSR
- L'objectif de la mission en Algérie
- Le processus proposé pour la mission

La présentation en PowerPoint se trouve en annexe (Annexe 3).

A l'issue de cette présentation, une séance a été consacrée aux travaux de groupes. Les participants ont été répartis en cinq groupes de travail sur l'utilisation du questionnaire. Pour cela, chaque groupe a travaillé sur une composante de la SPSR :

- Leadership et coordination (y compris engagement)
- Finance
- Produits
- Politiques
- Chaîne d'approvisionnement

Chaque groupe a identifié certains défis dans le domaine qu'il a traité, ceci pour donner à l'équipe une idée sur le type de défis qui se trouvera sur le terrain. Après avoir identifié les défis, certains groupes les ont classé par ordre prioritaire, en utilisant un outil que les consultants ont fourni pour la tâche. Les défis identifiés par les groupes sont les suivants :

- Leadership et coordination (y compris engagement)

Coordination inter-agences (illisible)	13
Comité de Population (prérogatives, augmenter responsabilité)	12
Prestations du secteur public	20
Rôle des ONG	16
Engagement politique	26
Coordination des activités du programme	23
Choix des compétences (à tous les niveaux)	17

- Finance

Le budget alloué aux produits de la SR est insuffisant	22
Dysfonctionnement du processus de la gestion financière	25
Absence de ligne budgétaire SR	24
Pérennisation du système d'utilisation des fonds publics pour le public et non pour subventionner le privé	19
Continuer la gratuité des prestations assurées par l'état et remboursement du privé	14

- Produits (les défis n'ont pas été classés)

Pas de fabricants locaux	
Pas de politique spécifique pour l'importation des produits contraceptifs, ça rentre dans le cadre de l'importation des médicaments	
Pour les besoins non-satisfaits: Limitations - l'âge de la femme - l'état de santé de la femme - raison sociale (financier, culturel) - accessibilité au centre de santé	
Pour les besoins non-satisfaits: Espacement - diversification des produits - IEC - l'âge de la femme - raison sociale (sous-informé) - disponibilité des produits - qualité de prestations entre public-privé	
Accueil: manque de ressources humaines qualifiées en prescription contraceptive	
Non disponibilité de la gamme	
les pharmaciens sont tenus de soumettre le produit le moins cher (crédit alloué à l'achat est insuffisant)	
L'éloignement (zones - équipes mobiles)	
L'automédication	
C3.2: - L'accueil - IEC (effets secondaires) - non disponibilité et servis de prestations - min de niveau qualifié - manque de variations de la gamme contraceptive - l'éloignement - l'aspect financier (contraintes)	

- Politiques (les défis n'ont pas été classés)

Estimation fiable des besoins par rapport à la demande	
Elargissement de la gamme de produits	
Avoir une ligne budgétaire dédiée pour les produits SR	
Encourager la fabrication locale pour les produits SR	

- Chaîne d'approvisionnement

Système de gestion et de logistique SIGL doit être liée avec la centrale d'achat (PCH)	20
Disponibilité des médicaments	20
Coordination entre structures	10
Communication et sensibilisation à propose des médicaments génériques	11
Calcul de Prévisions	18
Consensus thérapeutique; gamme de produit; enregistrement; diversification des sources d'approvisionnement	20

Les listes des défis identifiés en travaux de groupes ont permis à l'équipe de mieux se préparer pour les visites sur le terrain ainsi que de commencer à établir un consensus parmi les intervenants.

La liste des participants à l'atelier d'ouverture de la mission se trouve en annexe (Annexe 4).

Interviews avec les individus et en petits groupes

L'équipe de consultants a pu rencontrer des directeurs et prestataires de service (médecins, sages-femmes, etc.) dans plusieurs types de centres et de bureaux (EPSP, EHS, avec un accent particulier sur les PMI qui se trouvent au sein de ces établissements) et au niveau central comme dans les quatre wilayas (Alger, Saida, Biskra et Tipaza).

L'équipe a pu interroger le personnel sur les différents aspects de la gestion des produits SR et les défis auxquels il fait face sur le terrain, surtout ce qui empêche l'approvisionnement des services SR en général et PF en particulier. La liste des personnes interrogées se trouve en annexe (Annexe 5).

L'équipe s'est rendue dans les centres/structures suivants :

- Direction de la Population
- Direction de la Prévention
- Direction de la Pharmacie
- Association AIDS Algérie
- Association Algérienne pour la Planification Familiale (AAPF)
- PMI Nacéra Nounou
- EPSP Sidi M'Hamed (Bouchenafa)
- PMI Ghermoul
- EHS Hamdane Bakhta (Saida)
- EPSP Monlay Larbi (Saida)
- PMI Ain el Hadjar (EPSP de Monlay Larbi, Saida)
- Salle de soin, Saida
- EPSP Biskra
- Polyclinique Frères Bouzaher, Biskra

- Salle de Soins Ammar Belayache (Lebchache). Biskra
- EHS Gynéo-Obstétrique, Biskra
- EPSP Bou-Ismaïl
- CPF, EPH Koléa

Collecte des fiches/ supports utilisés dans les centres de santé

Pendant les visites aux sites, l'équipe a profité de l'occasion pour collecter, quand c'était possible, des copies des fiches ou supports utilisés par les centres pour la collecte des données sur les clients et/ou sur les produits. Parfois un exemplaire vierge nous a été remis par le personnel, d'autres fois des exemplaires bien renseignés.

L'analyse de ces fiches/supports a contribué à l'identification de certaines recommandations liées au système d'information pour la gestion logistique (SIGL). L'analyse des données dans les fiches remplies a aussi servi comme base à certaines recommandations.

L'analyse des fiches et supports collectés relatives à la gestion des produits et aux données y afférentes démontrent qu'il y a différents modèles de bon de commande, de rapports et de fiches de stock selon l'EPSP.

- Besoins estimatifs des produits contraceptifs 2013 (exemple du calcul d'une prévision annuelle)
- Rapport d'Activité Mensuel (rapport sur les activités du mois : statistiques sur le nombre de clients, nombre de pose des DIU, nombre de clients ayant reçu des contraceptifs oraux, nombre de plaquettes distribuées (certains centres font la liste des contraceptifs oraux par marques ; d'autres ne donnent que les totaux)
- Rapport Trimestriel (rapport sur les activités du trimestre: statistiques sur les clients, pose des DIU, nombre de clients ayant reçu des CO, nombre de plaquettes distribuées (certains centres font la liste des CO par marques ; d'autres ne donnent que les totaux)
- Rapport d'activité de planification familiale, bilan annuel 2014 (sommaire des activités PF pour l'année : pose des DIU, utilisation des CO/injectables, dépistage du cancer du col)
- Bon de Commande (produits, quantités demandées, quantités accordées/délivrées)
- Bon de commande (produit, stock existant, quantité demandée, quantité accordée, observations)
- Bon de Commande (version produit sur l'ordinateur : code, DCI, forme/dosage, quantité demandée, quantité accordée, observations)
- Fiche de Stock (deux modèles observés)
- Lettre d'information du SEMEP au chef de service de la pharmacie (communication des besoins annuels pour les contraceptifs)
- Activités de planification familiale (résumé des activités PF sur deux ans : pose des DIU, clientes utilisant CO/injectable, dépistage du cancer du col)
- Les achats des contraceptifs (exemples des dépenses par année pour les produits contraceptifs)

- Bon de Livraison (produit, conditionnement, quantité livrée, numéro du lot, date de péremption, prix vente, montant hors taxe, TVA, montant TTC)

D'autres exemples des fiches/supports fournis à l'équipe incluent :

- Fiche de Liaison (fiche de référence à un PMI après l'accouchement) en 2 versions
- Approvisionnements en contraceptifs par an, 2014-2015, niveau EPSP
- Listes de produits gérés par les centres d'un EPSP
- Consommations des contraceptifs par an et les coûts (2012-2015)
- Tableaux récapitulatifs : consommation annuelle de chaque produit (2012-2015)
- Exemples des quantités fournies par la PCH/le privé
- Prévisions d'achat pour l'année (quantités et coûts)
- Lettre de communication des états de stocks et besoins en contraceptifs
- Lettre de communication de répartition des crédits budgétaires
- Bon de décharge (deux exemples)
- Facture PCH
- Suivi de l'approvisionnement en produits contraceptifs pour le semestre
- Suivi de l'approvisionnement en produits contraceptifs pour l'année
- Tableau d'évolution de la population, niveau wilaya
- Evaluation mensuelle d'espacement des naissances

Toutes les fiches collectées/les supports collectés se trouvent en annexe (Annexe 6).

Types de données collectées et analysées

Pendant les visites, l'équipe a essayé de collecter le maximum de données actuelles afin de faire les analyses, de vérifier l'information fournie par les interviewés et d'aider dans le développement des recommandations pour l'amélioration du système. Des exemples des données collectées incluent :

- Les consommations des différents produits
- Le stock disponible des différents produits
- Les prévisions produites par l'EPSP, le PMI
- Les ruptures de stock notées dans les rapports ou sur les fiches de stock (y compris la rupture de stock elle-même et la durée en cas de rupture)
- Les prix des produits (prix d'achat auprès de la PCH, prix d'achat dans les pharmacies privées)

L'équipe a essayé d'exploiter le maximum d'information des fiches collectées pour avoir des informations objectives (exemple : si une prestataire atteste de très peu de ruptures de stock pendant que la fiche de stock démontre le contraire).

Validation des informations collectées

Pour s'assurer que les informations données sont justes et pour vérifier ce qu'a compris l'équipe, on a toujours essayé de vérifier les informations données par d'autres sources d'information. Donc, par exemple, on pourrait poser les mêmes questions aux différentes

personnes dans la même structure, ou bien demander à quelqu'un d'autre de confirmer que ce que nous avons compris est juste.

Atelier de restitution à la fin de la mission

A la fin de la mission, la plupart des participants à l'atelier d'ouverture de la mission ont participé à l'atelier de restitution de la mission. Pour la restitution, l'équipe a présenté les résultats de la mission selon l'agenda suivant :

- Rappel sur la mission et la SPSR
- Les Visites sur le Terrain et les Résultats
- Recommandations
- Travail en groupes

La restitution avait comme objectif principal le partage des expériences de l'équipe c'est-à-dire ce que nous avons trouvé sur le terrain, y compris les points forts du système et les défaillances à corriger. L'équipe a aussi partagé avec les participants quelques « bonnes pratiques » qui sont appliquées/utilisées dans d'autres pays pour la bonne gestion des produits. Ceci a été complété par certaines « autres recommandations » à mettre en place pour renforcer le programme SR/PF et la disponibilité des produits contraceptifs.

La présentation PowerPoint et **la liste des participants à l'atelier de restitution à la fin de la mission** se trouvent en annexe (Annexe 7 et 8).

Les Objectifs de l'Analyse Situationnelle

L'objectif principal de l'analyse situationnelle est de fournir l'information et les recommandations pour contribuer aux efforts existants d'amélioration de la situation SPSR en Algérie par une étude de la santé reproductive et de la planification familiale dans le secteur public. Aussi, l'analyse situationnelle aide à promouvoir un consensus entre les différentes parties prenantes sur les actions à entreprendre pour assurer des services efficaces en SPSR et pour développer un plan/une stratégie pour la SPSR dans le secteur public.

Les Limites de l'Analyse

Le choix des wilayas visitées a été influencé par la situation sécuritaire en Algérie. Le pays est divisé en catégories par le département de sécurité des Nations Unies UNDSS Algérie selon le niveau de risques, avec les zones vertes étant celles à moindres risques. Les déplacements et visites de terrains ont été limités aux zones vertes. Donc l'équipe n'a pas pu visiter les wilayas et centres les plus reculés. Il serait possible que d'autres situations existent dans ces zones mais qui ne sont pas prises en considération dans cette analyse.

L'analyse situationnelle est une étude qualitative et non pas quantitative. L'équipe de consultants a travaillé sur un échantillon sélectionné au hasard dans les wilayas et dans les wilayas « plus sécurisés ». Le nombre de centres visités correspond au temps qui a été disponible, et non pas un échantillon statistiquement significatif. Cependant, l'équipe a essayé de collecter le maximum d'informations quantitatives pour informer ses décisions, mais pour la plupart, les informations utilisées proviennent des interviews et non des

analyses quantitatives. L'équipe juge aussi que les centres visités représentent la diversité des situations qui pourront se trouver dans le pays.

Bien que l'équipe avait accès à beaucoup d'information, on aurait souhaité en avoir plus, surtout sur le financement du secteur de santé. Ceci étant, l'équipe a essayé d'interroger au maximum les interviewés pour avoir au moins les éléments les plus essentiels. Cependant dans le cas de non disponibilité d'information, l'équipe n'a pas analysé ni fait des recommandations dans le domaine.

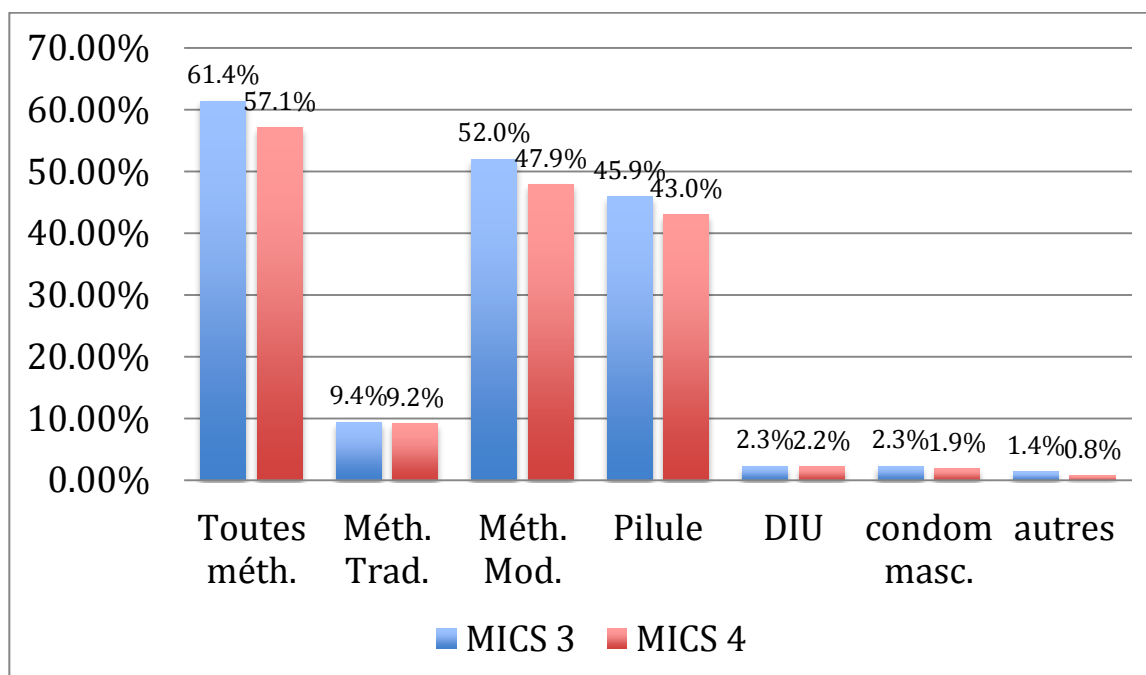
L'équipe n'a pas pu avoir accès aux PCHs, ni à Biskra, ni au niveau central. Le responsable était en mission avec le Ministre de la Santé et par conséquent n'a pas pu être contacté pour avoir son autorisation pour les visites. Par conséquent, cet aspect de la gestion des produits n'a pas pu être traité par l'équipe. Pour ce, les défis notés par l'équipe et les suggestions y liées sont dans la plupart des cas du point de vu des centres qui reçoivent et qui gèrent les produits et ne tiennent pas compte du côté fournisseur. A noter que si les solutions aux problèmes niveau central existent, l'équipe n'est pas en mesure de les citer.

Le Contexte Général de la Situation

La République Démocratique Populaire d'Algérie est un grand pays en Afrique du Nord sur la côte méditerranéenne avec à peu près 39,114 millions d'habitants et un taux d'accroissement de la population de 3.03% (2014). La Banque Mondiale classifie l'Algérie comme pays « classe moyenne supérieure ». Sur la décennie passée, on constate un accroissement régulier dans les dépenses de la santé comme pourcentage du produit intérieur brut (6.6% en 2013, 3.7% en 2002). En 2013, les dépenses privées pour la santé comprennent 25.8% des dépenses pendant que les dépenses du gouvernement comprennent 9.4% des dépenses pour la santé comme pourcentage des dépenses globales du gouvernement. L'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes a augmenté par deux ans sur la période 2000 – 2012. Par comparaison, la moyenne régionale de l'OMS a augmenté par 7 ans sur la même période.

Une comparaison entre le MICS3 (2008) et le MICS4 (2012-2013) montre une baisse dans l'indicateur taux de prévalence contraceptive (TPC): le TPC a baissé pour toutes les méthodes (de 61.4% à 57.1%) entre les périodes des études, y compris une baisse dans le taux d'utilisation des méthodes modernes : de 52% à 47.9%, et ce pour toutes les méthodes modernes désagrégées : CO, DIU, préservatifs masculins et autres. (A noter que dans le MICS4, les données sur les injectables et les implants sont désagrégées ; dans le MICS3, les deux données ne sont pas désagrégées, mais confondues sous « autre »).

Schéma 2. Le Taux de Prévalence Contraceptive



Sources: MICS 2008 (MICS3; bleu) et MICS 2012-2013 (MICS4; rouge)

Tableau 1. Les Indicateurs Démographiques, de la Santé et du Développement

Indicateur	Current	Source
Population totale	39,114,000 en juillet 2014	Démographie Algérienne 2014 -MSPRH
Pourcentage de la population vivant en milieu urbain	70	Algeria: WHO Statistical profile
Pourcentage de la population vivant en milieu rural	30	Algeria: WHO Statistical profile
Taux de croissance démographique	2.15% juillet 2014	Démographie Algérienne 2014
Revenu par habitant	\$12,990	Algeria: WHO Statistical profile
Indice synthétique de fécondité (ISF)	3.03 (2014)	Démographie Algérienne 2014
Prévalence du VIH (adultes) (15-59)	.10 (2009)	Rapport d'activité sur la riposte nationale au sida – Algerie 2012
Mortalité infantile (par 1,000 naissances vivantes))	22 (2014)	Démographie Algérienne 2014
Mortalité maternelle (par 100,000 naissances)	89 (2012)	Algeria: WHO Statistical profile
Expérance de vie à la naissance	71.8 (2013)	http://www.worldlifeexpectancy.com/

La Sécurisation des Produits de la Santé Reproductive (SPSR) pour la Planification Familiale

Contexte Général

En Algérie, comme dans tout pays, il y a un contexte qui influence les possibilités pour la SPSR. Les politiques nationales et les réglementations affectent la planification familiale et la santé reproductive ainsi que la disponibilité des produits SR/PF. Aussi, les facteurs sociaux, culturels, les conditions économiques, et les priorités concurrentes ont un impact sur le niveau de service fourni et la disponibilité des produits.

L'accès aux services SR/PF de qualité en Algérie dépend largement de la disponibilité des produits est non pas des autres facteurs. Les centres de santé publique sont pourvus par d'un personnel qualifié et motivé ; c'est l'amélioration de l'accès aux services et produits SR/PF de qualité qui reste un défi. Il n'y a pas de ligne budgétaire pour les produits SR/PF ; par contre, les fonds pour les produits PF sont alloués comme un pourcentage du budget global de santé. Les stratégies nationales incluent un programme des actions à entreprendre pour baisser le taux de mortalité maternelle. Il paraît ne pas y avoir de restrictions aux produits contraceptifs ou aux préservatifs, par âge par exemple. Aussi pour les lois ou réglementations qui limiteraient les droits de la femme ou qui nécessiteraient l'accord de l'épouse pour l'utilisation de la PF. Cependant, il y a toujours des normes sociales et culturelles qui pourraient avoir un impact : la préférence de l'homme influençant la décision, et surtout en milieu rural et parmi les populations les moins éduquées. Bien qu'il n'y ait pas de règlements formels qui empêcheraient l'accès aux services PF pour les non-mariés ou pour les jeunes, les clients du secteur publics sont largement les femmes mariées en âge de procréer. L'opinion du prestataire de service peut influencer ou non la provision des services PF aux adolescents non-mariés ; une clarification sur ce point sera souhaitable avant de se prononcer sur cet aspect du programme.

Important à noter que certains produits contraceptifs se trouvent sur la liste des médicaments essentiels, y compris les contraceptifs locaux et hormonaux, et le DIU (version 2006, en annexe, source: http://www.remed.org/html/liste_medicaments_essentiels.html). Selon les informations qui se trouvent dans le document source, il n'y a pas de restrictions particulières de remboursement. Le fait que les produits contraceptifs se trouvent sur la liste de médicaments essentiels et qu'il n'y a pas de restrictions sont deux aspects importants dans le contexte de la SPSR.

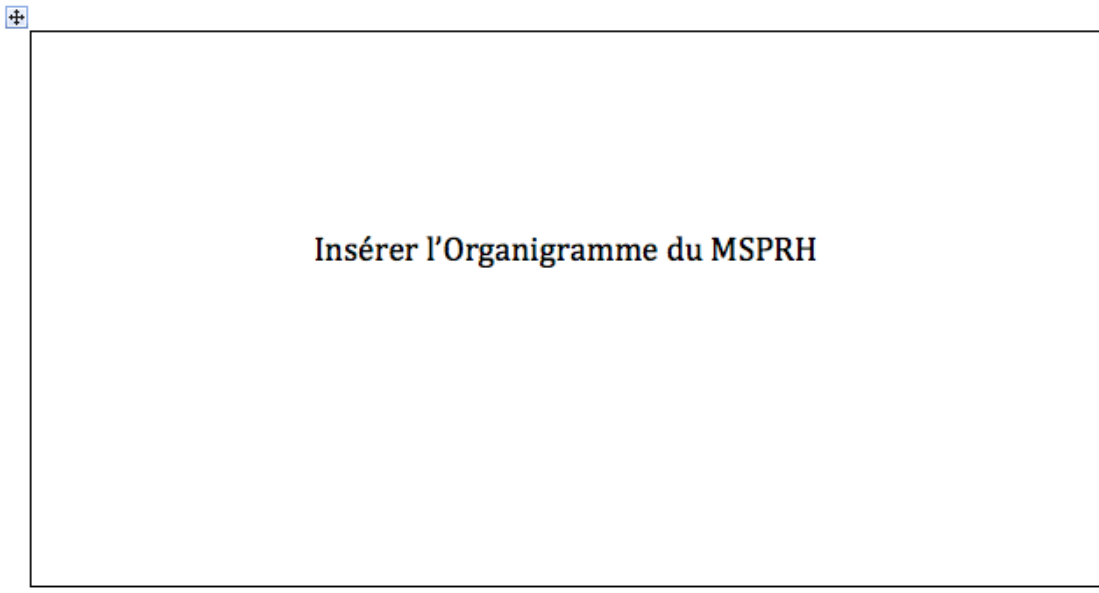
Un secteur privé, grand et actif en Algérie fournit des services PF et les produits à un certain nombre de clients, y compris les clients qui ne peuvent pas obtenir dans le secteur public les produits qu'ils veulent. Ceci peut être dû à une rupture de stock au niveau du centre de santé publique ou la demande pour un produit/une marque que le secteur public ne gère pas. Le personnel interviewé a indiqué que le processus que le client utilise pour obtenir les produits dans le secteur public n'est pas compliqué.

Le Contexte : Système de Santé

Le système de santé en Algérie est organisé en trois niveaux : le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, incluant les différentes directions au niveau

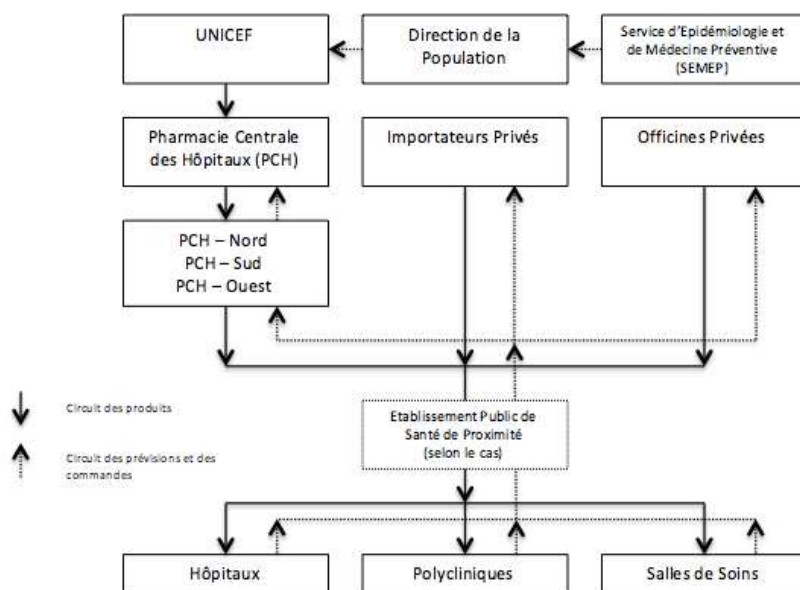
central, ensuite 48 wilayas avec 48 Directions de la Santé et de la Population, chacune qui représentent le MSPRH au niveau des wilayas, et puis 1,541 communes. Dans les communes se trouvent des hôpitaux, des polycliniques et des salles de soins qui fournissent les prestations de service aux clients. Les hôpitaux et polycliniques fournissent toute une gamme de services (santé de la mère et de l'enfant, pédiatre, psychiatre, soins dentaires, pharmacie, autres). L'hôpital peut avoir un médecin et plusieurs sages-femmes qui fournissent les services en SR. La salle de soins fournit les services de base, mais sans chirurgie. Pour les polycliniques et les salles de soins, les services PF se font au niveau de la PMI qui se trouve dans l'établissement ; pour les hôpitaux c'est le centre de planification familiale (CPF) qui assure les services PF.

Schéma 3. Organigramme MSPRH



Pour l'achat des produits au niveau national, il y a la PCH et les autres importateurs. La PCH a aussi trois magasins régionaux qui distribuent les produits aux centres ; les magasins régionaux se trouvent dans le nord, le sud et l'ouest du pays et chacun sert les hôpitaux, polycliniques et salles de soins qui se trouvent dans les wilayas dans leurs régions.

Schéma 4. Circuits de la Distribution des Produits et des Prévisions/Commandes



Le Contexte: Planification Familiale

Les services de planification familiale (PF) sont de deux types principaux. Le premier c'est dans les services obstétricaux où la PF est une partie intégrale des services santé de la mère, et est intégrée dans le counseling post-partum. Après l'accouchement, la femme reçoit un counseling et/ou référence vers une PMI. A part la PF offerte liée aux accouchements, il y a aussi les services PF pour toutes les femmes qui désirent espacer leurs grossesses ou les limiter en cas de pathologie.

Les clients ont un certain niveau de choix en ce qui concerne les méthodes. Il y a la CO et le DIU comme méthodes principales (existent dans la plupart des centres) et les préservatifs masculins et les injectables (disponible dans certains centres). L'implant a été récemment introduit dans le pays. Les prestataires de services affirment que la plupart des femmes préfèrent la CO ou le DIU, et qu'on essaye d'orienter la femme vers le DIU. Si la CO souhaitée par la femme n'est pas disponible dans le centre de santé publique, le prestataire lui délivre une ordonnance afin qu'elle puisse s'approvisionner dans une officine privée. Si la femme veut le DIU, elle a aussi la possibilité de l'acheter et de consulter un gynécologue privé pour l'insertion.

En Algérie, un personnel qualifié et motivé se trouve partout dans le système, y compris les prestataires de service ainsi que les pharmaciens, les superviseurs et les gestionnaires des programmes. Ni l'attrition du personnel ni la répartition du staff ne semble pas être un problème en général, car il y a ceux qui étaient sur place depuis longtemps. Ceci dit, il y a le souci en rapport avec un bon nombre de sages-femmes qui commencent à aller en retraite et le nombre de sages-femmes entrantes dans le système, qui ne semble pas être suffisant pour assurer les remplaçantes, ni pour élargir les cadres en tant que tel.

Il semble ne pas avoir un système de formation continue pour les séances de recyclage en PF pour les prestataires, pour qu'ils puissent mettre à jour leurs connaissances. Quand on a posé la question aux interviewés, ils ont dit que c'est plutôt un système informel qu'ils utilisent : les anciens font la formation des nouveaux sur place, et basé sur leurs compétences et avec le matériel didactique qu'ils possèdent.

Le personnel interviewé a exprimé le besoin/désir d'avoir des séances de formation continue/des recyclages pour améliorer et mettre à jour leurs connaissances pour qu'il puisse assurer la qualité de leur travail ainsi que de fournir un meilleur service aux clients. Dans le contexte général de la SPSR, la disponibilité des produits PF dépend aussi de la capacité des cadres à prévoir les besoins et gérer les produits. Donc, la gestion des produits fera aussi un bon thème pour la formation continue.

La Coordination

Il y a plusieurs intervenants aux différents niveaux du système qui sont impliqués dans l'approvisionnement des services et des produits PF. Pour la prestation des services et la gestion des produits PF dans les centres (la prévision, le stockage, la commande), il y a la PMI dans les polycliniques et dans les salles de soins et le CPF dans les hôpitaux. Il y a la pharmacie au niveau de l'EPSP et de l'hôpital qui peut être impliquée dans la gestion des produits PF. Il y a la Direction de la Population au niveau de la wilaya, le SEMEP et le privé. Aussi au niveau national, il y a différentes directions au MSPRH, le SEMEP, la PCH et les privés, et aussi les ONGs qui travaillent dans la promotion de la SR (création de la demande).

Ceci dit, il ne semble pas y avoir un système formel de coordination des activités SPSR (service, produits) au niveau central ou au niveau wilaya, ni entre les deux niveaux, c'est-à-dire, un mécanisme ou un processus qui regroupe les différents partenaires pour un partage d'informations (par exemple, sur les produits à recevoir, l'analyse des états de stocks des produits PF et la situation SPSR, la coordination des actions/activités). Il y a un comité SR/PF, mais avec un mandat assez limité dans le contexte de la SPSR.

Afin d'assurer la sécurisation des produits PF/SR, y compris la disponibilité constante des produits PF, il serait important pour les intervenants de mieux coordonner leurs efforts, surtout pour la mise en place des « meilleures pratiques ». Un comité de coordination multisectoriel pourra servir comme point focal pour la SPSR en Algérie, et pourra faciliter la collaboration et coordination entre les différents partenaires, assurer un suivi de près sur la disponibilité des produits, et standardiser les différents éléments de la gestion des produits et gestion des programmes PF entre autres.

L'Engagement

Etant donné que le contexte en Algérie (général, secteur santé, PF) est favorable à la PF et la SPSR, il faut aussi un engagement actif par les différents intervenants. La preuve de cet engagement se manifeste dans les politiques qui supportent la SPSR/la PF, le leadership du gouvernement et les partenaires, et le plaidoyer ciblé ; cet engagement sert aussi comme base pour la SPSR. Sans ce, les parties prenantes n'investiront pas dans le secteur et par

conséquent ne fourniront pas les moyens pour le développement des capacités nécessaires ni assurer la coordination des activités en SPSR/PF.

La Planification Familiale

Il y a le Programme Nationale de Maîtrise de la Croissance Démographique (PNMCD) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui établissent la base d'un environnement favorable à la SPSR. Il n'y a pas de politiques qui empêchent la mise en place des activités ni défavorise les femmes au niveau des services PF. Il y a un Plan National pour la Réduction Accélérée de la Mortalité Maternelle. Cependant, il ne semble pas y avoir des politiques/stratégies précises en SPSR/PF. Il y a des politiques, règlements, articles qui touchent aux différents aspects de la SPSR, la gestion des produits, etc., mais le nombre de politiques/stratégies qui identifient et supportent spécifiquement l'accès aux services et produits PF de qualité pour les femmes, les hommes et les adolescents reste indéterminé. Sans politiques spécifiques qui montrent les résultats attendus, les actions à entreprendre et les coûts liés aux objectifs en SR et en PF, il serait difficile d'allouer les ressources et renforcer les programmes mis en place.

Les politiques sont mis en évidence par l'existence des programmes en counseling en PF et par le nombre de personnel qualifié et motivé à fournir un bon service aux clients. Toutefois, la Direction de la Population veut aussi augmenter le taux de prévalence contraceptive (TPC) par une augmentation de la qualité des services SR/PF ainsi qu'une meilleure disponibilité des produits PF/SR.

Pour la plupart, c'est le MSPRH qui prend des décisions liées à la SR/PF, avec l'appui des partenaires, notamment l'UNFPA, dans le cadre du programme de coopération. Il serait bénéfique de mettre en place un système ou un processus qui implique davantage les partenaires dont les ONGs et le secteur privé pour la prise de décisions dans le domaine la sécurisation des produits.

Sur le terrain, l'équipe a trouvé que les intervenants à tous les niveaux sont très motivés à fournir un bon service aux clients SR/PF. Ils essaient de faire de leur mieux pour mettre les produits à la disposition des clients malgré les défis qui ont été identifiés. Tout le monde essaye de suivre les réglementations et les normes pour assurer les services/la disponibilité des produits.

Cependant, il n'y a pas ni leader ni comité de coordination de la SPSR organisé pour assurer la SPSR. (Il y a beaucoup d'intervenants mais qui travaillent parfois indépendamment.) (Selon le grand groupe de la première réunion « il faut une meilleure coordination entre les partenaires à tous les niveaux ».)

Le Plaidoyer

A présent, il y a des efforts en plaidoyer pour la PF qui se font au niveau central par les le MSPRH et les ONGs qui développent des matériaux IEC (documents, médias) pour la promotion de la PF. Afin de continuer la sensibilisation des populations cibles et la promotion de la PF, la Direction de la Population devrait continuer à collaborer avec les

ONGs et autres partenaires pour développer ou augmenter les campagnes de sensibilisation pour générer une plus grande demande en matière de services PF.

Au niveau des centres de prestation de services, le personnel qui assure les services en PF est enthousiaste, donc la sensibilisation et la promotion de la PF au niveau des populations cibles est nécessaire. Toutefois, les centres de santé doivent parfois acheter les produits PF, ce qui peut être moins prioritaire que l'achat des médicaments pour le traitement des malades, ce qui rend moins efficace le plaidoyer à ce niveau (création de la demande sans pouvoir satisfaire cette même demande).

A part la sensibilisation de la population aux niveaux national et local, il serait souhaitable de mieux sensibiliser les différentes parties prenantes à tous les niveaux aux concepts et à l'importance de la SPSR. Cela inclut les différents départements du MSPRH, mais aussi les autres partenaires, tels que les différentes directions des autres secteurs, le Ministère du Finance (plaidoyer), la PCH, les ONGs et les autres partenaires concernés pour s'assurer que le programme SR/PF est une priorité pour tout le gouvernement et pour tous les partenaires qui sont impliqués dans la provision des services de santé et/ou des produits pour la santé. Un plaidoyer compréhensif aura aussi à renforcer l'importance de la PF et les liens avec la santé générale de la population, les bénéfices économiques, et l'impact positif sur les autres indicateurs sociaux.

Le Financement

Les Sources Domestiques/Internes de Financement

Le budget pour la SR/PF est alloué chaque année dans l'attente qu'un pourcentage de ce budget sera utilisé pour le programme PF et l'achat des produits. Le pourcentage des budgets pour la santé/SR/PF semble être stable, mais il y a une inquiétude que les budgets pourraient-être diminuer si les budgets ne sont pas tous dépensés.

Comme au niveau central, les budgets accordés aux wilayas semblent être suffisants pour satisfaire les besoins. Les raisons citées pour la non-utilisation des budgets varient selon le centre/la wilaya ; parmi les raisons, l'équipe a rencontré les suivantes :

- Manque de produits à la PCH
- Blocage du processus d'achat sur le marché privé par le contrôleur financier
- Le produit ne se trouve pas sur le marché privé (soit le produit lui-même, soit la quantité nécessaire)
- Le processus d'achat est trop compliqué
- On ne sait pas faire des achats dans le privé (on ne connaît pas le processus d'appel d'offres)
- On n'est pas parmi d'acheter dans le privé

Les budgets pour les services de santé sont accordés aux wilayas par le MSPRH chaque année, la wilaya accorde des budgets annuels aux institutions. Les budgets sont globaux et les

institutions prennent la décision sur la dépense de l'argent. (Il n'y a pas de ligne budgétaire pour les contraceptifs.)

A part les fonds qui viennent directement du MSPRH, il y a aussi les fonds qui viennent de la sécurité sociale, en forme de frais remboursés pour l'achat des produits dans les officines privées (si le produit voulu par le client n'est pas disponible dans le centre de santé du secteur public). Pour ce, le client obtient une ordonnance et se rend dans l'officine privée. Les frais sont alors remboursés par les fonds de la sécurité sociale.

Les Sources Externes de Financement

Selon l'information qui a été disponible, l'UNFPA a appuyé le MSPRH par l'approvisionnement de produits contraceptifs PF dans le cadre du programme de coopération à des prix compétitifs eu égard au rapport/qualité prix. Les produits concernés sont les DIU et les injectables, les CO et les préservatifs. A part la contribution UNFPA, on n'a pas identifié d'autres sources externes de financement actuelles pour le secteur de la santé ni pour les produits SR/PF. A noter que dans le passé, on avait accès au Fonds Mondial, qui a été utilisé pour l'achat des préservatifs, mais cela n'est plus le cas.

Tableau 2. L'Achat des Produits Contraceptifs par l'UNFPA - 2014

Catégorie	Sous-catégorie	Produit	Quantité
Contraceptifs	Contraceptif Injectable	Medroxyprogesterone acetate 150mg/ml vial.	50000
Contraceptifs	Dispositif Intra Uterine (DIU)	IUD CU 375 Standard - Polymer film pouch	30000
Contraceptifs	Dispositif Intra Uterine (DIU)	IUD T380 - Paper/film pouch	10000
Contraceptifs	Contraceptif Injectable	SoloShot IX syringe, 1ml pour Depo provera	50000
Contraceptifs	Dispositif Intra Uterine (DIU)	IUD T380 - Paper/film pouch	40000

Source : RHInterchange/Reproductive Health Supplies Coalition

Les Produits

Les Sources des Produits pour la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale

La source principale pour les produits PF dans les centres de santé du secteur public est la PCH. Selon un mandat gouvernemental, les centres doivent dépenser 50% de leurs budgets (qui ont été alloués par le MSPRH) des produits chez la PCH (et le 50% est remis dans un compte spécial pour les achats chez PCH). Après les 50% ont été dépensés, les centres ont la possibilité d'acheter chez n'importe quel fournisseur/grossiste des médicaments et des produits médicaux, mais toujours avec une préférence pour la PCH. Pour ces achats, les centres doivent utiliser un système d'appel d'offre. La Direction de la Population-Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, a sollicité l'UNFPA pour l'approvisionnement en produits contraceptifs, l'UNFPA a aussi acheté quelques produits à la demande du gouvernement. Il n'y a pas apparemment d'autres sources de produits dans le système.

Pour les produits achetés sous ordonnance dans les officines privées, l'officine achète elle-même les produits (ex : marques de CO) qu'elle veut et chez le fournisseur de son choix.

Selon le mandat du gouvernement, la préférence est d'acheter les produits génériques : c'est-à-dire, « pilules », « DIUs », et « injectables » pour la PF et non pas les marques spécifiques (ce qui pourra indiquer une préférence pour un fabricant sur des autres). Beaucoup des interviewés ont indiqué que les préservatifs ne sont pas disponibles dans le secteur public depuis 3 à 5 ans, depuis le moment que les « bailleurs de fonds » fournissaient ces produits.

La Gamme des Produits SR/PF

Dans les centres publics, il y a en général 2 à 5 marques de pilules gérées et 2 types de DIU :

- Pilules : (parmi les suivants)
 - Eval (Levonogestrel Ethenylestradiol 0.15/0.03/0.2/0.04)
 - Marvelon (Desogestrel Ethenylestradiol 0.15/0.03)
 - Oralcon (Levonogestrel Ethenylestradiol 0.15/0.03)
 - Famynon (Levonogestrel Ethenylestradiol 0.25/0.05)
 - Adépal (Levonogestrel et Ethenylestradiol 0.15/0.03/0.2/0.04)
 - Microgynon (Levonogestrel Ethenylestradiol 0.15/0.03)
 - Minidril (Levonogestrel Ethenylestradiol 0.15/0.03)
 - Nyogynon (Levonogestrel Ethenylestradiol 0.25/0.05)
 - Hyan (Levonogestrel 0.03)

- DIU :
 - TCu 380A (Copper T)
 - CU 375 (multiload)

A noter que les centres disposaient le plus souvent d'une ou deux marques de pilule Levonergestrel + Ethinylestradiol plus le pilule Levonergestrel pour les femmes qui allaitent leurs enfants.

Pour la femme qui préfère une marque particulière (pas celle fournie par le centre public), elle doit se rendre dans une pharmacie privée (où on peut avoir jusqu'à 15 marques de pilules), ou bien, elle est orientée vers le DIU. Un centre dit que 40% des femmes se rendent au privé ; un autre centre dit que c'est 20%.

Certains prestataires de services notent que les femmes n'aiment pas certaines marques offertes par le secteur public. Pour les produits qui viennent de l'Inde, on a parlé de mauvaise qualité (le goût de la pilule ne plaît pas) ainsi que la peur d'avoir des produits contrefaits.

Un des résultats de l'achat des produits « génériques » (par DCI) au niveau central (surtout pour les pilules), c'est que d'une année à une autre, la marque de pilules peut changer (ex., cette années c'est le fabricant de Marvelon qui donne le meilleure offre, l'année passée ça pouvait être Oralcon). Dans ce cas, le client doit faire un choix : prendre la nouvelle marque ou insister sur sa marque préférée. Si elle peut accepter la nouvelle marque, c'est à la

prestataire de service de l'assurer que la marque, même si elle est différente, contient les mêmes compositions chimiques que l'autre marque, et que les deux produits sont équivalents. Dans le cas où la femme insiste sur « sa » marque, le prestataire n'a qu'à donner l'ordonnance pour l'achat dans le privé. Pendant les interviews, on a noté que pour certains centres il n'y a pas de problème à expliquer aux femmes la différence des différentes marques de pilules (mais avec la même composition chimique) mais d'autres centres notent que les femmes refusent la pilule offerte si ce n'est pas sa marque préférée.

Puisque le prix d'achat dans les officines privées peut être beaucoup plus élevé que dans le secteur public, il serait intéressant de savoir combien d'argent pourrait être économisé si plus de femmes auront leurs produits dans le secteur public, soit par une meilleure explication de la DCI et la différence entre les marques, soit par un meilleur choix de gammes de marques dans les centres publics.

Les préservatifs

La disponibilité des préservatifs reste un problème. On n'a trouvé des condoms que dans quelques centres. Dans d'autres, on dit qu'on n'a pas eu de condoms depuis au moins 3 (et jusqu'à 5) ans. Certains prestataires ont parlé de « l'ancien système » où quelqu'un au niveau central assure l'achat des condoms et la distribution dans les centres. On dit que depuis ce système ne fournit plus les condoms, on attend seulement l'arrivée des condoms. Certains des interviewés ont aussi dit que les clients n'aiment pas les condoms, donc on ne les fournit pas.

Les Besoins Non-Satisfaits

Il est important à comprendre le profil des clients (actuels et futurs) qui utilise ou utiliseront les produits SR/PF et leurs besoins non-satisfaits, et les aspects socio-culturels qui y sont liés. Il est aussi important de déterminer le taux de satisfaction des besoins des utilisatrices et le niveau d'accès qu'elles ont aux services, le taux de discontinuation d'utilisation de la PF, et l'impact des activités pour augmenter la demande pour les services et produits SR/PF.

La Chaîne d'Approvisionnement/Le Système Logistique

La Prévision et Les Achats

La Prévision

En ce qui concerne les données principales exploitées pour les prévisions, la plupart des centres font leurs prévisions sur la base des données démographiques (populations, populations cibles) des recensements de la population tous les dix ans, avec des ajustements annuels en tenant compte du taux d'accroissement, ce qui est considéré comme « données officielles » pour utilisation pour les prévisions. Donc, les données utilisées viennent de : la population du pays, le pourcentage de la population qui est femme, le pourcentage des femmes en âge de reproduction (FAR), le pourcentage des FAR qui sont mariées (femmes mariées en âge de reproduction, FMAR), le taux de prévalence contraceptive et, en principe le taux d'utilisation des services du secteur public. A noter que le dernier recensement de la

population algérienne a été fait en 2008, donc les données utilisées actuellement pour les prévisions sont des projections et des estimations du MSPRH faits depuis 7 ans en tenant compte du taux d'accroissement de la population déterminé en 2008.

Pour le processus de la prévision, les centres qui offrent les services PF produisent des prévisions annuelles basées sur leurs populations cibles et utilisant en principe les données citées ci-dessus. Donc, pour les polycliniques et salles de soins, la PMI fait la prévision pour son institution basée sur sa population cible. Pour les EHS, EPH et CHU, le CPF fait la prévision pour son institution basée sur sa population cible. En plus des PMI et CPF, l'EPSP peut aussi produire une prévision pour l'ensemble de centres couverts par l'EPSP, ce qui pourra donner une duplication dans les prévisions. Pour certains, les prévisions sont produites par une personne qui informe les autres des résultats. Pour d'autres, on fait les prévisions en groupe (conseil médical).

Selon le centre concerné, les « populations cibles » peut être différentes : pour un PMI ou un EPSP la population cible le plus souvent utilisée à la base de la prévision c'est toutes les femmes mariées en âge de procréer, avec ajustements pour le pourcentage servi par les institutions publics, le taux de prévalence contraceptive, et d'autres facteurs. Pour le CPF, le plus souvent la base de la prévision c'est le nombre de femmes qui ont accouché et le taux d'utilisation des produits PF.

A part ces données démographiques, certains centres attestent utiliser les données de « la consommation » ou « les besoins », mais les interviewés n'ont pas pu expliquer clairement comment ils exploitent ces derniers (ex : juste une description générale et pas une formule précise). Certains centres planifient aussi pour une augmentation dans le nombre de femmes qui vont utiliser (expansion du programme/des services), mais encore, la quantité ajoutée n'est pas uniforme, mais selon « les connaissances » des prestataires.

En principe, chaque centre fait une prévision pour chaque produit que dispose le centre. Donc, pour un centre qui ne gère que la CO, il fait une prévision pour les pilules. Un centre qui gère le DIU fait aussi pour le DIU et ainsi de suite si le centre gère l'injectable, le préservatif, etc. Une prévision pourra se faire aux autres niveaux, par exemple au niveau de l'EPSP (voir exemple en annexe) ou niveau wilaya. En plus des prévisions faites au niveau des centres, une prévision pour le pays pourra se faire au niveau central.

Lors des visites sur le terrain, l'équipe a eu l'exemple d'une prévision faite par un EPSP qui couvre plusieurs centres.

Tableau 3. Exemple d'une Prévision, niveau EPSP

Population de l'EPSP		172,490		
Critères		No.	arrondi à...	de...
Femmes en âge de procréer	22% fait	37,948	38,000	femmes
FAPs mariées	50% fait	18,974	19,000	femmes
# de plaquettes par femme par an = 12	x 12 fait	227,687	228,000	pl's
Taux de satisfaction (taux de prévalence contraceptive)	50% fait	113,843	114,000	pl's
Résultats/Prévisions			Qté à Acheter	
Mini-dosé			90,000	pl's; total = 114,000
Normo dosé			24,000	
Stérilets			3,000	DIU
Préservatifs			10,000	condoms

Comme explication, celui qui a produit la prévision dit que :

- La prévision couvre plusieurs centres servis par l'EPSP
- La population de l'EPSP est de 172,490
- Il ajuste pour le pourcentage de femmes en âge de procréer (22%)
- Il ajuste pour le pourcentage des FAPS mariées (50%)
- Il multiplie le nombre de FMAP par 12 (cycles par femme par an)
- Il ajuste selon le taux de prévalence contraceptive (50%)
- Ce qui donne une prévision de 114.000 cycles de pilules nécessaire pour l'année

Ensuite, il :

- Il commande 114,000 cycles de pilules en totale, mais divisé selon son estimation : 90,000 plaquettes de mini-dosé et 24,000 plaquettes de normo-dosé.
- Il ajoute 3,000 DIU « pour en avoir peut-être 1,000 »
- Il ajoute 10,000 condoms « comme ça »

A noter certaines considérations en ce qui concerne cette prévision :

- La prévision pour les pilules en principe couvre toutes les femmes/utilisatrices, donc les DIU et les condoms font « double besoin »
- La prévision présume que toutes les FAMP vont se servir dans les établissements du secteur public
- Les pourcentages de pilules par type ne sont pas basés sur des données quelconques ; les pilules n'incluent pas les micro-dosés
- Les 12 cycles par femme par an n'est pas suffisant ; il faut 13 cycles par femme par an (un cycle ne couvre pas un mois entier, mais 28 jours)
- Il n'y a pas de calcul pour un stock de sécurité ni une augmentation dans le taux de prévalence (expansion du programme/de la couverture)

- Le nombre prévu de DIU n'est pas basé sur une donnée quelconque
- Le nombre prévu de condoms n'est pas basé sur une donnée quelconque

On constate alors certaines faiblesses dans cet exemple de prévision, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur la disponibilité des produits dans l'EPSP durant l'année couverte par la prévision.

En général, il est aussi très important de noter que la prévision est une estimation de ce qu'on attend dans l'avenir, qui peut ne pas correspondre à l'utilisation actuelle. Il serait intéressant de voir les autres types de données (nombre de clients servis, quantités des produits distribués) pour voir l'utilisation actuelle et aussi pour faire une comparaison entre les prévisions des années passées et l'utilisation actuelle passée, pour déterminer l'exactitude des prévisions, ce qui pourrait donner encore un élément à considérer lorsqu'on produit la prévision suivante.

Les Achats

Une fois les prévisions sont produites, le PMI/CPF/EPSP transmettent les prévisions chiffrées au pharmacien responsable du centre qui par la suite produit un bon de commande. Une fois la prévision/bon de commande est approuvée par le responsable de l'institution, le bon de commande est envoyé à la PCH régionale qui approvisionne l'établissement. Dans certains cas, la quantité de la prévision est égale à la quantité commandée ; dans d'autres cas, le centre pourra ajuster la quantité de la prévision en tenant compte de certains autres éléments (la consommation récente, l'expérience de la prestataire de service) avant d'arriver à la quantité finale à commander. Les PCH régionales passent alors le total des commandes à la PCH centrale.

La PCH passe la commande pour les produits selon les règlements en vigueur : les appels d'offre chez les fabricants, commandes les produits par DCI dont la préférence va aux « génériques ». La PCH fait l'évaluation des offres pour avoir la « meilleure offre » qui, selon la PCH, n'est pas forcément le moins cher, mais qui tiennent compte des autres éléments techniques de la demande.

Ce qui n'est pas clair (dû au fait que l'équipe n'a pas pu voir les PCH lors des visites ; voir « limites de l'analyse » en dessus) c'est la relation entre les quantités commandées par les centres et les quantités commandées par la PCH : si la PCH achète la quantité totale de chaque produit ou une partie (ou plus pour faire un stock de sécurité) et si la PCH passe une seule commande et reçoit tous les produits pour toute l'année en même temps, ou si les réceptions des produits se fait aux différents moments durant l'année.

Pour les centres, il paraît qu'une fois la commande est passée chez la PCH, cette quantité devient en quelque sorte « le quota » ou « l'allocation » pour le centre concerné. Par exemple, si le centre commande 10,000 cycles d'une pilule, on attend à ce que le centre achète ces 10,000 cycles pendant l'année. Il n'est pas clair ce qui se passe au niveau de la PCH si le centre n'achète pas la quantité totale prévue/commandées au début de l'année.

En outre, la PCH centrale peut distribuer les produits aux PCH régionales selon la répartition des produits par centres approvisionnés par chaque PCH régionale, c'est-à-dire les quantités commandées par la totalité des centres servis par la PCH régionale.

Pour les DIUs, le processus semble être un peu différent. Même si les centres font leurs propres prévisions pour les DIU, une prévision se fait aussi au niveau national. Il semble que c'est cette prévision qui prend priorité pour l'achat des DIUs. Une fois cette quantité est déterminée, l'UNFPA appuie le MSPRH pour l'approvisionnement en DIU.

Une fois les quantités de DIU reçues, elles sont distribuées de sorte à éviter et/ou à réduire les ruptures de stock selon la proportion de chaque type qui a été acheté. Par exemple, pour la distribution des DIU pour l'année 2014, chaque wilaya a reçu à peu près 50% de DIU Copper T et 50% de DIU multiload, car l'achat des DIU a été de à peu près 50%/50% (voir l'annexe pour l'exemple du plan de distribution des DIUs). Dans les centres de prestations de services de certaines zones, les prestataires disent que le DIU multiload est le plus demandé, or que dans d'autres zones c'est Copper T qui est plus utilisé.

Beaucoup de centres signalent des « allocations » ou « quotas » en DIU ; il paraît que les centres ne peuvent pas dépasser la quantité une fois que les quantités sont prescrites (par wilaya ou par centre) et que les quantités par type de DIU (Copper T, multiload) ne sont pas flexibles, selon la consommation par exemple. Aussi pour le DIU, selon certains prestataires, la demande du multiload (CU 375) est beaucoup plus que pour le TCu 380A ; pour d'autres c'est TCu 380A qui est plus demandé.

Pour les autres produits, il y a l'implant, qui commence à être distribué et utilisé. Il y a aussi l'injectable qui est utilisé depuis 1997 ; les achats sont ponctuels. Pour les deux, la distribution cible les quelques centres qui pourront utiliser ces produits.

Pour tous les achats, puisque la prévision devient dans quelque sorte la quantité commandée, il peut y avoir des sur-achats ou sous-achats : si le centre utilise moins qu'il a prévu, la PCH pourrait avoir « trop de stock » de ce produit ; si le centre utilise plus qu'il a prévu, la PCH pourrait ne pas avoir suffisamment de stock pour répondre aux besoins réels.

Les Systèmes d'Information

Le Système d'Information Sanitaire (SIS)

Pour l'Algérie, c'est le système d'information sanitaire qui est le plus développé. Chaque centre complète un rapport mensuel qui est maintenu au sein de l'établissement. A la fin de chaque trimestre, le centre de santé (PMI, CPF) soumet le rapport. Les rapports mensuels et trimestriels collectent les données sur les clients et les services, mais certaines données logistiques. Parmi les fiches du système d'information sanitaire que notre équipe a consulté il y a :

- Le Rapport d'Activité Mensuel et Le Rapport d'Activité Trimestriel : les rapports sur les activités du mois ou du trimestre y compris :
 - Le nombre de contraceptantes 1^{ère} visite de l'année en cours

- Le nombre de contraceptantes 2^{ème} visite de l'année en cours
- L'âge des contraceptantes
- Le nombre d'enfants vivants pour les contraceptantes
- L'âge du dernier enfant vivant
- Le nombre de poses des DIUs
- Le nombre de contraceptantes ayant reçues un contraceptif oral (1^{ère} prise et réapprovisionnement)
- Le nombre d'utilisatrices des méthodes locales (spermicides, condoms)
- Le nombre de DIU utilisés
- Le nombre de retraits et raison pour le retrait
- Le nombre de plaquettes de pilules distribuées

A noter que dans les rapports mensuels et trimestriels, certains centres donnent les données sur les marques spécifiques des pilules (ex : Hyan, Microval, etc.) ; d'autres ne donnent que les totaux. Pour le DIU, l'équipe n'a trouvé aucun centre, même ceux qui fournissent les données spécifiques pour les marques de pilules, qui donnent les données spécifiques par type de DIU.

- Les Activités de Planification Familiale : un rapport qui donne le résumé des activités PF sur deux ans :
 - la pose des DIU
 - nombre de clientes utilisant pilules/injectable
 - statistiques sur le dépistage du cancer du col
- Le Rapport d'Activité de Planification Familiale : un bilan annuel 2014 qui fait le sommaire des activités PF pour l'année :
 - la pose des DIU
 - nombre de clientes utilisant pilules/injectable
 - statistiques sur le dépistage du cancer du col

Bien que ces rapports soient dans la catégorie « système d'information sanitaire », les rapports contiennent aussi des données logistiques importantes et qui pourront être exploitées dans les différentes situations. Dans ce cadre on peut citer les suivants :

- Le nombre de plaquettes de pilules distribuées aux femmes et le nombre de DIU insérés (1^{ère} fois ou réinsertion) touchent à la consommation/utilisation du produit durant le mois/trimestre. En tant que total, le chiffre est moins utile, parce il va falloir une estimation du pourcentage d'utilisation de chaque produit pour avoir une estimation de la consommation de chaque type de pilule ou DIU. Si les chiffres étaient pour les marques ou types précises des pilules et sur le type précis du DIU, ça donnera directement une des données logistiques les plus importantes : la consommation (par marque/type, pas confondu). Toutefois, même s'il serait souhaitable de collecter les données directes sur les types/marque de pilules/DIU, les données totales sont déjà existantes pour l'exploitation, si on pourra déterminer le pourcentage d'utilisation par marque/type, et pour les pilules et pour les DIU.

- En tant que données sur les services, le nombre de femmes qui utilisent les pilules pourra aussi être exploité pour la prévision. Voir la section « La Prévision et l'Achat » susmentionnée pour d'amples informations.

Le Système d'Information pour la Gestion Logistique (SIGL)

En ce qui concerne le Système d'Information pour la Gestion Logistique (SIGL), il n'y a pas de système en tant que tel. Bien qu'il y ait des supports qui font la collecte de certaines données logistiques, toutes les données logistiques ne sont ni collectées ni communiquées au niveau supérieur pour la prise de décision, ce qui fera un SIGL complet.

Néanmoins, comme susmentionné, certaines données logistiques sont transmises dans les rapports du SIS. Il serait souhaitable d'avoir un système d'information pour la gestion logistique, indépendant du SIS, ceci pour que les données logistiques soient disponibles plus fréquemment pour la prise de décisions : si par exemple il y a une rupture de stock pendant six mois, il serait judicieux de le savoir le plus vite possible, que d'attendre trois ou six mois. Dans la plupart des cas, la soumission du rapport logistique est liée à la période de commande des produits ; pour l'Algérie, cela fera un rapport logistique mensuel qui coïncide avec les commandes de routine mensuelles.

Même si un système d'information pour la gestion logistique complet ne se trouve pas sur le terrain, il y a plusieurs éléments d'un tel système qui existent et qui sont déjà utilisés en Algérie. Dans tous les centres où l'équipe s'est rendue, on a trouvé les suivants :

Le Bon de Commande : Le bon de commande est utilisé pour passer la commande chez le fournisseur. Bien qu'il ne contienne aucune donnée logistique essentielle, le bon de commande fait partie des supports appelés « formulaires de transaction » et doit se trouver dans tout SIGL complet.

Sur le terrain, l'équipe a trouvé trois modèles différents du bon de commande (voir l'Annexe 6), et il paraît que le format du bon de commande utilisé dépend de l'EPSP ou du centre même. Par exemple, dans un modèle, on note quatre éléments : la désignation du produit, la quantité commandée et la quantité accordée ; sur d'autres bons de commande, on inclut la quantité du produit en stock. Un autre modèle de bon de commande est produit sur ordinateur. Pour le bon de commande, la donnée minimale qui doit se trouver c'est la quantité à commander. D'autres informations facultatives qui s'y trouvent dépendront sur la structure et les besoins du système logistique qui est en place.

La Fiche de Stock : La fiche de stock est utilisée pour enregistrer et conserver les données sur les quantités en stock et sur le mouvement (entrées, sorties) des produits. La fiche de stock idéale contient deux des trois données logistiques essentielles : le stock disponible et les pertes et ajustements. Les données essentielles seront normalement transférées sur les rapports (mensuels ou trimestriels) et transmises au niveau supérieur pour le suivi de l'état de stock dans les centres.

Tous les centres que l'équipe a visités utilisent des fiches de stock pour la gestion des produits. On a également noté que les fiches de stocks étaient bien maintenues, lisibles et

actualisées quotidiennement. Dans une des grandes pharmacies (d'un EPSP) on a noté aussi l'utilisation d'un registre des stocks, une sorte d'ensemble de fiches de stock en forme de registre qui est utilisé à côté des fiches de stock comme ressource totale des stock et où on note les mouvements de tous les produits comme résumé des fiches de stock.

Comme pour le bon de commande, on a constaté que le format de la fiche de stock varie d'un centre à un autre. Pour certains on n'inclut que la date, la quantité entrée, la quantité sortie. Pour certains centres, on ajoute la date de péremption et le numéro du lot. Pour d'autres encore, on ajoute d'autres informations comme la source et le destinataire.

Bien qu'il y ait plusieurs modèles de fiche de stock, tous les modèles incluent une des données logistiques essentielles qui devraient se trouver sur la fiche de stock : le stock disponible (quantité en stock). C'est cette donnée qui sera intéressante pour ceux qui font le suivi du fonctionnement du système. Si le stock disponible à la fin du mois ou du trimestre est de zéro, on sait qu'il y a rupture de stock. Quand on fait le calcul avec la consommation moyenne mensuelle (CMM), on peut déterminer les mois de stock disponibles, ce qui indiquera si le centre est bien stocké, sur-stocké ou sous-stocké (stock disponible divisé par CMM = mois de stock disponible ; bien, sur- ou sous-stocké dépend des niveaux de stock maximum et minimum fixés par le système).

Ce qui est aussi intéressant, c'est que la troisième donnée logistique essentielle pourrait aussi se trouver dans le système. Bien que l'équipe ne l'ait pas observé, et comme indiqué, il existe des registres où est mentionné le type de CO ou le type de DIU remis à la cliente ou utilisé (pour le DIU ; inséré). C'est-à-dire que la donnée logistique essentielle, la consommation par type de pilule/de DIU, peut-être déjà collectée, mais n'est pas incluse dans le rapport mensuel ou trimestriel (sauf dans le cas des certains centres qui incluent ces détails).

Les exemples des bons de commandes et des fiches de stock qui ont été observés ou collectés sur le terrain se trouvent en annexe (Annexe 6).

Le Stockage

Dans tous les centres visités, on a trouvé que la situation de stockage des produits est toujours satisfaisante. Pour les centres qui gèrent des grandes quantités de produits, les produits ont toujours été bien arrangés sur les étagères ou dans les armoires. Pour les centres qui gèrent des petites quantités, les produits ont toujours été bien arrangés dans l'armoire, le tiroir ou un récipient quelconque.

De même pour la propreté de la salle/lieu de stockage et l'utilisation des fiches de stock. Tous les lieux de stockage étaient bien propres, et chaque produit avait sa fiche de stock.

Les Procédures de Contrôle d'Inventaire

Les Commandes de Routine par les Centres

Le plus souvent, les centres passent une commande chaque mois en tenant compte des besoins (estimations faites par la sage-femme/autre) : utilisation et stock disponible. Parfois

on peut faire quelques mois entre les commandes en fonction de la consommation et le stock disponible.

Il peut arriver des commandes d'urgence ou réapprovisionnement plusieurs fois dans le mois.

Selon le centre, on peut commander :

- Un mois de stock
- Deux mois de stock
- Deux mois de stock plus un stock de sécurité
- D'habitude un mois de stock mais on a fait deux mois de stock une fois car la personne partait en congé pour un mois

Le fait de commander selon les idées individuelles des cadres donne comme résultats des états de stock non-uniformes. Les données qui ont été pris de deux centres montrent ce phénomène :

Tableau 4. Etats de Stock d'un Centre

	utilisation/consommation			
mois (2015)	Marvelon	Eval + Adépal	Microval	Préserv. Masc.
juin	1181	429	650	516
juil.	1080	480	610	528
août	510	216	130	520
CMM (sur 3 mois)	924	375	463	521
Stock dispo.	Marvelon	Eval + Adépal	Microval	Préserv. Masc.
	1819	1380	4420	3319
mois de stock	2.0	3.7	9.5	6.4

Tableau 5. Etats de Stock d'un Autre Centre

	utilisation/consommation					
mois (2015)	DIU	Marvelon	Eval	Hyan	Oralcon	
juin	3	56	5	9	30	
juil.	3	32	12	19	16	
août	1	42	18	10	42	
CMM (sur 3 mois)	2.3	43.3	11.7	12.7	29.3	
Stock dispo.	TCu	multiload	Marvelon	Eval	Hyan	Oralcon
	50	0	17	30	100	37
mois de stock	21.4	0	0.4	2.6	7.9	1.3

Du côté gestion des stocks, selon les informations présentées dans ces tableaux, on peut faire des observations intéressantes. Selon l'indicateur logistique « mois de stock disponible » (le nombre de mois que va durer le stock disponible : la quantité disponible divisée par la consommation), il y a une variété de situations :

Pour certains produits, la quantité en stock (exprimé en mois de stock) semble être « bonne » ou « assez »:

- Tableau 4 : Marvelon (2 mois de stock) et Adépal + Marvelon (3,7 mois de stock)
- Tableau 5 : Eval (2,6 mois de stock)

Pour certains produits, la quantité en stock (exprimé en mois de stock) semble être « trop » ou « beaucoup trop »:

- Tableau 4 : Microval (9.5 mois de stock)
- Tableau 5 : TCu : (21.4 mois de stock), Hyan (7.9 mois de stock)

Pour certains produits, la quantité en stock (exprimé en mois de stock) semble être « insuffisante » ou « très insuffisante »:

- Tableau 5 : multiload (0 mois de stock = en rupture de stock), Marvelon (0.4 mois de stock), Oralcon (1.3 mois de stock)

Pour un centre qui commande mensuellement et avec un délai de livraison assez court (comme pour l'Algérie) le mois de stock varie normalement entre :

- Un stock minimum de 2 ou 3 mois de stock, et
- Un stock maximum de 3 ou 4 mois de stock, selon le système.

Un centre qui dépasse le maximum établi pour le système risque des pertes à cause de la péremption des produits sur-stockés. Un centre qui tombe en-dessous du minimum risque des ruptures de stock. Un centre qui tombe en rupture de stock ne pourra pas servir ses clients.

Du côté approvisionnement, au niveau des centres visités, on a constaté deux choses qui montrent un manque de confiance dans le système :

- Un centre peut demander une grande quantité dans l'espoir de recevoir une quantité quelconque
- Un centre peut noter « 0 » stock disponible pendant qu'il y ait une quantité de stock disponible, pour renforcer le besoin de recevoir une quantité

Ceci montre une sorte d'approvisionnement précoce, qui pourrait être la cause des niveaux de stock « au hasard » dans les centres, comme les données dans les tableaux 4 et 5 montrent.

Un centre a cité aussi un problème qui leur arrive de temps en temps : Ils font le réapprovisionnement le deuxième mardi du mois. S'il y a rupture de stock chez le fournisseur, ils ne reçoivent pas ce produit. Mais si le produit arrive chez le fournisseur le lendemain ou quelques jours après, il n'y a pas la possibilité de commander le produit avant

le 2^{ème} mardi du mois suivant. Il paraît alors qu'il n'y a pas un processus de commande d'urgence ou un moyen de rattraper des commandes non-satisfaites, ou le personnel du centre n'est pas au courant du processus. (Le personnel dans les autres centres a parlé de commande d'urgence.)

Les Ruptures de Stock / La Disponibilité des Produits / Le Taux de Satisfaction des Commandes

Très souvent les centres disent qu'ils reçoivent ce qu'ils commandent et qu'ils n'ont pas vu des ruptures de stock « depuis ».

Mais on a constaté aussi certains cas :

- Rupture de stock au moment de la visite
- On donne une autre pilule quand la marque désirée n'est pas disponible
- Bons de commandes avec la quantité accordée moins que la quantité commandée
- Achats dans le privé pour satisfaire les besoins

Pour citer un cas particulier, dans un centre le personnel déclare avoir reçu 200 cycles d'une CO en 2009, mais qu'ils étaient en rupture jusqu'en septembre 2015, bien qu'ils ont commandé des quantités chaque mois. Ils ont reçu encore 266 plaquettes en août 2015 qu'ils ont distribué en une semaine. Si le produit était toujours disponible, cela pourrait faire une consommation potentielle de 13.832 cycles par an (266 cycles/semaine x 52 semaines dans l'année).

Le Stock de Sécurité

Au niveau national on parle d'un stock de sécurité, soit un supplément de 25% de la prévision. (Pour une prévision annuelle (consommation d'une année = 12 mois) cela revient à un stock de sécurité de 3 mois.) Dans la plupart des centres, on parle aussi d'un stock de sécurité, mais la quantité varie d'un centre à un autre :

- 10%
- 25%
- 1 mois de stock
- un peu plus que la commande actuelle

La raison citée pour le stock de sécurité est pour « avoir le temps de réagir en cas de besoin et pour éviter une rupture de stock », ce qui est tout à fait juste selon les principes de la bonne gestion des produits. On parle aussi d'un « stock de sécurité », qui est là en permanence pour éviter des ruptures de stock. Ce genre de « stock de sécurité » en principe ne sera jamais utilisé, donc semble un peu illogique.

Le stock de sécurité fait partie intégrale des stocks, et pour les raisons citées par les interviewés : pour éviter la rupture de stock. Donc, le fait d'avoir un stock de sécurité est un atout pour le système. Toutefois, il y a les guides ou standards en ce qui concerne les quantités nécessaires pour le stock de sécurité, et d'habitude on fixe un stock de sécurité (en mois de stock) pour le système. En général, plus le système est performant

(réapprovisionnement réguliers et à temps), moins le besoin en stock de sécurité. Avoir trop de stock de sécurité peut entamer les péremptions et par conséquent les ressources gaspiller. S'il y a des catégories de centres de santé (moins isolé avec réapprovisionnement plus sûr v. plus isolé avec réapprovisionnement moins sûr), on peut avoir des différents niveaux de stock de sécurité selon les catégories des centres. Avec un délai de livraison assez court, comme pour l'Algérie, un stock de sécurité d'un ou de deux mois de stock serait suffisant.

Le Transport et la Distribution :

Les produits SR/PF sont traités comme tout autre produit de la santé. Ils ne sont pas défavorisés au niveau du transport/de la distribution. Tous les produits sont transportés de la même façon : pour un bon de commande qui contient les produits contraceptifs et les autres médicaments, on fait le transport du tout en même temps, les « médicaments » n'ont pas une priorité sur les autres produits.

Pour le transport des produits lui-même, le personnel dans les centres atteste d'utiliser des différents modes de transport, tels que:

- La PCH livre les produits dans mon centre
- L'EPSP livre les produits dans mon centre
- Quelqu'un du centre cherche les produits chez le fournisseur

A part les interviewés, l'équipe a observé la livraison dans une PMI par le pharmacien de l'EPSP ; le jour de la visite, le pharmacien a livré les produits.

Puisque le délai de réapprovisionnement est assez court, 2 semaines maximum pour les réapprovisionnements à la PCH, et le transport fait partie de ce délai de livraison, on peut dire que l'efficacité du transport est assez performante.

Dans tous les cas, même si on voit plusieurs modèles pour le réapprovisionnement des produits, aucun des interviewés n'a évoqué de problèmes liés à la distribution, tous confirment les délais de réapprovisionnement assez courts. On peut donc déduire que cet aspect de la chaîne de distribution marche assez bien pour ne pas empêcher la disponibilité des produits. Toutefois, il serait souhaitable de voir dans quelle mesure on pourra améliorer les modes de distribution de produits, pour chercher des moyens plus efficaces ou plus économiques, par exemple.

La Dispensation des Produits (CO)

Chaque centre dispense les CO aux clients selon leurs propres idées :

- Un cycle pour une femme qui habite près du centre ; 3 cycles pour une femme qui habite loin
- Un cycle pour une femme qui utilise pour la première fois (pour contrôler les effets secondaires) ; 2 ou 3 cycles pour une femme qui est réapprovisionnée
- Trois cycles pour une femme qui vient d'accoucher
- Un cycle pour une femme quand le stock disponible « n'est pas suffisant pour donner 2 ou 3 »

Le manque d'uniformité dans la dispensation des CO ne pose pas forcément un problème tant que la femme reçoit le produit dont elle a besoin et qu'elle ne rate pas un réapprovisionnement dû à un manque de transport mensuel, etc., selon le cas.

Il serait avantageux d'uniformiser les protocoles de dispensation (nombre de cycles par femme par visite) si on souhaite faire des prévisions sur la base des données sur les nombres de visites des femmes pour l'approvisionnement. Si oui, il serait important de connaître au moins en moyenne le nombre de cycles de pilules remis à chaque femme et à chaque visite.

L'Information, l'Education et la Communication (IEC)

Les centres ont accès à certains matériaux pour l'IEC des femmes sur les thèmes de la PF et les différentes méthodes, mais parfois ces matériaux date plus de 15 ans depuis la dernière mise à jour. D'autres centres produisent localement les matériaux IEC. Les prestataires ont dit que leurs efforts en promotion de la PF sont confrontés à un manque de matériel d'IEC.

Autres

Pour les fiches de référence, les centres utilisent différents modèles. Dans un centre, on utilise une fiche simple pour référer la femme vers un autre centre. Dans un autre centre, la fiche inclut une partie qui est renvoyée au centre de départ pour confirmer le transfert de la femme vers un autre centre pour une consultation PF.

Recommandations pour le Court et le Long Terme

Les recommandations qui suivent sont divisées en deux groupes : les recommandations à mettre en place dans le court terme et les recommandations à mettre en place dans le long terme. Le temps exact (court et long) dépendra des priorités du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière ainsi que des ressources disponibles, les activités qui sont déjà en cours, etc. Toutefois, les recommandations pour le court terme sont celles qui pourront donner des résultats plus ou moins « immédiats » pendant que celles pour le long terme auront des impacts plus dans l'avenir. Comme guide, le court terme peut être considéré comme un à deux ans pour la mise en place, et pour le long terme comme deux à trois ans.

L'Engagement et le Plaidoyer

A court terme :

- (1) Former un comité SPSR qui sera chargé du suivi continu de tous les aspects de la SPSR : contexte, engagement, etc. Il sera souhaitable si le comité compte parmi ses membres des représentant tels que :
 - Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Direction de la Population

- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Direction de la Prévention
- Ministère des Finances
- PCH
- Secteur privé
- ONG

Les suggestions pour les termes de références et la structure/le fonctionnement d'un comité SPSR se trouvent en annexe (Annexe 9).

- (2) Développer et mettre en place une stratégie SPSR qui tient compte de tous les éléments du cadre SPSR. Suivre la mise en place de la stratégie et les indicateurs sur la disponibilité des produits SR/PF. Prévoir les besoins futurs et répondre aux urgences.

A long terme :

- (1) Développer et utiliser des matériaux pour le plaidoyer aux différents niveaux.
- (2) Développer des matériaux de plaidoyer qui cible l'homme et les bénéficiaires de la PF ainsi que l'importance du choix de la femme.

Le Financement

A court terme :

- (1) Sensibiliser les contrôleurs financiers sur les produits SR/PF.
- (2) Impliquer les wilayas dans le processus de la prévision pour les aspects budgétaires.

A long terme :

- (1) Faire des études (analyses coûts-avantages) :
 - sur les remboursements faits au secteur privé et ce qui pourrait être gagné si les produits étaient disponibles dans le secteur public
 - sur la possibilité d'économiser de l'argent si on investit plus dans la prévention (et par conséquent dépenser moins pour le traitement)
 - segmentation du marché : déterminer les populations cibles de chaque type de fournisseur de service et de produit PF (public, privé) ; déterminer les moyens de cibler les services aux différentes populations cibles.

La Coordination

A court terme :

Motiver le comité de SPSR.

A long terme :

Renforcer la collaboration entre le MSPRH et les ONGs (ex. : développement et mise en place des activités IEC et plaidoyer autour de la PF).

L'Utilisation et la Demande du Client

A court terme :

Développer des matériaux d'information, d'éducation et de communication qui ciblent les bénéficiaires de la PF (exemple : pour les jeunes).

A long terme :

Uniformiser la dispensation ou rapport sur le nombre de clients qui ont reçu un cycle, deux cycles, etc., ceci pour mieux exploiter les données sur la distribution à la base du nombre de visites.

La Capacité des Cadres

A court terme :

1. Fournir les matériaux standardisés à tous les centres PMI pour que les messages donnés aux femmes soit les mêmes et ne dépendent pas seulement des connaissances particulières des sages-femmes.
2. Recycler ou former des sages-femmes dans l'utilisation des nouveaux matériaux pour la promotion de la SR et de la PF en particulier.
3. Faire une étude sur le nombre de sages-femmes qui iront en retraite chaque année et le nombre de nouvelles sages-femmes qu'il va falloir pour couvrir les besoins de nouveaux centres de santé, expansion des services SR/PF dans les centres existants, et ce pour les quelques années à venir. Voir aussi le nombre de sages-femmes qui sortent des institutions de formation des sages-femmes. S'assurer que le nombre de sages-femmes sortant des institutions de formation est suffisant pour couvrir les besoins. Sinon, développer et mettre en place une stratégie pour augmenter le nombre de sages-femmes formées.
4. Renforcer les capacités des cadres (niveaux central et wilaya) sur les différents aspects de la SR :
 - Le Cadre SPSR
 - La Planification Stratégique
 - Le Cycle Logistique
 - La Projection des Populations
 - La Prévision (révision prévision démographiques, autres méthodologies)

- Le Logiciel SPECTRUM (pour les prévisions)
- Utiliser Excel pour la gestion des données du SIGL

Au long terme :

1. Mettre à jour le manuel de formation des cadres, y compris les activités PF pour médecins et sages-femmes. (A noter : Si les autres recommandations sur la standardisation des supports, mise en place d'un système de contrôle d'inventaire, etc. sont faites, la mise à jour de la formation doit se faire après ces autres changements.)
2. Renforcer les capacités des cadres (niveaux central et wilaya) sur les différents aspects de la SR : Organiser des séances de formation ou la formation des formateurs sur un ou plusieurs des thèmes suivants, selon les besoins identifiés par le MSPRH :
 - Utiliser Excel pour la gestion des données du SIGL
 - Le Plaidoyer
 - L'Analyse et Formulation des Politiques
 - Développement et Mise en Place des Matériaux et Stratégies pour le Plaidoyer
 - Renforcement des Compétences en Communication/Présentation
 - L'analyse situationnelle : Les Partenaires
 - Renforcement des Compétences en Résolution des Problèmes
 - L'Utilisation des Données pour la Prise de Décisions/Suivi du Système Logistique

La Prévision et les Achats

La Prévision

A court terme :

1. Faire un sondage rapide pour connaître les pourcentages des femmes qui utilisent les différentes DCI ou type de DIU ; exploiter ces informations avec les chiffres sur le nombre total de femmes qui utilisent chaque méthode pour sortir un deuxième type de prévision.
2. Faire un sondage rapide pour connaître les chiffres désagrégés sur les consommations par DCI ou type de DIU ; exploiter ces informations avec les chiffres sur les quantités totales de produits distribués pour sortir un troisième type de prévision.
3. Faire une révision de la prévision tous les six mois (minimum) ou chaque trimestre (idéal) : comparer la prévision faite au début de l'année avec les consommations actuelles (ex. : déterminer le taux d'exactitude des prévisions). Faire les comparaisons avec toutes les prévisions qui ont été produites (démographique, nombre de clients, consommation). Ajuster les prévisions en fonction du taux d'exactitude des prévisions et/ou les achats selon les taux d'utilisation.

4. Impliquer ceux qui s'intéressent à la prévision dans le développement des prévisions : des comités aux niveaux central et aux wilayas ; que le processus soient transparent et que tout le monde comprenne la production des données et comment sont atteints les résultats.

Au long terme :

1. Collecter les données désagrégées sur le nombre de clients par type de pilule/DIU et les utiliser pour un autre type de prévision.
2. Collecter les données désagrégées sur les quantités des produits par type de pilule/DIU et les utiliser pour un autre type de prévision.
3. Une fois les prévisions basées sur les différents types de données sont produites, faire une comparaison entre les différentes prévisions et choisir celle qui est basée sur les données les plus sûres.
4. Former ou recycler (et/ou faire une formation des formateurs) sur les différentes méthodes de la prévision, pour que tout le monde utilise les mêmes méthodes/techniques et de la même manière.
5. Faire une formation ou recyclage sur les différents logiciels qui pourront être utilisés pour la prévision (SPECTRUM) et pour la planification des achats (PipeLine).

Un aperçu sur SPECTRUM se trouve en annexe (Annexe 10).

Les Achats

A court terme :

Voir la possibilité de faire une délégation/étude sur l'utilisation d'une ONG (ex. : UNFPA) comme agent d'achat pour les différentes marques de pilules (selon les besoins des clients).

Au long terme :

Renforcer les capacités des pharmaciens au niveau des wilayas sur le processus d'approvisionnement dans le secteur privé et leur fournir les documents/supports pour engager les agents pharmaceutiques et les grossistes/fabricants.

Le Système d'Information pour la Gestion Logistique

A court terme :

1. Désagréger, dans les rapports déjà existants, les données sur les consommations des contraceptifs oraux (CO) par DCI et les DIU par type ; faites des prévisions spécifiques

pour chaque type de pilule et chaque type de DIU basée sur la consommation. Voir l'exemple d'un rapport d'activité mensuel avec les données désagrégées dans l'annexe 11.

2. Faire une étude rapide des indicateurs logistiques, pour mieux connaître les états de stock par produit (en mois de stock) ; réallocation des produits existants en cas de sur-stockage ou de sous-stockage ; mieux connaître les consommations par produit.

Au long terme :

1. Créer un rapport spécifique aux données logistiques (consommation, stock disponible, pertes et ajustements) qui sera remis chaque mois (exemple : une copie à la PCH, une copie pour la wilaya et/ou niveau national). Ceci permettra un suivi continu des différents indicateurs de la performance du système logistique :
 - les quantités utilisées/consommées
 - les stocks disponibles
 - les mois de stock disponibles
 - les pertes (produits périmés)
 - les quantités des produits envoyés d'un centre à un autre
 - les ruptures de stock
 - le taux de satisfaction des besoins/des commandes (quantité commandée v. quantité accordée ; nécessite les quantités commandées et quantités accordées)

Voir l'annexe 12 pour un modèle de rapport qui répond aux critères cités.

2. Standardiser la fiche de stock pour que tout le monde collecte/note les mêmes informations utiles (y compris pertes/ajustements). Voir l'annexe 13 pour un modèle de fiche de stock qui répond à ces critères.

Le Stockage

Rien à signaler pour le court terme. Continuer à utiliser les moyens de transport et de distribution qui sont utilisés tant qu'ils sont assez performants.

Au long terme :

Faire le suivi des capacités et conditions de stockage, surtout la capacité en tenant compte des augmentations dans les consommations et les quantités des produits qui seront gérés dans l'avenir. En cas de manque d'espace de stockage, prendre les dispositions pour augmenter la capacité de stockage dans les centres concernés.

Les Procédures de Contrôle d'Inventaire

A court terme :

Utiliser les données sur la consommation par institution et par produit (type de pilule, type de DIU) pour les commandes/le réapprovisionnement.

Au long terme :

Standardiser la gestion des produits et les quantités à commander à travers un système de contrôle d'inventaire défini pour le pays, y compris un stock maximum, un stock minimum et un point de commande d'urgence (tous définis en mois de stock). Ce genre de système, qui tient compte des périodes entre les commandes, du délai de livraison et du stock de sécurité) avec les niveaux de stock calculés (en mois de stock, puis traduit en quantités) fixe aussi la formule de calcul de la quantité à commander [quantité à commander = (stock maxi – stock disponible)] et pourra éviter les commandes des quantités au hasard, les réapprovisionnements précoces et les commandes d'urgence.

Le Transport et la Distribution

A court terme :

Rien à signaler pour le court terme. Continuer à utiliser les moyens de transport et de distribution qui sont utilisés tant qu'ils sont assez performants.

Au long terme :

Faire une étude sur le transport et la distribution pour chercher les moyens à rendre plus efficace et/ou moins cher le transport/la distribution des produits.

Autres

La Fiche de Référence

A long terme :

Standardiser la fiche de référence utilisée pour référer les femmes d'un centre à un autre (ex. : d'un CPF vers une PMI). Le modèle qui est utilisé à présent dans au moins un centre qui inclut la partie de rétro-information vers le centre de référence pourra servir comme modèle pour tous les centres.

Liste des Annexes

N.B. Les annexes se trouvent en documents .pdf qui seront distribués avec le rapport principal. La liste des annexes donne le nom du fichier .pdf ainsi que la description de ce qui se trouve dans le fichier.

- Annexe 1_Questionnaire_Principal : Le questionnaire principal qui a été utilisé pour les interviews
- Annexe 2_Questionnaire_Atelier : Le questionnaire qui a été utilisé pour le travail en petit groupe à l'atelier de début de la mission
- Annexe 3_Presentation_Début_Mission.pdf : Les diapos qui ont été montrés pendant l'atelier de début de la mission
- Annexe 4_Participants_Atelier_Début_Mission : La liste des participants qui ont participé à l'atelier de début de la mission
- Annexe 5_Liste_Personnes_Interviewées : La liste des personnes ressources qui ont été interviewées pendant les différentes visites (institutions, centres de santé)
- Annexe 6_Fiches_Collectees.pdf : Toutes les fiches/supports/outils qui ont été collectés pendant les différentes visites (institutions, centres de santé)
- Annexe 7_Presentation_Fin_Mission : Les diapos qui ont été montrés pendant l'atelier de fin de la mission
- Annexe 8_Participants_Atelier_Restitution_Mission : La liste des participants qui ont participé à l'atelier de fin de la mission
- Annexe 9_Ressources_Comité_SPSR : Des ressources suggérés pour la création et gestion d'un comité SPSR
- Annexe 10_Aperçu_Logiciel_SPECTRUM : Des informations sur le logiciel SPECTRUM (pour les prévisions)
- Annexe 11- Modèle_Rapport_Mensuel : Une suggestion pour une mise à jours du rapport mensuel existant
- Annexe 12_Exemple_Rapport_Logistique : Un modèle d'un rapport qui rapporte des données logistiques
- Annexe 13_Modèle-FicheDeStock : Un modèle d'une fiche de stock qui collecte les données suggérées
- Annexe 14_Algerie_Liste_medicamentsessentiels_2006.pdf : La liste des médicaments essentiels de l'Algérie, version 2006