



PHARMALINK

2020

RENFORCEMENT DE
CAPACITES DANS
LES SYSTEMES
DE SANTE

EPN
Ecuemental Pharmaceutical Network
Réseau Pharmaceutique Ecuéménique



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	i
LISTE DES ACRONYMES	ii
ÉDITORIAL.....	iii
RENFORCEMENT DES CAPACITES PHARMACEUTIQUES DANS LES SYSTEMES DE SANTE - APPROCHE ET EXPERIENCE DE DIFAEM AU LIBERIA	1
ACTION MEDEOR A L'UNIVERSITE DU RWANDA.....	10
MEDICAMENTS ESSENTIELS ; RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE	12
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS POUR LE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ : HISTOIRE DE MEDS	15
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS POUR LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUE: L'APPROCHE DE PSA ET EPN	20
EFFETS DES RESSOURCES HUMAINES PHARMACEUTIQUES SUR LA QUALITE DES SERVICES DE PHARMACIE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES DE LA CBCA AU KIVU.....	26
POURQUOI LES ORGANISATIONS D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS DEVRAIENT INVESTIR DANS LE RENFORCEMENT DES CAPACITES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UNE PERSPECTIVE DE JMS	31
ASPECT DE LA GESTION DES PRODUITS DE SANTE.....	33
DEFIS EXPERIMENTES EN RAISON DES CHANGEMENTS DANS LES PROTOCOLES DE TRAITEMENT ANTI-RETROVIRAL EN ZAMBIE	36
ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA DISTRIBUTION ET DE L'UTILISATION DE MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDES À LONGUE DUREE D'ACTION SUR LES CAS DE PALUDISME DANS LA PROVINCE EST DE ZAMBIE.....	40

LISTE DES ACRONYMES

CAE	Communauté de l'Afrique de l'Est	MEDS	Mission for Essential Drugs and Supplies
CBCA	Communauté Baptiste au Centre de l'Afrique	MILDA	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
CHAL	Association Chrétienne de Santé du Libéria	MOH	Ministère de la Santé
CHAZ	Association de Santé des églises de Zambie	MSL	Medical Stores Limited
DHIS	DHIS – Système de Rapportage sanitaire du District	NAFDAC	Agence nationale de Contrôle des Aliments et des Médicaments
DIFAEM	Institut Allemande pour la Mission Médicale	NDS	Service National des médicaments
DRFS	Régime de Fonds Renouvelables des Médicaments	NHSP	Plan Stratégique National pour la Santé
DRF	Développent des Ressources Humaines	NMEP	Centre National pour l'élimination de la Malaria
DSO	Organisation d'Approvisionnement en Médicaments	NMSP	Plan Stratégique National de lutte Contre le Paludisme
EPN	Réseau Pharmaceutique œcuménique	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
EPP	Essentials de la Pratique Pharmaceutique	ONG	Organisation non Gouvernementale
EZICS	Systèmes Améliorés de Contrôle des Stocks Zambiens	RSS	Renforcement des Systèmes de Santé
FRM	Fonds Renouvelables pour les Médicaments	SDP	Point de l'Offre des Services
HAS	GCA - Gestion de la Chaîne d'Approvisionnement	SSP	Soins de Santé Primaire
GCAS	Gestion de la chaîne d'Approvisionnement pour la Santé	TAFED	Tenofovir Disoproxil Fumarate, Emitricitabin, et Dolutegravir
HAS	Services de Conseil en Santé	TIC	Technologie d'Informations et de Communications
HSSCS	Stratégie de la Chaîne d'Approvisionnement du Système de santé	TLD	Tenofovir, Lamivudine et Dolutegravir
JMS	Joint Medical Store	MOH	Ministère de la Santé
LMIS	Learning Management Information System		



“Offrir de bons services pharmaceutiques nécessite un niveau élevé de compétences et un fort engagement de la direction.”

Alors que la pandémie mondiale de COVID-19 évolue rapidement, de nombreuses organisations à travers le monde poursuivent leur quête d'un avenir durable. Au milieu de celles-ci se trouvent nos membres et partenaires qui tiennent à ce que les services essentiels soient toujours opérationnels et disponibles pour les populations desservies. Les maladies infectieuses, telles que le COVID-19, rappellent que la santé et la recherche médicale sont très importantes. C'est une indication que le seul moyen d'atteindre les objectifs mondiaux et la couverture sanitaire universelle est de ne laisser personne derrière.

La maladie à coronavirus (COVID-19) a révélé que les pays ont des capacités différentes pour détecter, répondre efficacement et gérer les maladies hautement infectieuses. Concomitamment, les ressources nécessaires pour soutenir les systèmes de santé robustes sont réparties de manière inéquitable, ce qui met inévitablement plus de stress sur les sociétés dotées des infrastructures de santé les plus vulnérables, où un soutien global est nécessaire dans les domaines stratégiques et techniques. Le long du chemin, la courbe d'apprentissage a été abrupte et, sous la pression des restrictions actuelles, des solutions innovantes ont souvent été développées. En tant que réseau, nous nous sommes engagés à faire en sorte que, malgré les restrictions de voyage, le renforcement des capacités de nos membres demeure un processus continu. Le but est de rechercher et d'assurer de manière positive une prestation de services efficace, en vue d'accroître la satisfaction des personnes que nous servons et de mieux répondre aux besoins qui changent rapidement chez les Membres.

Avec cela, nous personnalisons la formation sur les Essentiels des Pratiques Pharmaceutiques (EPP) dans un contenu en ligne afin de continuer à renforcer les capacités des praticiens en pharmacie des hôpitaux. Nous avons physiquement conduit 12 semaines des cours EPP dans plus de 10 pays à travers l'Afrique.

L'EPN développe également 10 cours en ligne sur la gestion hospitalière, car il est clair que le renforcement de la pratique pharmaceutique de manière isolée ne peut être efficace. Ces cours en élaboration aborderont les défis de la gouvernance de la santé, du leadership en matière de soins de santé, de la pharmacovigilance, de la mobilisation des ressources dans les soins de santé primaires, du conseil et soutien psychologique des agents de santé, de la gestion financière et de la durabilité des soins de santé ; de l'utilisation rationnelle des médicaments ; des infections nosocomiales et la Prévention et Contrôle des Infections (PCI) ; de la gestion clinique, les techniques de laboratoire et la surveillance du Covid-19, en partenariat avec MEDS.

Nous aimerions soutenir les institutions de santé des églises à atténuer l'impact de la pandémie sur la durabilité du système de santé des églises dans les pays à revenus faible et intermédiaire (PRFI).

En outre, pour garantir que le renforcement des capacités a un impact sur la viabilité du système de santé de l'église, la participation à la formation sera collective pour chaque établissement de santé dans 5 pays pilotes. Cela va inclure un cadre supérieur, un administrateur, un directeur financier, le préposé à la pharmacie ainsi qu'un clinicien. A la fin de la formation, ils développeront un plan d'action à court et moyen termes pour l'établissement de santé afin de soutenir la mise en œuvre de la formation de manière complète et réussie. Un partenariat avec l'association chrétienne de santé d'affiliation sera renforcé pour le suivi et évaluation du plan d'action mis en œuvre. Nous comptons apprendre de cette approche pour un développement durable de notre système dans le renforcement des capacités des services pharmaceutiques.

Dans notre Programme de Bourses Œcuméniques (ESP), nous avons octroyé des bourses à 21 personnels de pharmacie de 21 hôpitaux des églises dans 8 pays: 14 sont inscrits à des programmes de certificat et 7 en licence (diplôme en pharmacie) avec l'un des étudiants diplômés en juillet 2020.

Offrir de bons services pharmaceutiques nécessite un niveau élevé de compétences et un fort engagement de la direction. Les médicaments doivent être manipulés avec précaution; la sélection, l'approvisionnement, le stockage et la distribution impliquent chacun des étapes complexes qui ne peuvent être effectuées sans une formation et étude spéciales, et une bonne planification à différents niveaux du système de santé. EPN cherche à améliorer la situation à travers deux objectifs stratégiques, premièrement, promouvoir et renforcer le professionnalisme et la bonne gouvernance à travers la formation et l'éducation, et deuxièmement, soutenir la prestation de services pharmaceutiques holistiques dans les systèmes de santé confessionnels. Ceci inclut un partenariat avec d'autres acteurs du renforcement des capacités dans les domaines de la santé et de la pharmacie, un plaidoyer fondé sur des preuves aux niveaux local, national et régional, et le partage d'expériences pour tirer parti et transférer les connaissances entre les membres.

Je profite de cette occasion pour vous remercier de votre intérêt continu et de nous avoir envoyé des articles sur vos expériences de terrain. Nous voudrions rassurer tous nos Membres, Partenaires et Amis que nous resterons engagés dans notre mission de soutenir les églises et les systèmes de santé des églises à offrir des services pharmaceutiques de qualité justes et compatissants pour tous, comme un moyen d'atteindre les objectifs et cibles mondiaux en matière de santé et accès aux médicaments.

Profitez de notre bulletin et n'hésitez pas à nous contacter à tout moment pour plus d'informations.

RENFORCEMENT DES CAPACITES PHARMACEUTIQUES DANS LES SYSTEMES DE SANTE - APPROCHE ET EXPERIENCE DE DIFAEM AU LIBERIA



Christine Haefele-Abah, pharmacienne/ MScIH, Institut allemand pour la mission médicale (DIFAEM) et Patricia S. Kamara, Directrice Exécutive, Association Chrétienne de la Santé du Liberia (CHAL)

Résumé

Au cours de l'épidémie d'Ebola (2014/15), la structure d'approvisionnement en médicaments de l'Association Chrétienne de la Santé au Libéria (CHAL), qui était détruit pendant la guerre civile, a été réactivée en tant que réponse d'urgence. Afin d'améliorer de manière globale l'accès aux médicaments et aux fournitures médicales pour les établissements de santé confessionnels, l'Institut allemand pour la mission médicale (DIFAEM) a alors accepté de soutenir CHAL dans la mise en place d'une pharmacie centrale et de l'accompagner par la formation et la supervision à différents niveaux du

système de santé. Un nouvel entrepôt pour "l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments" a été construit dans l'intérieur du pays (Gbarnga, comté de Bong) pour approvisionner en particulier de nombreux établissements de santé confessionnels ruraux. Plusieurs conteneurs de médicaments de grossistes internationaux ont été importés et utilisés en partie pour créer des fonds renouvelables pour les médicaments avec 26 établissements de santé. La disponibilité des médicaments essentiels a considérablement augmenté de 36% à 75% (dans une sélection de 8 formations sanitaires) et à 40 des 66 formations sanitaires CHAL reçoivent

régulièrement leurs médicaments de la nouvelle Unité d'approvisionnement en Médicaments de CHAL. Cependant, des défis principalement liés à la situation économique et financière demeurent.

Introduction - L'approche de DIFAEM

Depuis de nombreuses années, DIFAEM soutient ses partenaires, principalement en Afrique, dans la fourniture de médicaments à prix abordables et de bonne qualité. La stratégie actuelle de DIFAEM (2018-2023) souligne la nécessité d'efforts continus et élargis dans le domaine pharmaceutique. L'objectif est que les partenaires soutenus par DIFAEM dans le secteur pharmaceutique aient géré efficacement les structures d'approvisionnement en médicaments de qualité garantie. Les services et projets pharmaceutiques actuels se concentrent sur les sous-domaines suivants :

Formation et supervision pharmaceutique

Pour faire face à la pénurie de personnel qualifié dans les établissements de santé confessionnels, DIFAEM soutient la formation sur la gestion pharmaceutique et la supervision pharmaceutique régulière des établissements.

Etablir et renforcer les structures d'approvisionnement

DIFAEM renforce ses églises partenaires pour mettre en place des structures d'approvisionnement conjointes réalisables (comme l'approvisionnement groupé) ou même établir complètement des Organisations d'Approvisionnement en Médicaments.

Améliorer l'assurance qualité des médicaments

Le "Réseau Minilab" DIFAEM EPN avec 15 partenaires dans 12 pays teste régulièrement plus de 1000 échantillons de médicaments par an. Entre 2016 et 2018, 126 cas suspects ont été signalés à DIFAEM, parmi lesquels 22 ont été confirmés comme falsifiés, ne contenant aucun ou presque pas de principe actif. Un nouvel objectif pour les

années à venir est de renforcer les systèmes d'assurance qualité des Organisations d'Approvisionnement en Médicaments grâce à des procédures améliorées telles que la pré-qualification des fournisseurs, l'échange d'informations dans une base de données commune des fournisseurs et des audits et formations conjoints pour les personnel clés.

Contexte - Libéria

Au Libéria, DIFAEM est devenu actif depuis la crise d'Ebola en 2014. L'épidémie d'Ebola 2014/2015 a fortement frappé le Libéria. Au total, plus de 8000 personnes sont tombées malades d'Ebola et environ 50% sont décédées. Un total de 375 agents de santé sont tombés malades, parmi lesquels 189 sont décédés d'Ebola [2]. De nombreuses institutions religieuses ont également été touchées. Outre le renforcement du développement économique, la reconstruction d'un système de santé fonctionnel a été l'une des tâches les plus urgentes dans le pays.

L'Association Chrétienne de la Santé du Liberia (CHAL), partenaire de DIFAEM, possédait l'une des structures d'approvisionnement en médicaments les plus importantes du pays jusqu'à la guerre civile libérienne (1989-2003), mais elle a été détruite pendant la guerre. Pendant la crise d'Ebola, ces structures ont été partiellement réactivées pour distribuer des médicaments et des produits médicaux. Cette offre a été bien accueillie par les institutions membres de CHAL, car l'approvisionnement en médicaments aux hôpitaux et centres de santé au Libéria est très problématique. La majorité des établissements membres de CHAL doivent acheter la plupart de leurs médicaments auprès de fournisseurs commerciaux ou sur les marchés locaux à des prix élevés et sans garantie de qualité. Spécialement, les petits établissements de santé ne peuvent pas réunir suffisamment de fonds pour acheter des quantités suffisamment importantes auprès de grossistes fiables. Le Service National des Médicaments (NDS) du Ministère de la Santé, bien que disposant de dépôts dans les comtés, ne

dispose pas des capacités suffisantes pour assurer l'approvisionnement en médicaments à toutes les formations sanitaires gouvernementales et non gouvernementales. Les membres de CHAL reçoivent du Service National des Médicaments des médicaments qui sont distribués gratuitement à tous les établissements de santé du pays dans le cadre de programmes verticaux, tels que le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. Tous les autres médicaments nécessaires doivent être obtenus auprès d'autres sources.

La plupart des 66 établissements de santé de CHAL sont situés dans les zones rurales, en particulier dans les comtés de Bong, Nimba et Lofa. Il existe également des centres de santé de CHAL dans le sud-est, la région la moins développée. (Voir la photo ci-dessous.) Les routes dans de nombreux comtés sont très mauvaises et, souvent pendant la saison des pluies, praticables que par des véhicules à quatre roues motrices ou, dans le sud-ouest, uniquement à pied ou en moto. Dans tout le pays,

les membres de CHAL représentent environ 19% de tous les établissements de santé et fournissent des soins à environ 30% de la population rurale. En raison d'une pénurie de personnel qualifié en pharmacie, les connaissances en gestion pharmaceutique étaient insuffisantes tant au siège de CHAL que dans les établissements membres. Les pharmacies des établissements sanitaires sont souvent gérées par des infirmiers/infirmières ou même par du personnel auxiliaire. Il n'y avait pas de directives pour l'achat, le stockage, l'utilisation rationnelle des médicaments, etc. Ces déficits devaient être comblés parallèlement au développement d'un meilleur approvisionnement en médicaments.



Établissements de santé de CHAL au Libéria

Résultats

CHAL, en coopération avec DIFAEM, a démarré et mis en œuvre un certain nombre de projets et activités pour renforcer les capacités de CHAL et de ses établissements de santé membres dans la fourniture de médicaments et dans la gestion pharmaceutique.

1. Mise en place de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL

Un nouveau dépôt de médicaments a été mis en place à Gbarnga (comté de Bong), à l'intérieur du pays, où se trouvent la plupart des établissements de santé de CHAL. CHAL exploite ainsi une pharmacie centrale avec 2 entrepôts : un à Monrovia, où se trouvent de nombreuses petites installations dans et autour de la capitale, et le nouvel entrepôt à Gbarnga, au centre du Libéria, où toutes les installations rurales ont accès.

La construction du nouveau dépôt à Melekie, Gbarnga a commencé en février 2018, et a finalement été inauguré en avril 2019. Le dépôt a été équipé d'un système de rayonnage adapté, d'un



Le dépôt de médicaments de CHAL en construction à Gbarnga. Le remplissage les étagères dans le nouvel entrepôt

système de climatisation pour maintenir la température prescrite pour le stockage des médicaments, d'un réfrigérateur solaire pour les articles à conserver au frais et avec un mobilier de bureau modeste. Le projet a été soutenu financièrement par des fonds du gouvernement allemand (BENGO). Etant donné que l'expansion du réseau électrique public est au point mort, DIFAEM a également financé un générateur et un système

solaire pour assurer l'alimentation électrique de l'entrepôt.

Le nouveau dépôt de Gbarnga est doté d'un technicien en pharmacie expérimenté et un distributeur pour servir les clients, d'un caissier et de 2 autres employés de soutien. De Monrovia, le directeur de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments et un pharmacien superviseur supervisent les activités des deux entrepôts. Après avoir démarré ses activités en juillet 2019, l'entrepôt de médicaments de Gbarnga a augmenté le nombre de ses clients de quatre à 23 en deux mois. Quarante des 66 formations sanitaires de CHAL achètent désormais leurs médicaments de manière rentable et avec une qualité assurée à l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments (UAM) de CHAL.

Pour soutenir la mise en service du nouvel entrepôt de médicaments et la coordination des processus entre le point de vente de Monrovia et le nouvel entrepôt de Gbarnga, un pharmacien envoyé par DIFAEM a formé le personnel clé sur place. Tous les processus - de la commande et du stockage à la



vente et à la distribution des médicaments - ont été discutés et établis. Une attention particulière a été accordée aux aspects de l'assurance qualité. Une formation complémentaire du personnel de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments à la gestion de la chaîne d'approvisionnement et les échanges avec d'autres organisations d'approvisionnement en médicaments de la région africaine sont planifiés.

2. Fonds renouvelable des médicaments pour les établissements de santé confessionnels

DIFAEM a offert plusieurs envois de médicaments et équipements médicaux de base de grossistes internationaux pré-qualifiés en tant que stock de démarrage de médicaments pour la nouvelle Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL. Ce stock de démarrage a été en partie utilisé par CHAL pour établir un Fonds Renouvelable des Médicaments (FRM) pour 26 établissements de santé ciblés afin d'améliorer la qualité des services de santé en fournissant des médicaments essentiels de qualité à la population libérienne à des prix inférieurs aux prix offerts dans les sources alternatives. Il vise à accroître l'accessibilité financière des médicaments pour la population et à améliorer l'utilisation des services de Soins de Santé Primaires (SSP). Dès lors, les établissements de santé participant au FRM ont utilisé leurs propres revenus de vente de médicaments pour acheter d'autres fournitures médicales auprès de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL et pour payer les frais de fonctionnement.

Avant les activités de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL et l'introduction du Fonds Renouvelable des médicaments, les médicaments des établissements membres de CHAL étaient financés uniquement par les églises individuelles tandis que le gouvernement distribuait gratuitement les médicaments aux utilisateurs des établissements de santé publics. Cela est devenu insoutenable et a été associé à de longues ruptures de stock qui ont obligé de nombreux patients à acheter leurs médicaments prescrits à des prix exorbitants dans des pharmacies privées. Cela a conduit à une crise de confiance; les gens contournaient souvent ces établissements de santé locaux moins crédibles pour consacrer du temps et de l'argent supplémentaires à se rendre dans les grands hôpitaux ou cliniques privées et les pharmacies. Les pauvres ont le plus souffert du fait qu'ils n'avaient pas d'accès protégé à des services gratuits dans les établissements de santé publics et

la situation a également surchargé les services dans les hôpitaux de référence et a augmenté le coût.

Après la mise en place du Fonds Renouvelable des Médicaments CHAL dans 26 établissements de santé, les résultats suivants ont été observés:

- La disponibilité de médicaments et de fournitures médicales de qualité garantie dans ces établissements de santé s'est améliorée. Une enquête dans 8 établissements sélectionnés a observé une amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels de 36 à 75% en moyenne.
- Le nombre de patients fréquentant ces établissements de santé confessionnels a augmenté.
- La gestion de l'approvisionnement en médicaments des établissements de santé qui achètent des médicaments auprès de CHAL et qui ont participé aux formations de CHAL s'est améliorée.
- Le chiffre d'affaires de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL a augmenté.
- La gestion de l'approvisionnement en médicaments de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL s'est améliorée.
- Les clients sont satisfaits des services de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL et du fait de la qualité du service, les établissements de santé qui ne sont pas membres de CHAL viennent acheter à partir des deux dépôts.
- Avec l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments de qualité par le biais de CHAL, les plus pauvres ont bénéficié car la disponibilité de services de santé de qualité leur est plus proche, ce qui représente une diminution effective du coût global des soins de santé de qualité.

3. Formations pour les dispensateurs de produits pharmaceutiques et supervision des établissements de santé

Afin d'améliorer la gestion pharmaceutique dans les établissements de santé de CHAL, une formation pharmaceutique de base pour les dispensateurs a été planifiée. Une évaluation des besoins en formation menée par le pharmacien principal de CHAL a révélé les résultats et les principales lacunes suivants:

- Six établissements évalués sur neuf n'avaient pas de pharmacien ou de dispensateur qualifié, et utilisaient plutôt une aide infirmière, une infirmière ou un personnel sans aucune formation en santé ou en pharmacie.
- Les trois hôpitaux impliqués dans l'évaluation disposaient d'installations de la chaîne de froid mais ne disposaient pas de thermomètres de réfrigérateur pour le suivi de la température. Les autres établissements de santé ne disposaient pas d'installations de stockage de la chaîne de froid.
- Des systèmes de tenue de registres étaient en place dans chaque établissement, mais les données sur la réception des produits n'étaient pas précises en grande partie.
- Les références d'information sur les médicaments pour faciliter la délivrance n'ont pas été trouvées dans les pharmacies.

Suite aux lacunes identifiées dans l'enquête d'évaluation des besoins, un cours de formation de six semaines a été organisé en 3 phases (deux semaines chacune) pour les dispensateurs non formés dans le but de renforcer leurs connaissances et capacités en matière de gestion des produits de santé de base.

Une partie importante du contenu du cours a été tirée du programme d'études "Essentiels de la Pratique Pharmaceutique" (EPP) du Réseau Pharmaceutique Œcuménique (EPN) [2]. Le programme comprend six modules, à savoir, la pharmacie et les soins de santé ; les fondamentaux

de la pharmacie ; la gestion de l'approvisionnement en médicament ; la thérapeutique de base ; l'utilisation et la distribution rationnelles des médicaments ; et la pratique de la pharmacie hospitalière. Les Politiques et Directives sanitaires du Libéria ainsi que le contenu du système d'information de gestion logistique ont été élaborés par le Ministère de la Santé du Libéria. L'ensemble de ces modules de formation a été couvert pendant les six semaines. (Le cours régulier EPP complet est prévu pour une durée de 12 semaines, chaque module pour 2 semaines, mais en raison d'un budget limité, la durée et le contenu du cours ont été adaptés). En dehors des pharmaciens de CHAL et du Ministère de la Santé, un formateur de EPN était également impliqué.

La méthodologie de formation comprenait des enseignements utilisant les diapositives PowerPoint, des séances de petites discussions (buzz), des activités de travail en groupe et des sessions en plénières. Les connaissances des participants ont été évaluées lors d'un pré-test et d'un post-test. Après les trois phases de formation de deux semaines, le score a augmenté de 12%, 24% et 26%, respectivement, par exemple dans la dernière formation de 54% à 80%. Lors du premier cycle de formation (2018/19), 18 participants venant de 8 établissements de santé ont bénéficié de la formation.

Le prochain cycle de formation a débuté en janvier 2020 et couvre 10 autres établissements sélectionnés. Ces installations seront régulièrement supervisées par le personnel pharmaceutique de CHAL.



Formation des dispensateurs à CHAL

Discussion

L'implication et le soutien de DIFAEM au Libéria ont été assez complets ces dernières années, couvrant des projets pour la mise en place de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments, pour les expéditions de médicaments servant de stock de démarrage pour les Fonds Renouvelables des Médicaments au niveau des établissements de santé, pour la formation des dispensateurs de médicaments et supervision des établissements de santé respectifs. Cela n'a été possible qu'avec un financement de la tierce partie (en particulier du Pain Pour le Monde et du gouvernement allemand). Il y a eu un fort engagement des dirigeants de CHAL et de l'équipe de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments pour mettre en place l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments et pour améliorer l'accès aux médicaments de qualité garantie et la gestion pharmaceutique pour les établissements de santé de CHAL. Cependant, un certain nombre de défis existent et posent un risque pour le fonctionnement durable de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments et l'accès aux médicaments pour les établissements de santé et les patients:

Situation économique :

Malheureusement, le Libéria traverse l'une des pires crises économiques depuis de nombreuses années. Le dollar libérien est soumis à une dévaluation constante et il est donc devenu problématique de gérer

l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de manière rentable. Les médicaments sont achetés à l'international en dollars américains ou en Euros, mais les patients les paient en dollars libériens, ce qui entraîne des difficultés de refinancement en cas d'inflation. En raison de graves problèmes financiers dans le système de santé publique, les établissements publics ont été fermés et les patients se sont tournés vers des établissements confessionnels, qui risquent d'être submergés de patients pauvres qui ne peuvent pas payer les soins médicaux.

Structure des coûts de l'UAM : CHAL a commencé l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments également dans l'espoir de générer des revenus supplémentaires pour ses services généraux. Cependant, il est devenu clair que faire fonctionner l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments elle-même de manière durable est déjà ambitieux. La structure des coûts avec deux entrepôts de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments est un défi. Jusqu'à présent, les donateurs comme DIFAEM et Pain Pour le Monde continuent de fournir un soutien. Mais dans un proche avenir, tous les frais de fonctionnement de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments

devront être couverts par le revenu des ventes de médicaments. Une séparation financière claire entre l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL et les autres services de CHAL est nécessaire. Tout revenu supplémentaire provenant des ventes de médicaments doit être réinvesti pour assurer le développement, la croissance et la durabilité de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments.

Achats : L'importation de médicaments de qualité garantie auprès de grossistes internationaux nécessite un paiement anticipé qui bloque une grande quantité de capital pendant plusieurs mois. Cela affecte la liquidité de l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments. Le long délai de livraison et les retards d'expédition affectent la disponibilité à l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments. La prévision sur 6 mois ou plus est difficile, en particulier dans la phase de démarrage. Les sources locales doivent être d'avantage explorées, pour compléter le stock et réduire les ruptures de stock même si l'assurance qualité reste un défi. En 2020, l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL va obtenir un Minilab qui peut au moins protéger les clients contre les médicaments de très mauvaise qualité et falsifiés.

Pénurie en personnel qualifié : comme dans de nombreux autres pays à faible revenu, la pénurie en personnel médical et pharmaceutique qualifié pose un risque pour l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments et les établissements de santé de CHAL. DIFAEM et Pain Pour le Monde recherchent un pharmacien expatrié pour accompagner l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL dans la phase de démarrage sur site. Enfin, un pharmacien allemand est actuellement en phase préparatoire et

assistera l'Unité d'Approvisionnement en Médicaments de CHAL au Libéria à partir de fin 2020.

CHAL a mis en place les services pharmaceutiques pour garantir aux patients l'accès aux médicaments essentiels et aux fournitures médicales à des abordables et de qualité garantie. L'Unité d'Approvisionnement en Médicaments dessert les établissements de santé, en particulier les institutions confessionnelles. Chaque année, plus de 100000 patients reçoivent des soins de santé dans des établissements confessionnels. Au fil des années, CHAL a formé plusieurs dispensateurs des établissements de santé membres pour gérer adéquatement les produits pharmaceutiques des établissements.

La méthode la plus importante pour maintenir la disponibilité des médicaments essentiels du point de vue du CHAL est le programme d'approvisionnement en médicaments - avec un stock de démarrage comme le FRM pour les établissements de santé - qui est efficace pour maintenir un système régulier et autosuffisant d'approvisionnement en médicaments sûrs et efficaces de bonne qualité et à des prix abordables pour la population libérienne. L'amélioration de l'accessibilité des médicaments s'est clairement traduite par l'augmentation constante de l'utilisation des établissements de santé par différents groupes socio-économiques, en particulier la population pauvre et d'autres groupes vulnérables (comme les mères et les enfants) dans les zones urbaines et rurales du pays.

Le programme soutient le renforcement des capacités institutionnelles et contribue à l'amélioration des soins de santé de qualité au Libéria en garantissant la durabilité, la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments essentiels. Par conséquent, le programme a un impact positif sur l'état de santé de la population qui suit des soins dans des établissements de santé confessionnels. Suite à cet impact positif, le Ministère de la Santé a piloté le FRM dans trois

comtés (Grand Kru, Sinoe et Grand Gedeh) dans le sud-est du pays.

Une série de facteurs contribuent ou entravent le succès des mesures de renforcement des capacités dans le secteur de la santé et de la pharmacie dans un milieu à faible revenu comme le Libéria. Le plus

grand défi pour les activités de DIFAEM et de CHAL, tel qu'il est présenté dans cet article, est le financement durable des soins de santé. Cela oriente clairement vers l'Agenda 2030, la couverture sanitaire universelle et le financement de la santé étant le pilier de tout système de santé.

Références

1. WHO, 2015: *The Ebola outbreak in Liberia is over*, <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/liberia-ends-ebola/en>
2. EPN, 2015: *Essentials of Pharmacy Practice, EPP Handbook*, <https://www.epnetwork.org/epp-handbook>

ACTION MEDEOR A L'UNIVERSITE DU RWANDA

Le Centre régional d'excellence pour les vaccins, la vaccination et la gestion de la chaîne d'approvisionnement en santé (RCE-VIHSCM) de la Communauté de l'Afrique de l'Est (CAE), situé à l'Université du Rwanda a été créé pour faire face aux pénuries de spécialistes de la chaîne d'approvisionnement sanitaire et humanitaire dans la région. L'objectif du RCE est de soutenir l'apprentissage et la formation continue des adultes dans le secteur de la santé pour la Communauté de l'Afrique de l'Est et d'améliorer ainsi la gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, médicaments et autres produits de santé dans la région. Le centre organise des formations de base et avancées en gestion de la chaîne d'approvisionnement en santé dans le but global d'améliorer l'infrastructure de la chaîne d'approvisionnement et l'accès aux médicaments essentiels.

La coopération de Action Medeor avec l'Université du Rwanda a débuté en avril 2019, où les pharmaciens d'Action Medeor ont intégré une équipe internationale d'enseignants pour le programme de Master en gestion de la chaîne d'approvisionnement en santé (HSCM). Le nouveau programme de master a été développé par le RCE en coopération avec des experts de haut niveau et cible les professionnels de santé au Burundi, au Kenya, au Rwanda, au Soudan du Sud, en Tanzanie et en Ouganda. Action Medeor a

apporté son expertise internationale et son expérience de la logistique pharmaceutique et des activités humanitaires au quotidien.

Le programme utilise une méthode d'apprentissage mixte, où les étudiants passent par un enseignement en classe, un enseignement en ligne, des stages sur le terrain et une recherche opérationnelle sur une période de 24 mois. Un total de quinze (15) modules sont couverts, parmi lesquels quatre modules seront enseignés à chaque semestre. Chaque module comprend des présentations en face à face et 4 semaines d'enseignement en ligne. Le face-à-face est une excellente occasion pour les étudiants de partager leurs expériences de leurs pays respectifs et d'obtenir l'apport théorique nécessaire pour l'enseignement en ligne.

La phase d'enseignement en ligne aide les étudiants à approfondir leurs connaissances à l'aide d'une lecture intensive de ressources en ligne et à analyser de manière indépendante les problèmes et les tâches complexes de la chaîne d'approvisionnement. La combinaison de différentes approches d'apprentissage garantit que les étudiants utilisent leurs connaissances théoriques dans la pratique pour résoudre les

causes profondes de la sous-performance des chaînes d'approvisionnement en médicaments dans les pays en développement.

Avec d'autres enseignants, Shushan Tedla, de Action Medeor, a été



responsable de la facilitation de deux modules, à savoir "L'introduction aux systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement en santé" et "Le Stockage et la distribution". Elle a dispensé la partie face-à-face des modules en mai et juin à Kigali, tandis que toute l'équipe de pharmaciens de Medeor a supervisé les 39 étudiants pendant les phases d'apprentissage en ligne et de la révision des examens. Avec cet arrangement, un soutien constant de tous les étudiants pouvait être assuré dans les phases intensives de l'apprentissage en ligne.

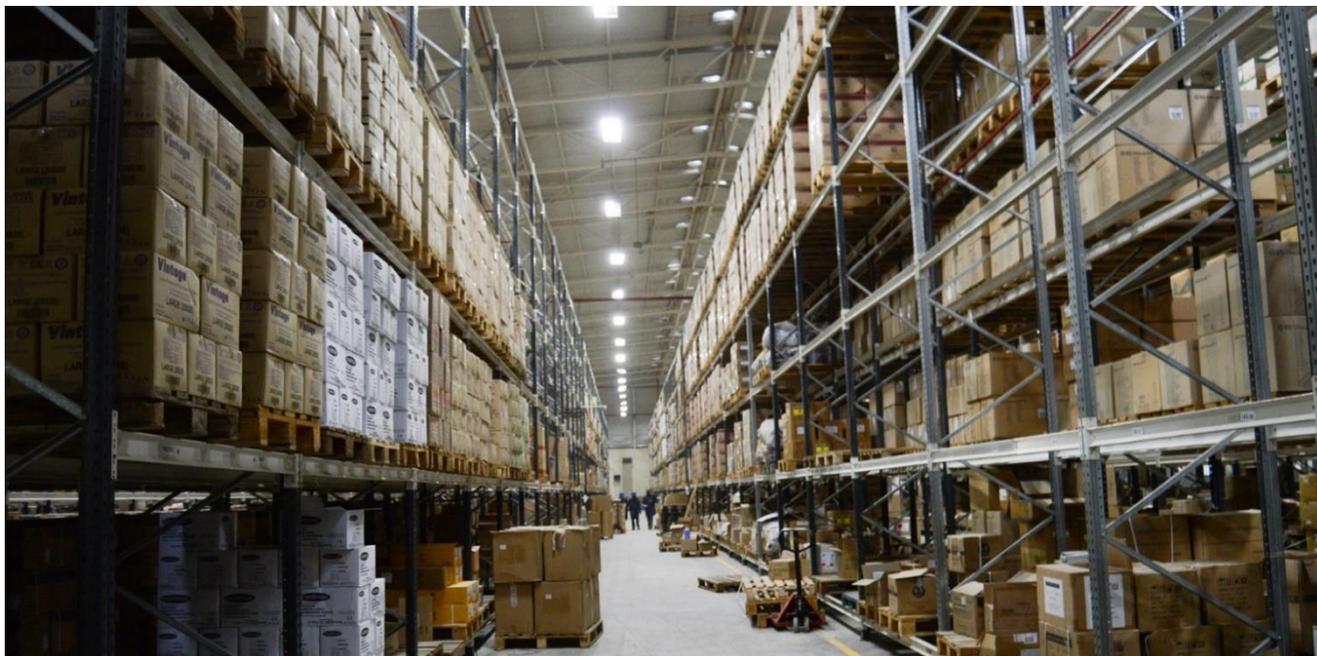
Une autre contribution de Action Medeor à RCE-VISCM a été la planification et la conduite d'un cours de courte durée sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement en santé humanitaire. Un tel cours a été demandé par les partenaires de la région en tant que question prioritaire clé pour remédier aux lacunes dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement sanitaire et humanitaire affectant la plupart des pays d'Afrique de l'Est en termes d'afflux de réfugiés, de conflits, de conséquences potentielles du changement climatique, d'épidémies, etc.

En même temps, la formation sur la chaîne d'approvisionnement humanitaire dans la région de la CAE n'est pas facilement disponible

et les personnes travaillant dans ce domaine à travers la région et au-delà doivent généralement suivre ce cours dans d'autres continents, principalement en Europe et aux États-Unis d'Amérique - ce qui le rend inaccessible pour beaucoup de personnes.

Le but du cours était de permettre aux parties prenantes et aux praticiens des pays de la CAE de se préparer, de répondre et de se remettre des catastrophes naturelles et celles causées par l'homme, et des crises humanitaires en cours dans la région, et d'assurer la disponibilité des services de santé pour les personnes affectées. Une équipe de tuteurs allant d'experts en Aide Humanitaire et SPHERE, le secteur logistique et les organisations d'approvisionnement en médicaments actives dans l'approvisionnement humanitaire a offert une formation intéressante d'une semaine avec des enseignements, des sessions pratiques et a offert une plate-forme d'échange international et régional pour les praticiens du domaine. Les participants venaient d'institutions publiques telles que le Ministère de la Santé, la Préparation aux Catastrophes, les Pharmacies de District et les Dépôts Médicaux Centraux et des ONG internationales à savoir l'AMREF, le HCR et le PAM y ont pris part.

MEDICAMENTS ESSENTIELS ; RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE



Pharm. Michael Heavens, Directeur Général /PDG, CHAN Medi-Pharm Ltd / Gte

Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins prioritaires de santé de la population. Ils sont sélectionnés en tenant dûment compte de leur pertinence en matière de santé publique, des preuves d'efficacité et d'innocuité et du rapport coût-efficacité comparatif. Les médicaments essentiels sont destinés à être disponibles dans le contexte de systèmes de santé fonctionnels à tout moment en quantités adéquates, sous les formes posologiques appropriées, avec qualité garantie et informations adéquates, et à un prix que l'individu et la communauté peuvent se permettre.

Faits sur les Médicaments Essentiels

Selon l'OMS, la disponibilité des médicaments dans les pays en développement est compromise par plusieurs facteurs: la faiblesse des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments; l'insuffisance d'infrastructures et du

personnel de santé; et le faible investissement dans la santé et le coût élevé des médicaments. Les produits pharmaceutiques représentent 15% à 30% des dépenses de santé dans les économies en transition et 25% à 66% dans les pays en développement. Dans certains pays en développement, les médicaments représentent la plus grande dépense de santé pour les ménages pauvres.

Une enquête de 2004 en Ouganda a montré que sur 28 médicaments essentiels répertoriés au niveau national, seuls 55% pouvaient être trouvés dans des établissements de santé gratuits. Les prix de "paiement direct" étaient 13,6 fois plus élevés pour les produits de marque (spécialité) et 2,6 plus élevés pour les génériques que les prix de référence internationaux [1]. Une douzaine de pays seulement avaient une liste ou un programme de médicaments essentiels en 1977. Aujourd'hui, quatre pays sur

cinq ont adopté des listes nationales. Pour être sélectionnés, les médicaments doivent être disponibles dans les systèmes de santé, en quantités et formes posologiques appropriées. La liste est la pierre angulaire des politiques nationales en matière de médicaments et de l'ensemble du système pharmaceutique.

Jusqu'en 2015, plus de 10 millions de décès par an auraient pu être évités par la mise à l'échelle de certaines interventions sanitaires, dont la majorité dépend des médicaments essentiels. La Déclaration d'Alma-Ata en 1978 - un jalon dans la santé publique internationale - a été le premier document officiel à souligner l'importance des soins primaires et le rôle des médicaments essentiels au niveau mondial.

Il y a trente ans, le concept d'une politique nationale des médicaments n'était pas connu dans la plupart des pays. Aujourd'hui, plus de 100 pays ont des politiques en place ou en cours d'élaboration. Ils peuvent servir de cadre pour faire progresser la réforme du secteur pharmaceutique. Les premiers pays pionniers en matière de médicaments essentiels sont le Mozambique, le Pérou et le Sri Lanka. Les informations objectives sur l'usage rationnel des médicaments étaient extrêmement limitées, en particulier dans les pays en développement. Aujourd'hui, au moins 135 pays ont leurs propres manuels et formulaires thérapeutiques contenant des informations actuelles, exactes et non biaisées. Suite à un effort international commencé en 1977, un réseau mondial de 83 pays surveille désormais les effets indésirables des médicaments et les problèmes potentiels de sécurité. Il y a trente ans, il n'y avait virtuellement aucune information sur les prix des médicaments accessible au public et peu de pays encourageaient activement la substitution générique. Aujourd'hui, 33 pays collectent et rendent publiques les informations sur les prix. L'utilisation de médicaments génériques a fait baisser les prix en raison de la croissance de la demande et de la concurrence.

Les médicaments essentiels sauvent des vies, réduisent les souffrances et améliorent la santé, mais seulement s'ils sont de bonne qualité et sans danger, disponibles, à coût abordable et correctement utilisés. Cependant, dans de nombreux pays aujourd'hui, toutes ces conditions ne sont pas réunies. Si l'accès aux médicaments essentiels doit être élargi, chacun des problèmes décrits ci-dessous doit être abordé [2].

- Les prix élevés des médicaments
- L'usage irrationnel des médicaments
- Les mécanismes de financement de la santé injustes
- Les systèmes d'approvisionnement en médicaments peu fiables
- La qualité et la sécurité des médicaments varient considérablement - en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- De nouveaux médicaments sont nécessaires pour les maladies qui affectent de manière disproportionnée les pauvres, en particulier les maladies "négligées".

Le renforcement des systèmes de santé (RSS) est un terme utilisé en santé globale qui signifie à peu près l'amélioration du système de santé d'un pays. Au cours des 20 dernières années, CHAN Medi-Pharm a offert un soutien aux 400 institutions membres de CHAN et aux 4000 établissements de soins de santé primaires affiliés, avec une large portée de renforcement des services de soins de santé, du primaire au tertiaire, aux membres vulnérables des communautés au Nigeria qui représentent environ 46% de la population nigériane.

Les principaux objectifs de CHAN Medi-Pharm sont l'offre d'un approvisionnement fiable en médicaments essentiels de bonne qualité et au coût abordables, en garantissant l'accès équitable, en améliorant la qualité des soins aux patients grâce au renforcement durable des capacités sur l'utilisation rationnelle des médicaments. Ceux-ci incluent aussi la chaîne d'approvisionnement des produits de santé publique, du formulaire des médicaments essentiels, la comptabilité, des soins aux patients, la

collecte et collation des données, la gestion des stocks, la prévision/ quantification pour assurer la durabilité du système de fonds renouvelables pour les médicaments (DRFS).

Voici les voies par lesquelles CHAN Medi-Pharm a pu améliorer les soins de santé dans nos institutions missionnaires:

- Programme de formation et de renforcement des capacités de CHAN Medi Pharm-EPN sur les services pharmaceutiques de base
- Formation logistique de CHAN Medi-Pharm sur les médicaments essentiels
- Détail direct des médicaments et réunions cliniques pour améliorer la connaissance des produits
- Médicaments essentiels et dons en espèces aux institutions en difficulté.

Défis

Notre défi majeur a été le financement. En raison des taux de change obstructifs, il a été un peu difficile d'accéder aux fonds sous forme de prêts ou même de soutien de partenaires.

- Politiques gouvernementales; retard dans l'enregistrement du produit auprès de l'Agence Nationale de Contrôle des Aliments et des Médicaments (NAFDAC), frais élevés d'importation et de dédouanement des produits.
- Manque de participation totale de certaines institutions missionnaires.
- Insécurité, particulièrement dans le nord-est et le centre-nord du Nigéria. Nous avons des membres du personnel qui ont

Référence

1. https://www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/essential_medicines_facts/en/index3.html
2. <http://archives.who.int/tbs/intro/s5571e.pdf>

été kidnappés par le groupe terroriste Boko Haram.

- Un autre défi majeur consiste à se procurer ces médicaments essentiels auprès d'une entreprise de fabrication approuvée par l'OMS.
- Adultération de médicaments; bien que nous ayons le GPHF-minilab pour vérifier cela.

Réussites

- Nous faisons toujours de notre mieux pour atteindre des zones apparemment difficiles d'accès avec nos produits soutenus par notre solide système de distribution.
- Nous utilisons les services du GPHF-minilab qui vérifie l'adultération dans chacun de nos produits pharmaceutiques avant la distribution et pour nous assurer que les déclarations du fabricant sur les médicaments sont vraies.
- Nous n'avons reçu aucune plainte ou problème concernant les médicaments distribués aux institutions membres.

Leçons apprises

- L'achat et la distribution de médicaments essentiels sont à capitalistique; les prestataires de services auront donc besoin de tous les fonds accessibles pour un tel projet.
- Nous devons être prêts à faire un effort supplémentaire pour livrer des produits et attendre peu ou pas de gratitude de la part des humains parce que nous croyons que nous ne fonctionnons que pour et par Dieu.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS POUR LE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ : HISTOIRE DE MEDS



Kenneth Nyenjeri, Responsable du Renforcement des Capacités, Mission for Essential Drug Supplies (MEDS)

Perspective globale

Les évidences mondiales indiquent une corrélation directe entre la taille de la main d'œuvre de santé d'un pays et ses résultats en matière de santé. Les ressources humaines pour la santé (RHS) sont l'un des principaux éléments constitutifs d'un système de santé dans n'importe quel pays (HRH, Kenya Mechanism 2016-2021). La prestation des interventions sanitaires nécessite un personnel de santé qualifié et bénéficiant d'un soutien adéquat. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS 2010), les RHS font référence à toutes les personnes engagées dans des actions dont le but principal est d'améliorer la santé. Ces personnes comprennent les corps soignants (médecins, infirmières, cliniciens, pharmaciens, etc.), les techniciens de laboratoire, les gestionnaires et autres personnels (nettoyeurs, ceux qui s'occupent des dossiers

médicaux, économistes de la santé) qui ne fournissent aucun service directement aux patients mais sont vitaux au fonctionnement du système de santé.

L'importance des RHS est basée sur le fait que la prestation de services de santé est ce que font les agents de santé, étayée par des preuves d'une forte corrélation entre la densité et la qualité des RHS dans un pays et les résultats de santé de la population. Les RHS constituent l'un des éléments constitutifs essentiels d'un système de santé et comportent deux composantes essentielles; le Développement des Ressources Humaines (DRH) et la Gestion des Ressources Humaines (GRH). Ces deux composantes gèrent la vie d'un professionnel de la santé, de la formation à l'emploi et à la sortie de la main d'œuvre de santé.

Éléments constitutifs du système



ACCÈS
COUVERTURE



QUALITÉ
SÉCURITÉ

Objectifs d'ensemble/ résultats

AMÉLIORATION DE LA SANTÉ
(niveau et équité)

RÉACTIVITÉ

PROTECTION CONTRE
LES RISQUES SOCIAUX
ET FINANCIERS

EFFICACITÉ RENFORCÉE

Six éléments constitutifs des systèmes de santé de l'OMS

Le renforcement des capacités est un élément clé des Ressources Humaines pour la Santé. C'est le processus par lequel les organisations changent et s'améliorent, et comment les individus au sein d'une organisation développent et conservent les compétences (connaissances, capacités et attitudes) nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches au moins avec compétence et idéalement au-delà de la norme minimale. (OMS 2010).

Contexte kenyan

Au cours de la dernière décennie, les progrès du Kenya dans l'amélioration de l'état de santé général de sa population ont donné des résultats mitigés. Le secteur de la santé du Kenya reconnaît que les RHS pour les contraintes sanitaires sont un ingrédient essentiel qui entrave la planification du secteur de la santé, la prestation de services et, en fin de compte, les résultats sanitaires nationaux.

Malgré l'implication de plusieurs secteurs et parties prenantes dans la création, le déploiement et le maintien d'un personnel de santé pour offrir des performances, l'unité de RHS du Ministère de la Santé est considérée comme la clé pour faire

avancer l'agenda des RHS. Au Kenya, le

renforcement des capacités dans les systèmes de santé a été opéré par de multiples parties prenantes, notamment le Ministère de la Santé, le secteur confessionnel, le secteur privé, les ONG et les partenaires de développement. MEDS s'est positionné stratégiquement pour relever les défis des RHS identifiés au sein du contexte kenyan. Ceci est en relation avec les autres piliers de l'OMS pour le renforcement des systèmes de santé qui comprennent le leadership et la gouvernance, les systèmes d'information sanitaire, l'accès aux produits de santé et le financement de la santé.



Les étudiants de la CAE discutent pendant le cours de courte durée sur la chaîne d'approvisionnement sanitaire humanitaire

Programme de MEDS pour le renforcement des capacités des systèmes de santé

Depuis 1987, MEDS a été à l'avant-garde pour soutenir les établissements de santé confessionnels en offrant des interventions de renforcement des capacités basées sur les besoins pour le renforcement des systèmes de santé. Ceci a été atteint à travers l'organisation des cours de courte durée sur mesure. Les formations au sein des établissements sont dispensées en interne au niveau des établissements et des consultations sont menées en collaboration avec des partenaires stratégiques tels que le Gouvernement, des entreprises multinationales et des partenaires de développement. MEDS a également collaboré en permanence avec le Ministère de la Santé du Kenya à travers la mise en œuvre des services de consultation en gestion clinique par le biais de programmes de santé tels que le VIH, les maladies non transmissibles et le paludisme.

En 2018, les services de MEDS pour le renforcement des capacités ont évolué vers les Services de Conseil en Santé (HAS) pour élargir la portée et diversifier les services aux Gouvernements, aux privés et aux organisations sans but lucratif (ONG), pas seulement aux clients confessionnels. Ces services comprennent : la formulation de la politique du secteur de la santé, la gestion et réglementation industrielles, la gestion de la santé publique, le partenariat dans la mise en œuvre pour le

renforcement des capacités.

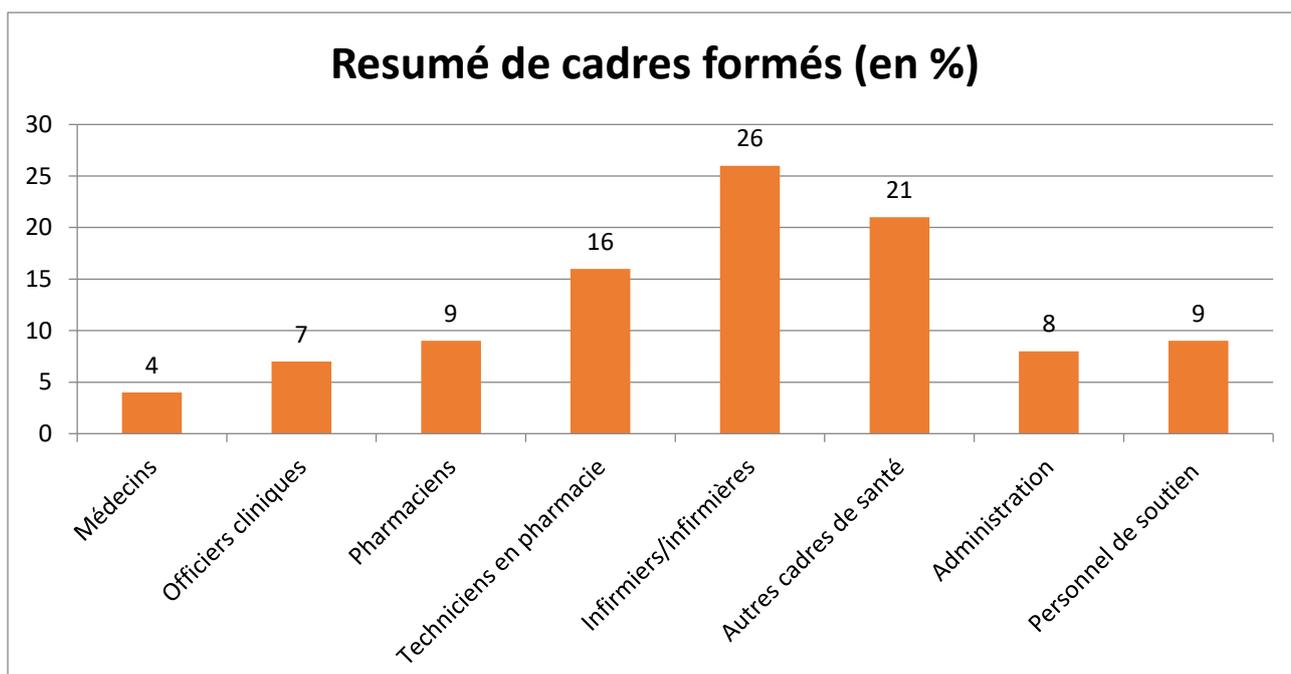
MEDS offre des programmes holistiques et des cours basés sur les compétences qui couvrent tous les départements/sections d'un établissement de santé. Parmi les grands domaines clés couverts, on a les formations axées sur les composantes des soins de santé telles que: la gouvernance dans les soins de santé, la gestion stratégique, l'utilisation rationnelle des médicaments, la pharmacovigilance, la gestion des produits de santé, la mobilisation des ressources et la gestion financière, la gestion des performances, la gestion des maladies non transmissibles telles que le diabète, l'hypertension.

Lacunes dans le renforcement des capacités

Un défi majeur dans le secteur de la santé et en particulier pour les institutions confessionnelles et privées, est le taux élevé de va-et-vient de la main-d'œuvre associé aux professionnels de la santé qui changent d'emplois dans divers types d'établissements; missionnaires, privés et publiques. Un autre défi auquel sont confrontés les établissements de santé missionnaires est de fonctionner avec des ressources limitées; cela inclut les limitations ressources humaines et financières. La pénurie de personnel dans les formations sanitaires a joué un rôle majeur en limitant le nombre d'opportunités de développement professionnel continu pour les agents de santé.

Cadre	Nombre	Pourcentage
Médecins	1,770	4%
Officiers cliniques	2,831	7%
Pharmaciens	3,539	9%
Techniciens en pharmacie	6,724	16%
Infirmiers/infirmières	10,617	26%
Autres cadres de santé	8,831	21%
Administration	3,185	8%
Personnel de soutien	3,893	9%
Total	41,390	

Résumé des cadres formés depuis le début



Graphique à barres du résumé des cadres formés

Leçons apprises

- Pour atténuer les défis, MEDS a continué à fournir le modèle interne pour conduire de formations basées sur les besoins au niveau des établissements.
- La formation au niveau des établissements est plus rentable car plus de personnels sont formés dans les installations de l'établissement.
- MEDS investit également dans les technologies de l'information et de la communication (TIC) pour offrir une plateforme d'apprentissage en ligne en tant que modèle durable. Bien que le modèle en face-à-face soit efficace pour renforcer les capacités du personnel, l'avenir de la formation de masse est l'apprentissage numérique. Les activités de renforcement des capacités par le biais de programmes et de consultants financés par des donateurs ont diminué au cours des trois dernières années depuis que le Kenya est passé à un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

- L'apprentissage en ligne de MEDS sera exploré comme une nouvelle méthode de renforcement des capacités. Son objectif sera de développer à la fois les programmes académiques et non académiques (c'est-à-dire le développement professionnel et la formation).

Réussites

- Depuis leur début, les services de renforcement des capacités MEDS ont eu un impact positif sur le secteur de la santé au Kenya, ayant formé plus de 40.000 professionnels. Ceux-ci comprennent les agents de santé (gestionnaires des systèmes de santé, administrateurs et personnels auxiliaires) dans les unités de santé des organisations confessionnelles, du gouvernement, des ONG et des institutions privées. L'impact des services MEDS s'est également fait ressentir au niveau international dans d'autres pays africains à travers les consultances.
- Le renforcement des capacités MEDS s'est également associé aux institutions de réglementation de l'industrie médicale et aux associations professionnelles pour

fournir des lignes directrices et offrir un soutien dans les activités de formation des professionnels de la santé.

- Grâce à la mise en œuvre de trois piliers stratégiques de diversification, d'amélioration des processus et de partenariats, comme indiqué dans le plan stratégique MEDS en cours (2018-2022), l'organisation a fait des efforts délibérés de partenariats stratégiques visant à combler les lacunes afin de renforcer les systèmes de santé pour une prestation efficace des services de santé. Ceci contribuera à la réalisation des objectifs stratégiques MEDS et à la réalisation de la vision MEDS d'être "Une organisation professionnelle menant à la promotion des vies saines et la Mission de fournir des produits et technologies de santé de qualité et à des prix abordables, des services d'assurance qualité et de conseil en santé".

En conclusion, MEDS a continué à réinventer le renforcement des capacités dans les systèmes de

santé pour relever les défis auxquels sont confrontés les établissements de santé confessionnels. Cependant, en raison d'un changement et d'une réduction du financement des donateurs, les établissements de santé missionnaires ont été obligés de couvrir entièrement le coût total des formations. MEDS est ouvert à collaborer avec des partenaires stratégiques et de développement pour continuer à soutenir les institutions de santé par le renforcement des capacités des systèmes de santé.

Référence

1. <https://www.who.int/health-cluster/capacity-building/en/>
2. Monitoring the building blocks of Health System – Handbook: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf
3. Mission for Essential Drugs and Supplies (MEDS) Strategic Plan 2018- 2022
4. Human Resource for Health - Kenya Mechanism 2016-2021



Activités d'équipe dans un leadership en santé de base en survie



MEDS conduisant des cours des compétences pratiques

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS POUR LA GESTION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUE: L'APPROCHE DE PSA ET EPN



Blessing Nyakutsikwa, Chukwudike Alozie, Ladi Sunday, and Lloyd Matowe

Introduction

L'Afrique a fait de grands progrès dans l'amélioration des soins de santé au cours des dernières décennies. Des maladies telles que la poliomyélite et la lèpre sont proches de l'éradication [1][2]. La plupart des pays font des progrès substantiels dans la lutte contre les maladies infantiles évitables. La vaccination contre la rougeole s'est grandement améliorée [3][4], et on estime que 37 pays atteignent plus de 60% de leurs enfants par la vaccination.

Malgré ces succès, il persiste encore des défis considérables de santé. Malgré une diminution des

décès liés au SIDA, plus de 70% de la charge mondiale du VIH est concentrée en Afrique subsaharienne [5]. On estime que 90% de tous les cas de paludisme surviennent en Afrique, 93% de tous les décès survenant dans le continent [6]. Dix-neuf des 20 pays ayant les ratios de mortalité maternelle les plus élevés se trouvent en Afrique, et la région possède le taux de mortalité néonatale le plus élevé au monde. Les maladies infectieuses potentiellement mortelles telles qu'Ebola et les maladies tropicales négligées sont toujours une menace. L'émergence de la pandémie Cov-19 présente également une crise potentielle pour le système de santé fragile de l'Afrique. Les

changements dans les modes de vie et l'urbanisation ont également entraîné une augmentation des taux de maladies non transmissibles telles que l'hypertension, les maladies coronariennes et le diabète [7]. Il reste donc encore plus de travail à faire pour améliorer ces défis de santé publique.

Renforcement des systèmes de santé

La bonne santé est une composante essentielle du bien-être des citoyens du continent. La santé joue également un rôle crucial dans la croissance économique. Une population en bonne santé est mieux à même de contribuer au développement d'un pays car elle vit plus longtemps, peut épargner davantage et devenir plus productive. Des études menées sur le continent ont montré une corrélation entre des résultats sanitaires positifs, tels que l'éradication du paludisme et la croissance économique [8]. Les systèmes de santé en Afrique ont été incapables de relever les défis de santé publique pour diverses raisons. Il y a une quantité insuffisante de personnel de santé travaillant sur le continent. La migration des agents de santé d'Afrique vers l'Europe, l'Amérique du Nord et le Moyen-Orient a entraîné des pénuries à des postes critiques [10] [11].

La plupart des secteurs de la santé font également face à une allocation financière inadéquate de la part des gouvernements, et cela ne profite pas aux sociétés les plus démunies, avec des taux élevés de dépenses directes déclarées sur le continent [12]. La faiblesse dans le leadership et l'administration, le manque de volonté politique des gouvernements et le mauvais entretien de la structure des soins de santé ont également nui au système de santé africain. Le renforcement des systèmes de santé est donc essentiel pour résoudre ces problèmes. Un plaidoyer plus persuasif pour un soutien politique et un engagement financier et une allocation budgétaire plus élevée contribuera grandement à améliorer la structure du système de santé en Afrique. La formation et le renforcement des capacités des agents de santé sont également

essentiels pour améliorer les systèmes de santé en Afrique.

Gestion de la chaîne d'approvisionnement dans des contextes difficiles

Une chaîne d'approvisionnement qui fonctionne bien et qui garantit la livraison de médicaments, de vaccins et d'autres produits de santé est un élément essentiel du renforcement des systèmes de santé [13]. Tout système de santé sain nécessite des chaînes d'approvisionnement pouvant garantir une disponibilité constante de médicaments, de vaccins et de produits de santé à bas prix et de haute qualité dans tous les points de prestation de services. En plus de l'assurance de la fourniture de médicaments et de soins de santé, les chaînes d'approvisionnement fournissent également des informations cruciales sur les besoins, les demandes et la consommation de ces produits aux planificateurs des systèmes de santé. Les chaînes d'approvisionnement jouent un rôle crucial dans les catégories essentielles de renforcement des systèmes de santé telles que le paiement, l'organisation, la réglementation et les aspects comportementaux du système de santé [14].

Au cours de quelques dernières décennies, une somme considérable d'argent a été consacrée à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population africaine à travers des initiatives telles que l'Initiative pour la Santé Mondiale [16]. L'augmentation des contributions s'est traduite par une plus grande quantité de médicaments, de vaccins, de moustiquaires et de produits de diagnostic et de laboratoire distribués par les chaînes d'approvisionnement nationales. En raison de capacités et de formations inadéquates, ces changements exercent une pression accrue sur les chaînes d'approvisionnement aux ressources limitées. Les chaînes d'approvisionnement représentent donc un goulot d'étranglement critique dans le renforcement des systèmes de santé et limitent l'accès à des traitements efficaces dans les pays en développement. D'autres facteurs,

tels que la mauvaise qualité des produits et la contrefaçon de médicaments, posent également un risque pour le renforcement des chaînes d'approvisionnement. L'innovation par le secteur privé présente également des opportunités d'apprentissage pour ceux qui sont impliqués dans les chaînes d'approvisionnement pharmaceutique [16]. La formation et le renforcement des capacités dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement sont donc cruciaux pour le renforcement des systèmes de santé en Afrique.

Renforcement des capacités pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique

Pharmaceutical Systems Africa joue un rôle de premier plan dans le renforcement des capacités dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique (GCA) au sein du continent. En collaboration avec le Réseau pharmaceutique œcuménique (EPN), nous offrons un cours de formation pratique d'une semaine sur les compétences nécessaires pour gérer les chaînes d'approvisionnement dans le pays. Le cours est conçu pour les consultants en chaîne d'approvisionnement pharmaceutique et le personnel des programmes. Nous croyons que



notre programme de formation est stratégique et est offert à un moment critique et opportun en Afrique pour développer les compétences requises, mais pas facilement accessibles. Le contenu du cours est conçu et dispensé pour développer les meilleures compétences en pratiques mondiales de

la GCA, mais contextualisé pour répondre aux besoins dans l'environnement immédiat. Les participants acquièrent une compréhension plus approfondie des défis de la GCA et apprennent à développer des solutions rentables ciblées pour leurs besoins spécifiques.

L'orientation et la formation des prestataires d'assistance technique et du personnel de direction sur les approches standardisées d'identification et de résolution des problèmes sont essentielles pour renforcer les systèmes de la GCA. Nous croyons que la formation doit être basée sur les besoins globaux, les priorités et les lacunes de la GCA dans le pays. Actuellement, plusieurs agences et consultants individuels offrent un appui au renforcement des capacités dans le domaine de la GCA. Cependant, la plupart de ces agences ne sont pas situées à proximité du besoin. La demande pour ces agences dépasse aussi continuellement l'offre. Le pool restreint d'experts et le manque de capacités du personnel chargé de la gestion des programmes de la GCA entravent également les progrès dans le renforcement des systèmes GCA. En outre, le personnel du programme de GCA qui compte sur l'assistance technique des consultants a souvent des capacités limitées pour examiner et évaluer la performance des consultants. Il y a donc un besoin pour former plus d'experts dotés des compétences appropriées pour aider les pays en développement à relever les défis des programmes, nationaux et régionaux.

La plupart des pays africains ont des systèmes de chaîne d'approvisionnement complexes. Travailler dans ces contextes nécessite des compétences spécialisées acquises grâce à une formation sur mesure. Même si le cours n'est pas spécifique à un pays, les matériels de formation se concentrent sur les systèmes complexes de la chaîne d'approvisionnement en Afrique. Auparavant, des programmes de formation s'adressant aux lacunes en matière de formation GCA ont été élaborés et offerts, principalement en Afrique du Nord. L'approche PSA/EPN apporte une formation aux

personnes et travaille avec les participants dans leurs situations et contextes.

A ce jour, nous avons organisé avec succès des cours au Nigéria, en Ouganda et en Zambie. Le programme de formation a rassemblé des praticiens de la chaîne d'approvisionnement dans le secteur de la santé des pays tels que la Zambie, le Libéria, le Nigéria, le Malawi, la Somalie, le Burundi, la Côte d'Ivoire, le Botswana, le Zimbabwe, le Kenya et l'Ouganda. Chaque cours attire 25 à 30 praticiens de chaînes d'approvisionnement. Le mélange de conseillers techniques seniors, de gestionnaires de programmes, de logisticiens, de chercheurs, de professeurs seniors et d'étudiants a permis un partage de connaissances et d'expériences ainsi qu'un soutien mutuel pendant toute la durée du cours. La diversité des participants a contribué à établir des réseaux qui se sont avérés essentiels dans le domaine de consultance.



Participants et des professeurs, Formation des Consultants en PSA, Nigéria, du 8-13 Avril 2018

Les facilitateurs de notre programme, qui ont une riche connaissance et expérience, sont choisis parmi les meilleurs consultants en GCA du continent, les Ministères de la Santé et les Dépôts Centraux de Médicaments. La majorité de nos anciens participants sont devenus des consultants à part entière, et un certain nombre d'entre eux occupent actuellement des postes de direction dans les programmes de GCA.

Grâce à des recherches approfondies et à des consultations avec des experts dans le domaine,

nous avons identifié les défis qui ont un impact sur l'accès, la disponibilité et l'accessibilité financière



Une séance en petit groupe pendant une formation GCA

des médicaments. Les chaînes d'approvisionnement font face à des ruptures de stock importantes qui conduisent à un échec de la livraison des produits de santé essentiels jusqu'au dernier kilomètre là où ils sont attendus. Des gaspillages de produits de santé se produisent également en raison de l'expiration persistante et des processus sous-optimisés. Une forte implication des intrants/ressources avec une valeur d'investissement minimale et un faible potentiel de durabilité sont également un autre défi auquel font face les chaînes d'approvisionnement sur le continent.

Le contenu du cours que nous offrons dans notre programme se focalise sur les compétences de base en GCA, notamment :

- Développer, lire et comprendre un périmètre de travail
- Lire et comprendre un document technique
- Évaluer un système GCA, y compris des compétences analytiques de base
- La coordination des réunions techniques, y compris la gestion des participants difficiles
- La rédaction d'un document technique
- L'élaboration et la compréhension des notes conceptuelles
- Le développement et la mise en œuvre de plans stratégiques

- Le développement et la mise en œuvre de plans de travail

En plus de ce contenu du cours, nous visons également à intégrer des approches pratiques dans notre formation, telles que des visites de sites. Pendant un cours, les participants ont visité Medical Stores Limited (MSL) Zambie, où ils ont eu une visite guidée de l'entrepôt de MSL.

Là, ils ont appris de l'application logicielle EZICS (systèmes améliorés de contrôle des stocks zambiens) et comment il fournit une visibilité en temps réel de l'état des stocks dans les dépôts médicaux centraux et les établissements de santé. Ils ont également vu de première main comment les commandes des établissements de santé sont

acheminées à travers le système d'information de gestion logistique électronique open source, Open LMIS, lié au système d'inventaire et de comptabilité de l'entrepôt: L'intégration et l'interopérabilité des systèmes MACS et SAGE ont largement contribué à améliorer la gestion de la logistique de la chaîne d'approvisionnement en Zambie, et les participants ont expérimenté comment ces outils pouvaient fournir des solutions possibles aux défis de la chaîne d'approvisionnement dans leur propre pays.

Références

1. World Health Organization Regional office for Africa. *Polio 2020* [Available from: <https://www.afro.who.int/health-topics/polio>].
2. World Health Organization Regional office for Africa. WHO | *Leprosy: World Health Organization; 2020* [updated 2020-01-24 16:30:07. Available from: <https://www.who.int/lep/en/>].
3. Kamadjeu R. *The future of routine immunization in Africa*, Pan Afr Med J. 2017; 27(Suppl 3):1.
4. Kharsany ABM, Karim QA. *HIV Infection and AIDS in Sub-Saharan Africa: Current Status, Challenges and Opportunities*. Open AIDS J. 2016; 10:34-48.
5. World Health Organization Regional office for Africa, *The health of the people: what works – the African Regional Health Report*, WHO, 2014.
6. World Health Organization. *World malaria report 2018 Geneva: World Health Organization; 2019* [updated 2019-07-10 16:22:06. Available from: <https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2018/en/>].
7. Gouda HN, Charlson F, Sorsdahl K, Ahmadzada S, Ferrari AJ, Erskine H, et al. *burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990–2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet Global Health. 2019;7(10):e1375-e87.
8. Institute of Medicine (US) Committee on the Economics of Antimalarial Drugs, Kenneth J. Arrow, Claire Panosian, Hellen Gelband. *The Human and Economic Burden of Malaria. Saving Lives, Buying Time: Economics of Malaria Drugs in an Age of Resistance*. 7. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004.
9. Oleribe OO, Momoh J, Uzochukwu BSC, Mbofana F, Adebisi A, Barbera T, et al. *Identifying key challenges facing healthcare systems in Africa and potential solutions*. International Journal of General Medicine. 2019; 12:395-403.
10. Adua E, Frimpong K, Li X, Wang W. *Emerging issues in public health: a perspective on Ghana's healthcare expenditure, policies and outcomes*. EPMA Journal. 2017; 8(3):197-206.

11. Oleribe OO, Ezieme IP, Oladipo O, Akinola EP, Udofia D, Taylor-Robinson SD. *Industrial action by healthcare workers in Nigeria in 2013-2015: an inquiry into causes, consequences and control-a cross-sectional descriptive study*. Human resources for health. 2016;14(1):46.
12. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K. *Public spending on health care in Africa: do the poor benefit?* Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78(1):66.
13. Yadav P. *Health Product Supply Chains in Developing Countries: Diagnosis of the Root Causes of Underperformance and an Agenda for Reform*. Health Systems & Reform. 2015;1(2):142-54.
14. World Health Organization. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*.
15. WHO's Framework for Action Geneva: World Health Organization; 2007 [updated 2011-06-08 11:06:04. Available from:http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf. Anonymous. *An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems*. The Lancet. 2009;373(9681):2137-69.

EFFETS DES RESSOURCES HUMAINES PHARMACEUTIQUES SUR LA QUALITE DES SERVICES DE PHARMACIE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES DE LA CBCA AU KIVU

Isaac Muyonga, Communauté Baptiste au Centre de l'Afrique (CBCA), DRC

Contexte

La République Démocratique du Congo (RDC) est parmi les pays Africains qui connaissent une crise en matière des ressources humaines pour la santé. En effet, à cause l'instabilité politique depuis les années 1990 et l'insécurité chronique en milieu rural, les ressources humaines de toutes les catégories se concentrent en milieu urbain. Le Programme National de Développement Sanitaire pour la période allant de 2014 à 2020 reconnaît qu'il se pose un déséquilibre dans l'organisation des filières de formation et celui de la répartition équitable des personnels de santé, aussi bien entre les milieux ruraux et urbains qu'entre les structures sanitaires. Cette situation avait déjà été prédite en 2015 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) que les pays en développement connaîtront un manque d'environ 18 millions du personnel de santé (OMS, 2015). L'insuffisance en personnel pharmaceutique en RDC est due en partie à une persistance de la forte proportion de formation des ressources humaines dans la filière infirmière, ce qui a entraîné une surproduction de cette dernière catégorie au détriment des autres, en l'occurrence les Sagefemmes, les Techniciens de Laboratoire, les Pharmaciens et Assistants en Pharmacie, etc.

Les rapports de la Communauté Baptiste au Centre de l'Afrique (CBCA) avant de devenir membre du Réseau Pharmaceutique Œcuménique en 2006 renseigne qu'elle n'avait qu'un seul pharmacien et deux assistants en pharmacie pour 121 structures sanitaire. Actuellement, 150 sur 156 opérationnelles

n'ont pas des ressources humaines du domaine de la pharmacie. Les rapports reçus des structures sanitaires accusent une faible disponibilité des médicaments et des intrants essentiels dans les formations sanitaires suite à une faible capacité des formations sanitaires à assurer une meilleure gestion des médicaments et une insuffisance de tenue des outils de gestion du service de pharmacie au sein de l'hôpital. Dans cet état, il est difficile d'atteindre la qualité des soins souhaitée. L'Institut de Médecine aux Etats Unis définit cette qualité des soins comme un degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et à des populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et cela conformément aux connaissances professionnelles actuelles (Institute of Medicine, 2001).

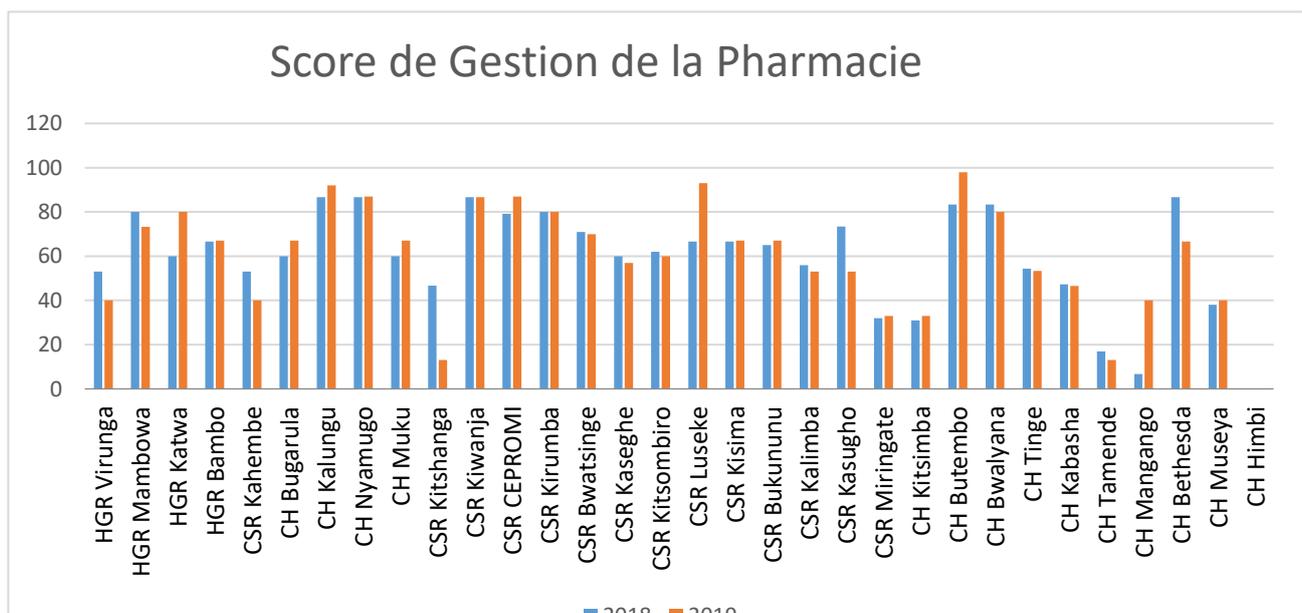
Ayant noté la nécessité des ressources humaines pour améliorer la qualité de soins, le Département de la Santé de la CBCA a souscrit à la mise en place des ressources humaines du domaine de la pharmacie depuis 2017. En effet, le personnel reste au centre du système de santé et la fourniture des soins de qualité ne peut aboutir sans ressources humaines pharmaceutiques. Cet article renseigne sur les performances des structures sanitaires dont les services de pharmacie sont tenues par un pharmacien et un assistant en pharmacie et celles tenues par un infirmier.

Méthodologie

L'étude évalue la qualité des soins dans les services de pharmacie de 32 établissements de santé parmi lesquels 4 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR), 11 Centres Hospitaliers(CH) et 17 Centres de Santé de Références (CSR). Elle compare les performances de 2018 à celles de 2019 dans les mêmes formations sanitaires. Dans le système de santé en RDC, les établissements de santé de cette catégorie sont dirigés par les médecins. La collecte des données a été réalisée dans les services de pharmacie et s'est focalisée sur les indicateurs mis en place pour suivre le fonctionnement du service et la gestion des médicaments et des autres intrants. Les données sont tirées des outils de gestion quotidienne du service de pharmacie.

En ce qui concerne la Gestion de stock des Médicaments Essentiels Génériques, les données concernent la définition et le respect du seuil d'alerte, la définition et le respect du stock de sécurité, le suivi de la concordance entre le stock réel et le stock théorique, le système de commande en cas d'alerte et le système de conservation appropriée pour les produits nécessitant une conservation particulière.

Quant à la Gestion du stock de la pharmacie vente, le suivi s'est focalisé sur les fiches de stock ou registres avec entrées et sorties, l'absence de rupture de stock, la concordance entre stock réel et stock théorique et l'absence de rupture de stock des médicaments traceurs. Les évaluateurs sont les superviseurs permanents du Département de la Santé. Les données des deux ans sont présentées dans un histogramme par structure sanitaire.



Cet histogramme présente les données de gestion de la pharmacie dans 32 établissements de santé de la CBCA sous la direction d'un médecin au Nord et Sud Kivu
Légende : HGR = hôpital général de référence ; CH=centre hospitalier ; CSR= centre de santé de référence

Résultats

Les établissements de santé dont le service de pharmacie est tenu par un pharmacien ou un assistant en pharmacie :

Parmi les 32 établissements de santé évalués, deux ont des services de pharmacie dirigés par un pharmacien et quatre par un assistant en pharmacie. L'Hôpital Général de Référence de Katwa (60% en 2018 et 80% en 2019) et le Centre Hospitalier Bethesda (86,7% en 2018 et 66,6% en 2019) ont chacun un service de pharmacie dirigé par un pharmacien. Dans la catégorie des formations sanitaires qui utilisent un assistant en pharmacie comme responsable de la pharmacie se trouve l'Hôpital Général de Référence de Mambowa (80% en 2018 et 73,3% en 2019), le Centre Hospitalier de Butembo (83,3% en 2018 et 98% en 2019), l'Hôpital Général de Référence de Virunga (53% en 2018 et 40% en 2019) et le Centre Hospitalier de Bugarula (60% en 2018 et 67% en 2019).

S'agissant des formations sanitaires dont le service de pharmacie est tenu par un infirmier ; parmi les 27 formations sanitaires dont le service de pharmacie dirigé par un infirmier, 16 ont un score supérieur à 50% et neuf un score inférieur à 50%.

Celles dont le score moyen est supérieur à 50% sont les suivants :

- l'Hôpital Général de Référence de Bambo (66,6% en 2018 et 67% en 2019),
- le Centre Hospitalier de Muku (60% en 2018 et 67% en 2019),
- le Centre Hospitalier de Nyamugo (86,6% en 2018 et 87% en 2019),
- le Centre Hospitalier de Kalungu (86,6% en 2018 et 92% en 2019),
- le Centre de Santé de Référence de Kiwanja (86,6% en 2018 et 2019),
- le Centre de Santé de Référence CEPROMI de Kanyabayonga (79,2% en 2018 et 87% en 2019),
- le Centre de Santé de Référence de Kirumba (80% en 2018 et 2019),

- le Centre de Santé de Référence de Bwatsinge (71% en 2018 et 70% en 2019),
- le Centre de Santé de Référence de Kaseghe (60% en 2018 et 57% en 2019),
- le Centre de Santé de Référence de Luseke (66,6% en 2018 et 93% en 2019),
- le Centre de Santé de Référence de Kitsombiro (62% en 2018 et 60% en 2019),
- le Centre de Santé de Référence de Kisima (66,6% en 2018 et 77% en 2019),
- le Centre de Santé de Référence de Bukununu (65% en 2018 et 67% en 2019),
- le Centre de Santé de Référence de Kalimba (56% en 2018 et 53% en 2019),
- le Centre de Santé de Référence de Kasugho (73% en 2018 et 53% en 2019),
- le Centre Hospitalier Bwalyana (83,3% en 2018 et 80% en 2019) et
- le Centre Hospitalier de Tinge (54,3% en 2018 et 53,3% en 2019).

La catégorie des formations sanitaires dont le score est inférieur à 50% est constituée de :

- Centre de Santé de Référence de Kitshanga (46,6% en 2018 et 13% en 2019),
- Centre Hospitalier Himbi (0% en 2018 et 2019%),
- Centre de Santé de référence de Kahembe (53% en 2018 et 40% en 2019),
- Centre Hospitalier de Kitsimba (31% en 2018 et 33% en 2019),
- Centre de Santé de Référence de Miringate (32% en 2018 et 33% en 2019),
- Centre Hospitalier de Museya (38% en 2018 et 40% en 2019),
- Centre Hospitalier de Tamende (0% en 2018 et 13% en 2019),
- Centre Hospitalier de Mangango (6,6% en 2018 et 40% en 2019)
- Centre de Santé de Référence de Kabasha (47,3% en 2018 et 46,6% en 2019).

Discussion

Formations sanitaires dont le service de pharmacie est dirigé par un pharmacien ou assistant en pharmacie

Les ressources humaines constituent une colonne vertébrale dans la mise en place de la qualité des soins. En effet, les outils tenus dans le service de pharmacie exigent une ressource humaine professionnelle. Les gestionnaires doivent recruter un personnel qualifié pour un service aussi exigeant comme la pharmacie. Hélas, cela n'est pas encore le cas dans la plupart d'établissements de santé de la CBCA. Sur les 32 concernées par l'évaluation, 6 seulement soit 18,7% ont des ressources humaines de qualité. La présence de cette main d'œuvre qualifiée est une étape importante à laquelle il faut ajouter d'autres composantes pour améliorer le service.

En effet, les exploits de Katwa sont liés à la présence d'un pharmacien dont l'équipe des collaborateurs directs est constituée de 5 assistants en pharmacie. Le Centre Hospitalier Bethesda utilise un pharmacien avec un seul assistant en pharmacie affecté au cours de l'année 2019. Le Centre Hospitalier de Butembo et l'Hôpital Général de Référence de Mambowa utilisent chacun un assistant en pharmacie avec un soutien de l'administration de l'institution. L'Hôpital Général de Virunga qui a deux assistants en pharmacie manque un soutien administratif, financier et de gestion de l'information. Cette situation affecte énormément sa performance. Il est évident que le processus de gestion des médicaments qui met en jeu une logistique importante afin d'apporter le médicament du fournisseur à celui qui le délivre finalement au patient exige une parfaite collaboration entre tous les intervenants (Pharmaciens Sans Frontières, 2004).

D'ailleurs le cycle de gestion des médicaments tel que prévu par l'OMS (<https://www.who.int/medicines/areas/access/supply/>) c'est-à-dire la sélection, la quantification la prévision, l'achat, le stockage, la distribution,

jusqu'à l'utilisation ne peut fonctionner qu'avec une administration agissante à chaque étape tenue par une ressource humaine de qualité.

Les établissements de santé dont le service de pharmacie est tenu par un infirmier/une infirmière

Au Nord et Sud Kivu, la plupart des services de pharmacie au sein des structures sanitaires sont tenus par des infirmiers(ères). En effet, les infirmiers suivent des cours de pharmacologies, mais cette formation ne donne pas les capacités suffisantes de gestion d'un service de pharmacie. Ils sont utilisés par défaut.

Néanmoins, face aux résultats de l'évaluation, l'on peut se demander s'il y a une différence entre la performance des services tenus par les infirmiers et ceux tenus par les pharmaciens ou assistants de pharmacie. Ces données présentent deux images. La première image est celle des services dont la performance moyenne est supérieure à 50%. En effet, cette performance est principalement due aux formations des infirmiers sur les tas par les bureaux des zones de santé avec le soutien des projets appuyés par la Banque Mondiale et l'Union Européenne. Les infirmiers formés tiennent normalement le circuit clinique des médicaments au sein de l'hôpital c'est-à-dire les phases de prescription, dispensation et administration ; et le circuit, logistique, concerne le médicament en tant que produit, c'est-à-dire de l'achat jusqu'à la délivrance dans l'unité de soins (Hanitra M., 2017). Toutefois, malgré la présence des partenaires internationaux, on note un cas isolé de Kasugho dont la contre-performance de 73% en 2018 à 53% en 2019 est le résultat de l'insuffisance administrative et l'instabilité du personnel formé. Par contre, les Centres Hospitaliers Bwalyana et Nyamugo qui n'ont pas des partenaires financiers respectent les normes établies et assainissent l'administration.

La deuxième image est celle des formations sanitaires dont la performance est inférieure à 50%. Certaines d'entre elles ont des infirmiers

non formés (Kitsimba, Mangango), d'autres accusent des failles administratives (Kitshanga, Kahembe, kabasha, Museya) et d'autres encore n'ont été créées que récemment (Tamende et Himbi).

Bien que les infirmiers ne soient pas des personnes indiquées pour la gestion du service de pharmacie selon les normes, le suivi et la formations sur le tas sont des approches éloquantes de l'amélioration de la performance des ressources humaines si l'administration joue son rôle. Pour que les ressources humaines ne sombrent dans la routine, le renforcement des capacités doit être permanent. En effet, la littérature scientifique est en perpétuelle évolution et la quantité d'information disponible croît de façon exponentielle. Face à l'évolution rapide des connaissances, le maintien des bonnes pratiques est primordial (Virginie Gardette, 2010, P.15.).

References

1. Hanitra Myriam Ratsimbazafimahefa, *Proposition d'un modèle de circuit du médicament dans les hôpitaux publics de Madagascar*, Médecine humaine et pathologie, Université Grenoble Alpes ; Université de Genève, 2017.
2. Institute of Medicine, *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC; National Academy Press; 2001.
3. Ministère de Santé Publique (2014), *Le Programme National de Développement Sanitaire pour la période allant de 2014 à 2020*, Kinshasa.
4. Organisation Mondiale de la Santé, *Médicaments essentiels et produits sanitaires, Approvisionnement en médicaments*. <https://www.who.int/medicines/areas/access/supply/>
5. Organisation mondiale de la santé (2015), *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs*, Sustainable Development Goals. Geneva.
6. Pharmaciens Sans Frontières Comité - International Unité Pharmaceutique Avril 2004, *GESTION DES MEDICAMENTS Module III*, http://psfci.acted.org/images/PSF_dossiers_pdf/guides_techniques/module3-gestion-medoc.pdf
7. Virginie Gardette (2010), *Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles*, Paris.

Conclusion

L'amélioration de la qualité des services de pharmacie dans les structures sanitaires de la CBCA dépend de deux composantes qui battent dans l'harmonie comme les ailes d'un oiseau : le personnel formé et l'administration. Si l'une de ses ailes est en panne, le service rendu à la population est de mauvaise qualité. En ce qui concerne les ressources humaines, la CBCA est en train de former trois étudiants comme assistants en Pharmacie avec l'appui du Réseau Pharmaceutique Œcuménique pour servir dans trois centres de santé de Référence (Kalungu, Kitshanga et Kirumba). Quant à l'administration, un suivi de proximité est à maintenir pour les performances acquises et relever les structures sanitaires qui sont en dessous de la moyenne.

POURQUOI LES ORGANISATIONS D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS DEVRAIENT INVESTIR DANS LE RENFORCEMENT DES CAPACITES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UNE PERSPECTIVE DE JMS

Emmanuel Higenyi, Directeur des Services Techniques, Joint Medical Stores

Joint Medical Stores (JMS) a un large mandat pour acheter, entreposer, distribuer et approvisionner les produits de santé aux établissements de santé confessionnels et autres prestataires de soins de santé. Ce mandat nécessite l'appréciation de la perspective de l'écosystème qui voit la chaîne d'approvisionnement comme un échange vivant et continu d'informations, des produits, des finances et des valeurs qui a lieu entre les organisations et les individus. Ceci implique l'application et le déploiement des technologies, et le traitement d'informations pour produire des résultats nécessaires pour amener les produits de leurs sites de production au point d'utilisation ou de consommation, à des niveaux appropriés, acceptables et durables d'efficacité, d'efficacité et de coût.

Atteindre les niveaux optimaux d'efficacité, d'efficacité et de coût tout au long de la chaîne d'approvisionnement nécessite des systèmes fonctionnels et réactifs, des ressources humaines compétentes, une gouvernance solide et des systèmes de gestion agiles. Avec cette compréhension, JMS a incorporé le renforcement des capacités des établissements de santé dans sa mission tant que produit livrable de haut niveau offert dans la stratégie de responsabilité sociale de l'entreprise et de durabilité de l'entreprise. L'objectif ultime du renforcement des capacités est d'améliorer le Système de Santé national en général, avec un accent particulier sur les établissements de santé confessionnels en Ouganda qui contribuent à environ 40% de production de soins de santé et une portion significative du produit intérieur brut sous forme de services.



Formation régionale pour les unités de santé membres dans la région Ouest de l'Ouganda. Les aspects de formations comprenaient la gouvernance des établissements de santé, le service client dans le cadre des soins de santé, et la gestion financière

JMS offre par conséquent des services de renforcement des systèmes aux établissements de santé pour bâtir un environnement favorisant et facilitant pour une gestion efficace et efficiente des différents types des ressources, y compris les produits médicaux. Le programme de renforcement des capacités des établissements de santé de JMS est multiface dans le domaine avec un double processus de prestation. En termes catégoriques, les domaines ciblent les processus importants des établissements de santé tels que la gouvernance des établissements de santé, le développement des ressources humaines, la gestion de la logistique, la gestion des ressources financières, le service client, la production et la prestation des services, et l'amélioration de la qualité. Ces processus sont nécessaires pour maintenir les établissements de santé viables afin de remplir leur mission, redonner de la valeur à leurs propriétaires et répondre aux attentes de la société. En termes de prestations, JMS utilise le mode –direct à l'établissement et le mode – dirigé par le Bureau, où dans le premier, l'unité de renforcement des capacités de JMS offre les formations directement aux établissements de santé, utilisant les approches didactiques, le mentorat et le coaching, alors que dans le deuxième, JMS travaille à travers les Bureaux Médicaux.

Concernant le renforcement des capacités Direct des établissements, le processus débute par une évaluation initiale pour identifier les lacunes, synthétiser les besoins et développer le plan d'intervention. A cet égard, JMS évalue les compétences au niveau des établissements de santé, et sur base de l'évaluation, les interventions de renforcement des capacités sont conçues et mises en œuvre. Ces interventions comprennent la formation générale, l'offre d'outils, et la conception d'un programme de suivi. La gouvernance des établissements de santé est essentielle pour assurer la surveillance et la redevabilité, y compris l'appropriation des finances et la priorisation des dépenses et des investissements. Le

développement des ressources humaines permet aux établissements de santé de mettre l'accent sur l'acquisition et le maintien du personnel adéquat pour la gestion de la logistique, ce qui est nécessaire pour assurer une planification, une communication et une gestion des stocks adéquates. La gestion financière est importante pour la gestion du flux de la trésorerie et pour éviter les dépenses non autorisées. La production et la prestation des services permettent aux établissements de santé d'élaborer d'une façon adéquate les plans stratégiques et opérationnels.



Au fil du temps, JMS a appris qu'investir dans le renforcement des capacités des établissements de santé améliore leur performance avec des effets positifs sur les opérations de JMS et la performance générale du secteur de la santé. En tirant partie du programme de renforcement de capacités de JMS, des initiatives de Bureaux Médicaux et d'autres stratégies d'amélioration du secteur, les établissements de santé confessionnels ont été en mesure d'améliorer significativement leurs pratiques de gouvernance, la gestion et optimisation des ressources, la gestion l'information, et la qualité des services. Cela a, à son tour, amélioré la planification, l'achat des produits et la logistique de JMS. L'amélioration de la performance des établissements de santé a aussi contribué positivement aux buts et objectifs du secteur concernant l'accès aux médicaments essentiels, la réduction des coûts et la minimisation des pertes, la qualité des soins et l'utilisation appropriée des médicaments.

ASPECT DE LA GESTION DES PRODUITS DE SANTE



M. Timothy Nyamache, technologue pharmaceutique, hôpital Jumuia, Kaimosi, Kenya.

Objectif

Cet article réfléchit sur divers aspects de la gestion des produits, y compris les défis majeurs rencontrés par les prestataires de soins de santé. Le top management peut également travailler sur les problèmes à souligner afin d'améliorer la qualité des services de santé au niveau des établissements. C'est une découverte personnelle de mes postes de travail précédents et actuels.

Introduction

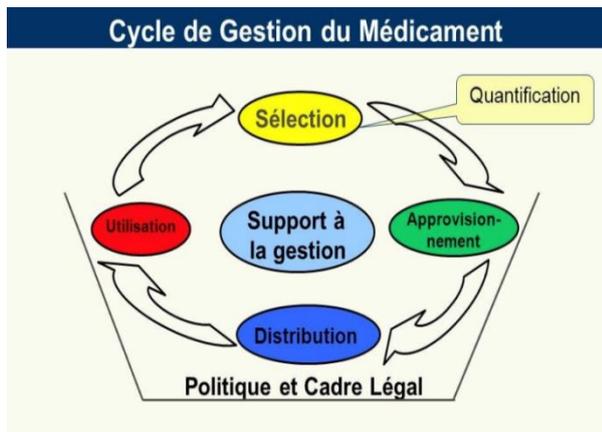
La gestion des produits de santé est au centre de l'offre de soins de santé à la population et englobe un contrôle approprié de tous les produits de santé, y compris les médicaments, les produits non pharmaceutiques et tous les dossiers impliqués dans la manipulation de ces produits. Une mauvaise

gestion des produits peut entraîner une mauvaise utilisation des produits, un gaspillage des ressources, le retrait des donateurs et la mort. Cet article examine les processus de gestion des produits de santé, les succès, les défis et les opportunités.

Cycle de gestion des produits pharmaceutiques

Un flux de processus de travail sur toutes les étapes de la gestion des produits doit être mis en place à partir de la sélection des produits jusqu'à leur utilisation, le tout soutenu par la politique nationale et le cadre juridique dans lesquels tout cela se déroule [1][2]. L'apport de l'expertise est nécessaire dans chacune des étapes suivantes afin de minimiser le gaspillage, éviter les duplications,

assurer une bonne qualité et surtout satisfaire les besoins des clients.



Défis

- Absence de politiques pour guider la sélection des produits et la commande au niveau des établissements. Ceci peut entraîner une duplication (stockage des mêmes articles), un gaspillage de revenus par expiration et une mauvaise gestion des services clients.
- Manque ou faible soutien dans la gestion, en particulier dans la disponibilité des équipements qui garantissent de bonnes conditions de ces produits, par ex. climatiseurs, thermomètres, échelles et bien d'autres. Cela affecte la qualité de ces produits car leurs conditions de stockage ne sont pas remplies, réduisant ainsi leur durée de conservation.
- Absence de procédures opérationnelles standards (POS) guidant chaque étape du cycle de gestion des produits et aidant les nouveaux membres à s'adapter au système. Chaque étape de la gestion des produits doit être guidée par des directives bien stipulées pour éviter les erreurs et les écarts.
- Manque de formation appropriée pour fournir des rapports et des outils de rapportage aux institutions pertinentes, y compris les donateurs, par exemple sur l'utilisation, la mauvaise qualité, les effets indésirables, etc.

- Paiement intempestif des fournisseurs, interférant ainsi avec la disponibilité continue des produits dans les établissements.
- Prise de décision non informée sur la santé et les produits de santé par ceux qui n'ont pas de formation médicale, en particulier au niveau de la direction. Cela conduit dans la plupart des cas à une mauvaise prise de décision, spécialement dans les aspects qui nécessitent des apports d'expertise.
- Intérêts biaisés dans des entreprises spécifiques dans la distribution ou la fourniture de produits. Cela met beaucoup de pression sur ceux qui participent à la sélection et à l'approvisionnement, affectant ainsi leur prise de décision.

Opportunités

Un certain nombre de prestataires de services de santé n'apprécient pas l'importance de processus appropriés de gestion des produits en raison de l'ignorance et d'une éducation insuffisante. Ce sera un grand avantage pour ces établissements si une institution se spécialise dans la l'offre d'une formation détaillée à ceux qui en ont besoin.

Succès

Une bonne gestion des produits a conduit aux avantages suivants :

- La documentation des processus simplifiés et des procédures opérationnelles standards a assuré l'efficacité et la confiance dans les opérations des établissements
- Amélioration de la redevabilité et de la transparence, en particulier dans l'achat de produits de santé.
- La pré-qualification des fournisseurs en fonction de la capacité, de la durabilité, de la qualité et du coût a contribué à garantir un approvisionnement régulier de ces produits.
- Les opérations informatisées ont permis une gestion aisée des stocks, une production aisée des rapports et une réduction du coût des opérations de travail.

- Des POS bien documentées ont réduit les erreurs de médication et d'autres erreurs, car le nouveau personnel s'adapte facilement aux opérations quotidiennes de l'établissement.

Résumé

Qu'est-ce qui peut mal fonctionner dans la gestion des produits si nous nous mettons ensemble et faisons correctement les choses ? La chose correcte dans ce cas signifie comprendre le cycle de gestion des produits, de responsabiliser notre personnel, en particulier ceux de la sélection et de l'approvisionnement.

Pour influencer la prise de décision, il est important de considérer des postes de direction pour les personnes ayant une formation médicale car elles

comprennent mieux la dynamique du cycle de gestion des produits et apprécient chacune des étapes impliquées. Il est également vital de dispenser une formation occasionnelle au personnel sur différents aspects de la gestion des produits afin de renforcer continuellement leurs capacités.

Références

1. WHO: Medicines supplies;
<https://www.who.int/medicines/areas/access/supply/en>
2. WHO: Supply and management of commodities;
<https://www.who.int/hiv/topics/vct/toolkit/components/supply/en>

DEFIS EXPERIMENTES EN RAISON DES CHANGEMENTS DANS LES PROTOCOLES DE TRAITEMENT ANTI-RETROVIRAL EN ZAMBIE

Marlon Banda, Saona Phiri-Ndhlovu, Macford Chandalala Morgan Phiri, Karen Sichinga, Association des Eglises pour la Santé de Zambie, Lusaka, Zambie

Résumé

En Zambie, plus de 1.070.000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont sous traitement antirétroviral [1]. Plus de 70% de ces patients prennent le Ténofovir, la Lamivudine et l'Éfavirenz (TLE), le régime ARV le plus couramment utilisé en Zambie pour les adultes et les adolescents. Récemment, le système de santé zambien a subi un certain nombre de changements en termes de protocoles de traitement du VIH avec l'introduction de schémas à base de Dolutégravir comme traitement de première intention privilégié. En juin 2018, sous le guide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres partenaires mondiaux de la santé, le ministère zambien de la Santé (MS) a introduit le Ténofovir, la Lamivudine et le Dolutégravir (TLD), et la fumarate de Ténofovir disoproxil, l'Emitricitabine et le Dolutégravir (TAFED) dans la prise en charge des patients avec VIH en remplacement de TLE. Ceci est associé à la formulation de protocoles de traitement qui garantiraient que les patients sont bien pris en charge conformément aux options de traitement les plus efficaces dans un effort pour parvenir au contrôle d'épidémie.

Peu de choses sont connues ou documentées sur les défis liés à la modification des protocoles de traitement des grands programmes nationaux. Cette étude a été menée en collaboration avec des prestataires de soins de santé pour comprendre leurs expériences. Cet article présente les résultats d'interviews qualitatives avec 9 prestataires de soins de santé dans les établissements de santé des églises et les gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement au niveau central. Dans l'ensemble, ils ont signalé des problèmes de

communication, de réponse des patients et de gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Introduction

Le Ministère de la Santé a été mandaté pour fournir une couverture sanitaire universelle en renforçant les systèmes de soins de santé en utilisant une approche intégrée des soins de santé communautaires et primaires. Parmi les piliers clés pour atteindre la couverture universelle, une gestion efficace et efficace de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé. Le Plan Stratégique National de Santé (PSNS) 2017-2021 donne des orientations pour atteindre la couverture sanitaire universelle et, dans le cadre du PSNS, le gouvernement met en œuvre la stratégie de la chaîne d'approvisionnement du système de santé (HSSCS) pour renforcer la quantification, l'achat, la coordination et la distribution des médicaments [2].

Les directives nationales de traitement du VIH fournissent en outre des orientations sur ce qui devrait être stocké dans le pays en termes de médicaments et de fournitures médicales. Les changements apportés aux directives de traitement doivent être communiqués en temps opportun aux responsables de la chaîne d'approvisionnement pour répondre en conséquence à ces changements. Une communication efficace entre les acteurs de la chaîne d'approvisionnement, les cliniciens et les patients est essentielle pour atteindre avec succès les objectifs de la prise en charge du VIH. Le changement des régimes thérapeutiques exige un haut niveau de coordination, une communication efficace et une éducation de toutes les parties prenantes dans le spectre des soins de santé.

Matériels et méthodes

Les données des prestataires de soins de santé ont été recueillies afin de faire ressortir les défis qui accompagnent les changements dans les protocoles de traitement. Des interviews ont été menées avec 9 prestataires de soins de santé entre février et mars 2020 pour comprendre leurs expériences.

Cadre et participants

L'étude a eu lieu dans les établissements de santé des églises soutenus par CHAZ. Il s'agissait de l'hôpital missionnaire de Mpashya, de l'hôpital missionnaire Chikankata, de l'hôpital missionnaire St Theresa, de l'hôpital missionnaire de Lubwe, de l'hôpital missionnaire St Margrates, de l'hôpital missionnaire de Katondwe, de l'hôpital missionnaire St Francis, de l'hôpital missionnaire Macha et de l'hôpital missionnaire Chikuni.

Procédures

Un échantillon de convenance de participants à l'étude a été recruté à travers un appel téléphonique des 89 établissements de santé des églises soutenus par CHAZ. Les participants potentiels ont été informés du but de l'étude et ceux qui ont accepté de participer ont procédé à l'interview.

Collecte de données et analyse

Un guide d'interview a été utilisé pour obtenir des informations sur les défis liés au changement des protocoles de traitement. Les informations collectées ont ensuite été codées pour résumer les données puis les analyser.

Résultats

Soixante-sept pourcent (67%) des participants des institutions de santé des églises étaient du personnel de pharmacie tandis que 33% étaient des agents cliniques. Au niveau central, 2 personnes ont été interviewées, un magasinier et un chargé d'approvisionnement. L'analyse des scripts d'entrevue a montré qu'un certain nombre de défis

ont été rencontrés en raison des changements dans les protocoles de traitement. Parmi eux figuraient la communication, la résistance de la part des patients et les défis liés à l'approvisionnement.

Soixante-sept pourcent (67%) des participants à l'étude ont indiqué que la communication des changements aux patients était un défi. Soixante-dix-huit pourcent (78%) ont déclaré que cela était en grande partie dû à un manque de connaissances car ils ne connaissaient pas vraiment les raisons du changement et ne comprenaient pas pleinement la science des médicaments nouvellement introduits. Ils ont également souligné que les changements fréquents et/ou l'introduction de nouveaux médicaments posait également un défi pour eux, car ils étaient censés comprendre les nouveaux protocoles avant même d'avoir pleinement compris les raisons des changements précédents. Citant le changement de TLE en TLD et TafED, la plupart des prestataires de soins de santé n'ont pas compris les critères d'éligibilité à la suite d'un certain nombre de changements apportés aux directives initiales, ce qui a causé quelque confusion chez les agents de santé et les patients qu'ils ont pris en charge.

La réaction des patients aux changements était variée - certains ont accepté le changement tandis que d'autres ne l'ont pas. Tous les participants à l'étude ont indiqué que les patients qui avaient lu ou fait des recherches sur les nouveaux médicaments étaient désireux de changer parce qu'ils avaient compris les avantages, tandis qu'une inertie négative était manifestée par la plupart des patients qui continuaient à croire que leur régime actuel était le meilleur. Soixante-sept pourcent (67%) des participants ont déclaré que la barrière linguistique a joué un rôle important dans la réponse des patients. La capacité ou l'incapacité des patients à comprendre les raisons du changement de leurs médicaments les a poussés à soit accepter volontairement ou soit à manifester une résistance. D'autres participants ont souligné qu'un retour en arrière a été observé chez des patients qui suivaient un régime particulier depuis longtemps et qui étaient stables. Bien que le prestataire de soins de

santé puisse fournir toutes les informations nécessaires concernant le changement, il a été difficile de convaincre un patient dont le traitement répondait bien et qui ne connaissait pas d'échec. Ces patients ont exprimé leur mécontentement car ils ne comprenaient pas pleinement pourquoi quelque chose qui fonctionnait bien était en cours de réparation. Les participants ont mentionné que, psychologiquement, des tels patients restaient "trop sensibles" à tout effet indésirable du médicament qu'ils pourraient ressentir en raison du nouveau régime, et que tout sentiment de malaise qu'ils avaient était attribué ou blâmé sur le nouveau médicament.

Les problèmes d'approvisionnement ont été signalés à la fois au niveau central et aux points de prestation de services (PPS). Ces défis consistaient à faire l'estimation de la demande (quantification), le stockage, la gestion des stocks et la distribution. Lorsqu'un nouveau médicament a été introduit, un système de poussée est généralement utilisé. L'estimation des quantités à fournir était effectuée de manière centralisée et cela ne tenait pas compte de la capacité des établissements à stocker les quantités supplémentaires. La mise en quarantaine des médicaments dont l'utilisation a été interrompue a également eu un impact sur l'espace de stockage disponible. Le gaspillage dû à l'expiration des médicaments qui avaient été abandonnés était élevé dans certains établissements. Les comprimés de Névirapine en sont un exemple. Cela s'accumulait dans certains établissements à l'approche de la date d'expiration. L'inertie des personnels de la santé à initier la mise en œuvre de nouveaux protocoles peut également contribuer au gaspillage à mesure que la durée de conservation des nouveaux médicaments diminue. L'estimation des quantités pour le réapprovisionnement a également été un défi pour la plupart des établissements, ce qui a entraîné des surstocks et des sous-stocks. Dans le cas du TLD et du TLE, où les deux schémas étaient encore utilisés, trouver un équilibre entre la quantité d'un médicament particulier à stocker était un défi particulier car la consommation des deux était

affectée par le taux de mise en œuvre. La préférence du prestataire ou du prescripteur est entrée en jeu lors de l'introduction de nouveaux protocoles. En raison de problèmes de renforcement des capacités, de sensibilisation ou de prise de conscience, les prescripteurs avaient tendance à s'en tenir à la voie la plus sûre de ce qu'ils utilisaient auparavant et connaissaient plutôt qu'à passer rapidement à un nouveau protocole. Dans la plupart des cas, les fiches des stocks n'étaient pas mises à jour à temps et, bien que la mise en œuvre des nouveaux protocoles ait commencé, les outils de rapportage étaient à la traîne. Il y a eu des cas où de nouveaux médicaments ou tailles de conditionnement ont été introduits et poussés vers les établissements, mais les outils d'enregistrement des stocks n'ont pas été mis à jour. Cela a rendu difficile pour les établissements de signaler les médicaments particuliers et des informations précieuses ont été perdues.

Au niveau central, l'expérience a montré qu'il y a toujours gaspillage de certaines formulations dans la chaîne d'approvisionnement car il n'y avait aucune garantie que les différents médicaments seront tous utilisés en même temps. Dans la plupart des cas, les nouveaux médicaments sont bloqués dans l'entrepôt pendant une longue période avant que la stratégie de mise en œuvre ne soit clairement définie. Dans le cas de TafED, les indications n'étaient toujours pas claires sur les installations qui seraient fournies avant qu'il y ait suffisamment de stocks dans le pays.

Discussion

C'est toujours d'un équilibre délicat de gérer l'offre et la demande de la chaîne d'approvisionnement, car il est nécessaire de s'assurer que l'ampleur de l'élimination progressive d'une ligne de produits correspond à celle de l'autre sans interruption de la disponibilité des produits. Et cela vaut aussi bien pour les achats que pour les commandes. Les problèmes en aval tourneront autour des gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement qui comprendront les changements dans le protocole, s'assurant qu'ils commandent des quantités

suffisantes des nouveaux schémas tout en s'assurant qu'ils éliminent progressivement l'ancien schéma sur une échelle mobile équilibrée. En ce qui concerne la mise à niveau dans l'utilisation du TLD, il existe une menace d'expiration du TLE tandis qu'une rupture de stock de TLD est anticipée, car la consommation de TLE diminue et celle de TLD augmente considérablement.

Limites

Ces résultats doivent être considérés à la lumière d'un certain nombre de limites de l'étude. La taille de l'échantillon était petite en raison des contraintes de temps pour la mise en œuvre. Les outils de collecte utilisés sont hautement subjectifs et la rétroaction dépend du répondant et de la façon dont il a compris les questions.

Références

1. Health Sector Supply Chain Strategy and Implementation Plan 2019-2021
2. 2018 Zambia Consolidated Guidelines for Treatment and Prevention of HIV infection
3. 2020 Zambia Consolidated Guidelines for Treatment and Prevention of HIV infection
4. World Health Organization, *Transition to New HIV Treatment Regimens- Procurement and Supply Chain Management Issues*, March 2014.
5. TLD Transition Steering Committee Meeting Minutes-June 2018
6. MOHs TLD Transition Process and Orientation -Feb 2019

Conclusion

Les directives consolidées de la Zambie ont été mises dans but de réduire le coût de mise en œuvre en améliorant les résultats des patients en temps opportun et en réduisant le coût des médicaments. Ces gains ne peuvent être réalisés que si les avantages sont compris de manière opportune et rentable dans tout le continuum des soins de santé. L'éducation des prestataires de services et des patients est essentielle pour parvenir à un changement positif dans la mise en œuvre de nouvelles stratégies de prise en charge du VIH. Les acteurs de la chaîne d'approvisionnement et les cliniciens ont besoin de plus d'interaction, principalement en ce qui concerne le calendrier et l'échelle de mise en œuvre. Cela réduira les incertitudes dans l'ensemble du processus et conduira à la réalisation des objectifs visés, tout en évitant le gaspillage.

ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA DISTRIBUTION ET DE L'UTILISATION DE MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDES À LONGUE DUREE D'ACTION SUR LES CAS DE PALUDISME DANS LA PROVINCE EST DE ZAMBIE

Marlon Banda, Macford Chandalala, Saona Phiri Karen Sichinga, Mapeesho Kamayani, Doris. Y. siyanga, Jim Mwandia, Association des Eglises pour la Santé de Zambie, Lusaka, Zambie

Contexte

La Zambie a adopté la stratégie d'utilisation de la moustiquaire à la fin des années 90. Depuis son adoption, il y a eu un effort délibéré pour mettre à niveau l'intervention. Cela a été fait grâce à l'élaboration de la politique de distribution de masse entre 2001 et 2005 ^[1]. La politique a été adoptée au début de l'année 2001. L'intervention des moustiquaires imprégnée à longue durée (MILDA) est devenue l'une des principales stratégies de lutte antivectorielle mises en œuvre dans un paquet intégré avec la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations (PIH) dans le plan stratégique national de lutte contre le paludisme (NMSP) 2001-2005 avec des objectifs opérationnels de trois (3) moustiquaires par ménage et des objectifs d'utilisation de 80% chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ^[2].

Lorsque les MILDA sont utilisées à grande échelle, elles se sont avérées être un outil d'intervention de santé publique rentable pour le contrôle et la prévention du paludisme dans la plupart des pays endémiques au paludisme. Une revue de la littérature indique que la couverture universelle des MILDA et une utilisation adéquate peuvent réduire l'incidence du paludisme clinique jusqu'à 50% dans les zones d'endémie palustre. Chez les enfants de moins de 5 ans, les MILDA offrent jusqu'à 55% d'efficacité protectrice dans la prévention de la mortalité liée au paludisme ^[3]. Une protection totale de la communauté est possible lorsque la couverture universelle est atteinte et qu'au moins

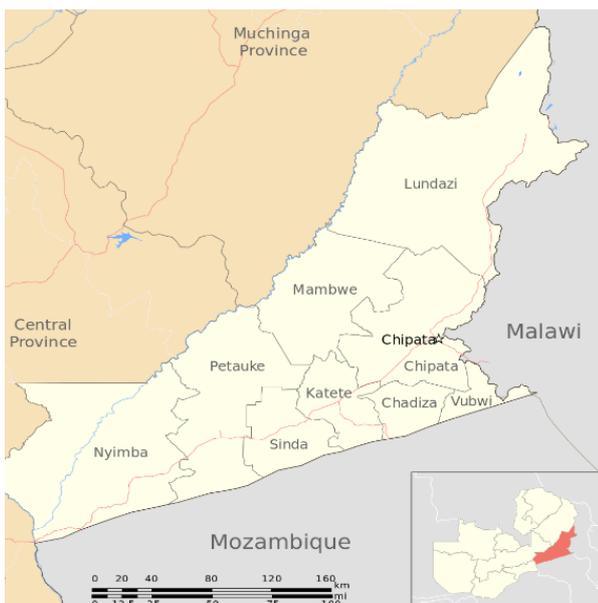
80% des moustiquaires sont utilisées par les ménages.

En 2017, la Zambie a révisé la stratégie nationale de lutte contre le paludisme pour promouvoir le programme d'élimination avec l'objectif d'éliminer le paludisme en 2021 ^[4]. Le plan d'élimination a mis l'accent sur la distribution de MILDA et la PIH comme interventions clés pour parvenir à l'élimination du paludisme. Dans la même année, les MILDA ont été distribuées à tous les ménages en Zambie. Avant la distribution des MILDA, un exercice d'enregistrement des ménages a été réalisé. Sur base de ce recensement, des listes de ménages avec le nombre total de membres de la famille ont été générées et le nombre de moustiquaires qu'un ménage devrait recevoir a été déterminé. Les personnels des districts et des établissements de santé, y compris les volontaires communautaires, ont été formés aux processus de distribution de MILDA et à l'éducation sanitaire. Dans la plupart des communautés, des moustiquaires ont été distribuées à des points fixes désignés avec l'aide de leaders communautaires locaux engagés pour contrôler les foules et assurer l'appropriation de la campagne par la communauté.

À la fin de la distribution de masse de janvier à mars 2018, un total de 1.061.209 moustiquaires avait été distribué, soit une couverture globale de 82%. Cela s'est traduit par 1.910.177 personnes protégées. La distribution des MILDA a été effectuée conformément aux directives nationales qui stipulaient qu'une moustiquaire de lit devait être distribuée à 1,8 personne ^[5].

Méthode

L'étude a été menée dans la Province de l'Est, l'une des dix provinces de la Zambie. Cette province se situe entre le fleuve Luangwa et les frontières avec le Malawi à l'est et le Mozambique au sud, depuis Isoka au nord-est au nord de Luangwa au sud. La capitale provinciale est Chipata. La province de l'Est a une superficie de 51.476 km² et partage des frontières provinciales avec trois autres provinces du pays. La province est divisée en quatorze districts à savoir; Districts de Chadiza, Chasefu, Chipata, Chipangali, Katete, Kasenengwa, Lundazi, Lusangazi, Lumezi, Mambwe, Nyimba, Petauke, Sinda et Vubwi. La province de l'Est compte au total 322 établissements de santé, classés selon les niveaux de soins, comprenant 1 hôpital de deuxième niveau, 11 centres de santé urbains, 163 centres de santé ruraux et 137 postes de santé.



Selon le rapport de recensement de 2010, la province a enregistré la plus forte population rurale de 1.392.338 personnes parmi toutes les dix provinces du pays. La taille moyenne des ménages était de 5,2, les familles dirigées par des femmes étant de 4.3 et 5.5 pour les familles dirigées par des hommes [6]. Le principal objectif de l'étude était d'évaluer l'impact de la distribution et de l'utilisation de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action sur les cas de paludisme dans la Province Orientale de la Zambie.

Type d'étude et collecte de données

Une étude documentaire rétrospective a été menée sur les cas de paludisme signalés à l'aide du système national de notification sanitaire de district (DHIS 2). Les données collectées étaient des cas de paludisme cumulés et ont été combinées pour les moins de 5 ans et plus de 5 ans. Les données de 2017 ont été utilisées comme informations de base avant la distribution de masse des MILDA en vue de les comparer avec les 2 années suivantes après le déploiement des MILDA comme mesure lutte antivectorielle.

Étant donné que les données n'étaient pas normalement distribuées, le test des rangs signés de Wilcoxon a été utilisé pour tester s'il n'y avait pas de différence dans le nombre de cas de paludisme entre 2017 (référence avant intervention) et 2019 un an après la distribution de masse des MILDA. L'hypothèse était qu'il n'y avait pas de différence dans les cas de paludisme aux deux intervalles. Ho : $X_{2019} = X_{2017}$, HA : $X_{2019} \neq X_{2017}$

Résultats

L'étude documentaire a établi une réduction remarquable des cas de paludisme à tous les âges, comme l'illustre la figure 1. Ces observations renforcent le fait que l'utilisation de moustiquaires a des effets positifs à travers à la réduction des cas de paludisme.

Figure 1

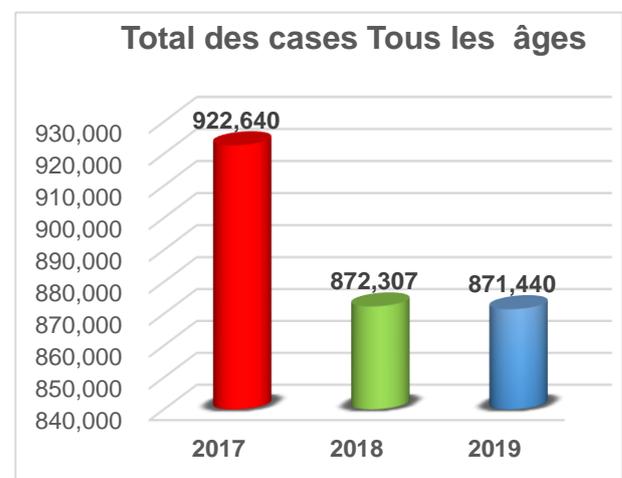
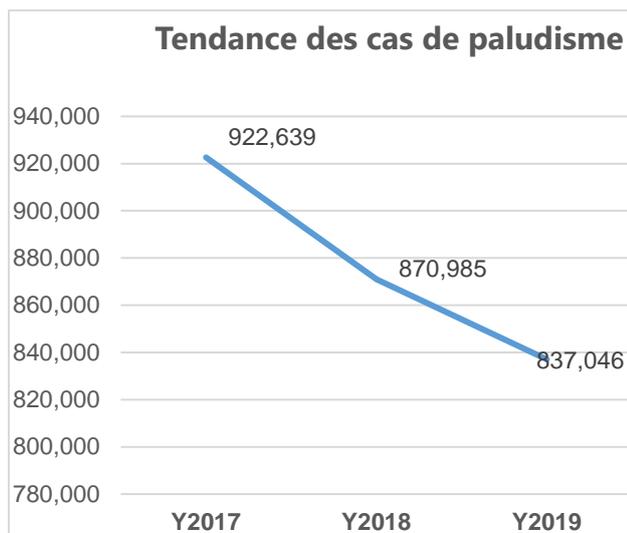


Figure 2



En outre, l'étude note qu'il y avait une tendance à la baisse des cas de paludisme à partir de 2018 peu après la distribution de masse de MILDA jusqu'en 2019. La base de référence de cette étude était 2017 lorsque la campagne de masse de MILDA n'avait pas encore été menée. Le pourcentage de réduction du nombre total de cas de paludisme en 2019 par rapport à 2017 était de 9%, comme indiqué dans la figure 2.

Un test des rangs signés de Wilcoxon a été utilisé pour tester s'il n'y avait pas de différence dans le nombre de cas de paludisme entre 2017 (base de référence avant l'intervention) et 2019 un an après la distribution de masse des MILDA. Le résultat a montré une valeur-p de 0,0116 qui était statistiquement significative à 95% de confiance avec un z-score négatif de 2,523. Les résultats signifient que nous avons rejeté l'hypothèse nulle d'absence de différence et conclu que la distribution de masse de MILDA de CHAZ a contribué à la réduction des cas de paludisme entre 2017 et 2019.

Résultat

La réduction du nombre de cas de paludisme après la distribution des MILDA suggère que l'utilisation des MILDA est l'une des stratégies efficaces pour prévenir le paludisme et peut être attribuée à avoir contribué de manière significative à la réduction des cas de paludisme.

Limites de l'étude

Cette étude ne peut pas seulement attribuer la réduction des cas de paludisme à la distribution de

```
. signrank Y2019= Y2017
Wilcoxon signed-rank test
```

sign	obs	sum ranks	expected
positive	126	17491	21097.5
negative	164	24704	21097.5
zero	0	0	0
all	290	42195	42195

```
unadjusted variance 2042941.25
adjustment for ties -2.00
adjustment for zeros 0.00
adjusted variance 2042939.25

Ho: Y2019 = Y2017
z = -2.523
Prob > |z| = 0.0116
```

masse des MILDA au début de 2018 car d'autres interventions telles que le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes et la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations pouvaient également avoir contribué à la réduction de la morbidité du paludisme dans la Province de l'Est. Le type d'étude utilisé n'a pas saisi la contribution de chaque intervention de manière indépendante.

Conclusion

Afin de pérenniser ces progrès, une sensibilisation et un maintien réguliers de la couverture universelle sont nécessaires pour maintenir la couverture et l'utilisation optimales de MILDA dans la population, en particulier les groupes à risque tels que les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Références

1. Masaninga, Freddie & Mukumbuta, Nawa & Ndhlovu, Ketty & Hamainza, Busiku & Wamulume, Pauline & Chanda, Emmanuel & Banda, John & Mwanza-Ingwe, Mercy & Miller, John & Ameneshewa, Birkinesh & Mnzava, Abraham & Kawesha-Chizema, Elizabeth. (2018). Insecticide-treated nets mass distribution campaign: Benefits and lessons in Zambia. *Malaria Journal*. 17. 10.1186/s12936-018-2314-5.
2. Raghavendra, K., Chourasia, M.K., Swain, D.K. et al. Monitoring of long-lasting insecticidal nets (LLINs) coverage versus utilization: a community-based survey in malaria endemic villages of Central India. *Malar J* 16, 467 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12936-017-2117-0>
3. National Malaria Elimination Centre (NMEC): (2018) 'National Malaria Indicator Survey', NMEC, Lusaka, Zambia.
4. Ministry of Health (2019) 'The 2018 List of Health Facilities in Zambia, Ministry of Health Zambia,' MOH: Lusaka, Zambia.
5. National Malaria Elimination Centre (NMEC): Mid-Term Review of the National Malaria Elimination Strategic Plan (2017–2021) Draft Report (2019)
6. Zambia Statistics Agency (2020) 'Population and Demographic Projections 2011 – 2035,' Zambia Statics Agency, Lusaka, Zambia.

Remerciements

- Ministère de la Santé-Zambie
- Association des églises pour la santé en Zambie (CHAZ)
- Le Fonds mondial de lutte contre le VIH/Tuberculose et le Paludisme
- Against Malaria Foundation
- Centre National d'Élimination du Paludisme (NMEP)
- Ministère de la Santé de la Zambie, Bureau de la santé de la province orientale (EPHO)



**P.O. Box 749-00606,
Nine Planets Apartments, Saturn Block, 4th Floor, Suite #9,
Kabarnet Road | Nairobi | Kenya.**

**Tél: +254 724 301 755 | Email: info@epnetwork.org
www.epnetwork.org**