La sous-traitance du transport des médicaments pour améliorer la santé de la population au dernier kilomètre - Une étude de cas

Sommaire

A cause de la vaste superficie et de l'infrastructure médiocre d'une grande partie de l'Afrique subsaharienne, il est nécessaire de disposer de véhicules fiables pour distribuer les médicaments essentiels aux centres de santé ruraux. Lorsqu'un transport n'est pas disponible ou est insuffisant, des ruptures de stock de vaccins, d'antirétroviraux (ARV) et d'autres produits d'importance vitale ont lieu. L'impact de ces ruptures de stock est significatif : la santé des patients s'en ressent, la confiance dans le système de santé s'érode et les objectifs mondiaux en matière de santé publique restent hors d'atteinte. En outre, les coûts gouvernementaux s'accroissent lorsque les soins des patients sont interrompus. Pour répondre à la fréquence croissante des pénuries et des ruptures de stock, une résolution a été approuvée lors de l'Assemblée mondiale de la santé de 2016, demandant instamment au Directeur général, aux États membres de l'OMS et aux parties prenantes pertinentes de s'attaquer aux pénuries et aux ruptures de stock de médicaments et de vaccins, y compris par le biais des bonnes pratiques de distribution.[1]

Une résolution a été approuvée lors de l'Assemblée mondiale de la santé de 2016, demandant instamment au Directeur général, aux États membres de l'OMS et aux parties prenantes pertinentes de s'attaquer aux pénuries et aux ruptures de stock de médicaments et de vaccins.

Comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la plupart de la population du Mozambique vit dans des régions rurales. Les produits médicaux destinés aux communautés, parfois très isolées, sont transportés à partir d'entrepôts situés loin des installations d'entreposage des districts. Malgré des améliorations significatives des chaînes d'approvisionnement au cours des dernières années, les niveaux infranationaux du système de santé manquent toujours de véhicules adéquats et de capacité logistique pour appuyer une distribution de routine.[2] L'ajout de nouveaux vaccins et l'expansion des critères de traitement pour le VIH vont encore renforcer la pression sur les chaînes d'approvisionnement.[3]

Les autorités provinciales de la santé dans la Province de Tete, au Mozambique, avec l'appui de VillageReach et de Médecins Sans Frontières (MSF), travaillent pour établir un approvisionnement fiable des produits médicaux en évaluant l'utilisation de la sous-traitance et son intégration aux niveaux inférieurs de la chaîne d'approvisionnement. Cette initiative combine l'expérience de VillageReach dans le domaine du renforcement des

chaînes d'approvisionnement au dernier kilomètre, l'expérience de MSF à assurer la disponibilité des ARV et les ressources techniques et financières du secteur privé pour satisfaire les besoins des populations des communautés isolées et d'accès difficiles.

Le présent document résume les circonstances entourant l'opportunité d'une sous-traitance, le processus qui a été entrepris et les résultats d'une évaluation des six premiers mois de fonctionnement. Il présente les avantages potentiels de la sous-traitance : 1) la disponibilité accrue ; 2) l'efficacité accrue ; 3) la meilleure collecte des données et un meilleur rapportage ; et 4) la confiance accrue dans le système sanitaire. Finalement, le présent document précise les prochaines étapes et les facteurs à considérer par les autorités gouvernementales qui s'intéressent à la sous-traitance comme solution pour améliorer le transport des vaccins et d'autres médicaments essentiels.

Le long cheminement vers la santé

Lorsque les vaccins, les ARV et les autres produits de santé sont livrés directement aux centres de santé en temps et en quantités correctes, le personnel de santé peut rester sur le site pour traiter les patients au lieu de devoir se déplacer jusqu'à l'échelon supérieur de la chaîne d'approvisionnement pour aller chercher les produits. Aujourd'hui, de nombreux Ministères de la santé se démènent pour trouver les compétences spécialisées et le capital afin de maintenir une fonction de transport fiable avec des ressources financières bien établies, en particulier aux niveaux inférieurs de la chaîne d'approvisionnement. Malgré le fait que les vaccins feraient partie des meilleurs investissements dans le domaine de la santé, chaque dollar investi rapportant plus de 16 dollars EU en avantages économiques,[4] un quart des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire-tranche inférieure rapportait des ruptures de stock de vaccins au niveau des districts en 2014.[5] De même, les ruptures de stock d'ARV semblent être plus fréquentes dans les pays d'Afrique subsaharienne, où se trouvent 70 pour cent des personnes vivant avec le VIH dans le monde entier.[6] Les délais pour le lancement de traitement aggravent les problèmes d'adhésion au traitement et accroissent les interruptions des traitements antirétroviraux, ce qui entraîne à son tour un échec du traitement, des infections opportunistes et la mort.[7, 8, 9, 10]

> *« Je me suis retrouvée une fois sans mes ARV pendant deux semaines. Personne dans le centre de santé n'a trouvé d'autre solution pour moi et je suis donc rentrée chez moi les mains vides et désespérée. Je sais que sans mes médicaments le virus va se multiplier dans mon corps et je vais tomber malade . . . [cela] me force à parcourir de longues distances à pied pour me rendre à maintes reprises au centre de santé. »*
>
> — Une patiente recevant un traitement antirétroviral dans la Province de Tete, au Mozambique.

L'accès difficile aux communautés rurales en Afrique subsaharienne est un obstacle majeur à la prestation des soins de santé les plus élémentaires. Les centres de santé desservant les communautés rurales sont souvent situés à une distance considérable des entrepôts de district et de région qui les approvisionnent. Dans d'autres contextes, la réduction du nombre de niveaux d'entreposage dans le système s'est avérée améliorer la disponibilité des médicaments.[11,12] Néanmoins, de nombreuses chaînes d'approvisionnement dans les pays à faible revenu sont complexes et comportent des niveaux multiples, le flux de données provenant des niveaux périphériques étant limité et/ou lent pour informer de façon satisfaisante la planification de l'approvisionnement.[13] Les véhicules opérant dans les régions rurales sont soumis à des conditions d'utilisation hostiles et sont souvent hors service à cause d'un entretien médiocre et de la lenteur des systèmes d'approbation des réparations et des remplacements de pneus par exemple. Par conséquent, une sous-traitance à des fournisseurs logistique tierce partie (3PL) est de plus en plus envisagée pour améliorer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et permettre aux Ministères de la santé de se focaliser sur les fonctions de base liées à la prestation des soins cliniques.

L'opportunité pour une sous-traitance du transport dans la Province de Tete au Mozambique

Le Mozambique est un vaste pays avec 35 000 kilomètres de routes, dont près de 80 pour cent ne sont pas revêtues. Plus de la moitié des Mozambicains doivent marcher pendant une heure ou plus pour atteindre le centre de santé le plus proche et, en outre, les ruptures de stock sont fréquentes. Les conditions routières à l'extérieur des villes peuvent être dangereuses et, au cours de la saison des pluies, il est possible que la plupart des routes soient impraticables. Cette insuffisance de l'infrastructure accroît l'usure des véhicules, ce qui a un impact à la fois sur la fiabilité et le coût de la livraison. Le Ministère de la Santé supervise l'utilisation des véhicules gouvernementaux par le biais de fonctions spécialisées de gestion du parc automobile à la fois aux niveaux national et provincial. Toutefois, au niveau des districts, il existe peu de pratiques officielles de gestion du parc automobile, ce qui entraîne des défis qui incluent :

Une pénurie chronique de véhicules. De nombreux districts n'ont pas accès aux véhicules pour la distribution et doivent utiliser des ambulances ou d'autres véhicules pour distribuer des produits médicaux.

Peu de personnel d'appui logistique. La plupart des districts n'ont pas de personnel qui se consacre à la planification logistique ou à la gestion de l'infrastructure de transport.

Une planification limitée. A cause de la pénurie de véhicules et de personnel logistique, une planification optimisée de la logistique est presque impossible, l'utilisation des véhicules étant basée sur la demande immédiate ou les besoins ad hoc. Par conséquent, les agents de santé utilisent souvent leur temps et leur argent personnel pour aller chercher les produits.

Reconnaissant ces problèmes et les autres défis, un plan national ambitieux (Le Plan stratégique de logistique pharmaceutique PELF, en portugais) visant à restructurer l'ensemble des systèmes de la chaîne d'approvisionnement a été conçu par le Ministère de la Santé. Le plan inclut davantage d'autonomie pour la pharmacie centrale (CMAM, en portugais), une réduction des niveaux d'entreposage dans la chaîne d'approvisionnement et une préférence pour la sous-traitance du transport.[14]

Province de Tete, au Mozambique

Districts de la Province de Tete dans lesquels la TSS est mise en œuvre*

*Au début du projet, les trois districts de Moatize, Changara et Mutarara ont été subdivisés et sont devenus cinq districts avec l'ajout de Doa et de Marara.

La Division provinciale de la santé (DPS, en portugais) dans la Province de Tete, dans le nord du Mozambique, examine comment aborder ses propres défis de distribution dans le contexte de ce nouveau plan. La Province de Tete a une population de 2,6 millions d'habitants. Son infrastructure sanitaire est médiocre : 53 pour cent seulement des enfants sont complètement vaccinés,[15] le taux de prévalence du VIH est de 7 pour cent[16] et il y a seulement un docteur pour environ 30 000 habitants—une des proportions les plus faibles du monde. Plus de 40 pour cent des centres de santé ont subi une rupture de stock d'ARV ou de médicaments antituberculeux[17] au cours de deux périodes de référence distinctes en 2015 et près de la moitié des centres de santé était en rupture de stock pour au moins un vaccin.[18]

A cause de son expérience dans le cadre de la conception des systèmes de la chaîne d'approvisionnement et de l'appui logistique au Mozambique, les autorités sanitaires de la Province de Tete ont invité VillageReach à fournir une assistance technique pour améliorer la disponibilité des vaccins dans l'ensemble de la province. Dans le système précédent, la DPS aurait livré les produits de santé aux districts et ensuite les districts auraient été responsables pour leur livraison aux centres de santé. Toutefois, les contraintes de capacité conduisaient souvent à un calendrier de livraison imprévisible, ce qui entraînait des ruptures de stock. La DPS et VillageReach ont introduit la Solution des services de transport (TSS, en anglais) à la fin de 2015 pour distribuer les produits de santé directement de la province aux centres de santé, en commençant avec les districts de Moatize, de Changara, de Doa, de Marara et de Mutarara.[19]

La TSS a été conçue pour établir un approvisionnement mensuel fiable des vaccins en introduisant un prestataire du secteur privé percevant une rémunération pour ses services. Au cours des réunions de planification initiales, les administrateurs de la province et des districts ont manifesté un vif intérêt pour aborder les lacunes importantes en ce qui concerne l'accès à d'autres produits tels que les antirétroviraux. Médecins Sans Frontières, un intervenant important pour assurer l'accès au traitement du VIH dans la Province de Tete, est devenu un partenaire et a appuyé l'ajout des ARV au plan de distribution initial.

Un partenariat bien défini avec multiples parties prenantes

Plusieurs facteurs ont contribué à la mise en œuvre d'une opération de sous-traitance du transport couronnée de succès dans la Province de Tete. Premièrement, l'initiative a renforcé les objectifs nationaux tels qu'exposés par le PELF. Deuxièmement, l'autorité sanitaire provinciale était progressiste et ouverte à l'inclusion du secteur privé en tant que partie d'une solution. Cela était dû en partie au fait que de nouveaux prestataires de transport locaux opéraient dans la Province de Tete à cause de l'essor du secteur d'extraction dans la région. (Il était fortement souhaité de fournir une opportunité à une organisation locale plutôt qu'à une multinationale.) Troisièmement, bien que le plan à long terme a toujours été que le gouvernement gère le 3PL pour assurer la viabilité, il a été reconnu qu'une assistance technique était nécessaire pour établir ce nouveau concept, surveiller son efficacité et documenter les coûts. Une assistance technique était également nécessaire pour aider à renforcer la capacité interne à la fois du prestataire du transport et de l'autorité sanitaire provinciale à gérer ces nouvelles relations. VillageReach et Médecins Sans Frontières travaillent dans le pays depuis plus d'une décennie et ont des rapports solides avec le gouvernement. Finalement, les produits inclus dans l'accord initial – les ARV et les vaccins – étaient disponibles dans le pays et garantis par les bailleurs de fonds.

Les intervenants clés et leurs rôles

DPS

- Gestion du projet
- Manutention des médicaments (livraison/ récépissé)
- Surveiller les inventaires et soumettre les demandes de changement de fret au besoin

VillageReach

- Supervision générale
- Appui technique
- Élaboration des rapports opérationnels
- Appui financier

3PL local
Confianca Absoluta

- Chargement, déchargement et transport
- Collecte des données logistiques aux centres de santé
- Capture des données dans le système

MSF

- Supervision de la collecte et de l'analyse des données sur les ARV
- Gestion du programme permettant aux patients de rapporter les ruptures de stock par téléphone
- Appui financier

Afin d'identifier le 3PL adéquat, une demande de propositions (DP) a été développée en examinant les besoins de transport dans chaque district. Comme le premier appel d'offres du gouvernement n'avait résulté qu'en un seul entrepreneur qualifié, la DP a été publiée de nouveau et un entrepreneur qualifié supplémentaire a été identifié. Les soumissions ont été examinées par la DPS et un 3PL local appelé « Confianca Absoluta » a été sélectionné.

VillageReach, le gouvernement provincial et le 3PL ont développé un accord tripartite pour décrire les rôles et les responsabilités au cours de la première année de l'initiative. Actuellement, VillageReach fournit l'administration du contrat et surveille la qualité et la performance de distribution du 3PL. La DPS est responsable de la cogestion du contrat et de la supervision, elle s'assure que les produits soient disponibles et prêts à être transférés au 3PL. Les principales activités du 3PL incluent le chargement au dépôt médical provincial (DPM) de Tete, la distribution et le transport aux centres de santé, le déchargement aux centres de santé et l'enregistrement de l'information sur le stock et sur l'équipement de la chaîne du froid dans chaque centre de santé. MSF fournit à la fois un appui financier pour la distribution des produits de traitement du VIH et un appui technique de suivi et d'évaluation.

Une fois le 3PL choisi, un consultant d'Imperial Health Sciences (IHS) a examiné les opérations du 3PL et recommandé de commencer avec un nombre limité de districts pour démontrer le succès avant d'accroître les opérations à la moitié de la province. VillageReach a effectué une formation approfondie du personnel de la DPS aux niveaux de la province, des districts et des centres de santé. La formation initiale a été focalisée sur les protocoles adéquats pour la collecte des données et l'établissement des rapports ainsi que sur les rôles et les responsabilités spécifiques tels que décrits dans le protocole d'accord. Cela a aidé la DPS à assurer que le 3PL pouvait effectuer la tâche conformément aux normes requises.

L'équipe combinée de VillageReach/DPS a travaillé avec le 3PL pour développer de nouveaux itinéraires pour les distributions sur la base d'un exercice de modélisation de l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement. Avant que les camions partent effectuer les distributions, VillageReach et la DPS ont fourni au personnel du 3PL une formation essentielle sur la façon de traiter les vaccins et la chaîne du froid, de charger et de décharger correctement, d'enregistrer les données et d'établir les rapports d'inventaire. Le routage de la distribution des ARV, qui avaient fait l'objet auparavant d'une chaîne d'approvisionnement parallèle, a été combiné à celui des vaccins. Chaque mois, le personnel reçoit un encadrement et un mentorat sur le tas si nécessaire sur la base de la façon dont il prend en charge les responsabilités décrites dans le protocole d'accord.

Calendrier

Juillet 2015 :
La demande de propositions initiale est publiée

Novembre 2015 – Mai 2016 :
La TSS est mise en œuvre dans cinq districts de la Province de Tete

Avril 2016 :
L'évaluation indépendante est effectuée

Juin 2016 – Décembre 2016 :
La TSS est mise en œuvre dans huit districts de la Province de Tete. Intégration des trousses médicales.

Le 3PL distribue uniquement ce qu'il s'est engagé à transporter dans le cadre du contrat à la fois aux centres de santé des districts et aux centres de santé individuels, ce qui assure un parc automobile bien entretenu. Le paiement est basé sur l'achèvement des distributions tel que prévu et sur la documentation des livraisons. Le 3PL est motivé à achever ses distributions de la façon la plus efficace possible pour limiter ses coûts. Par conséquent, il maximise ses chargements par voyage et a introduit de nouveaux itinéraires qui vont au delà des limites administratives des districts. Un paiement mensuel n'est effectué qu'après un examen des résultats de chaque distribution par VillageReach, MSF et la DPS. Jusqu'à présent, le 3PL a achevé toutes les distributions conformément aux normes et a reçu une rémunération complète.

Conclusions clés de l'évaluation initiale

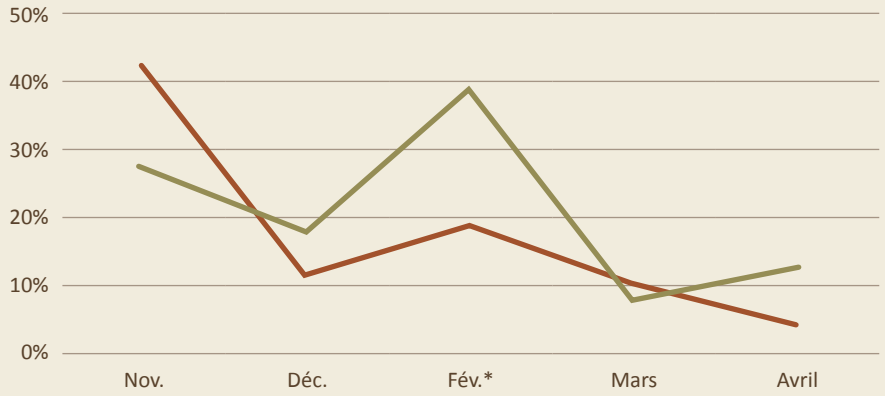
A la fin des six premiers mois de l'opération, une évaluation a été effectuée par le consultant d'IHS afin d'aider la DPS à comprendre l'impact, les coûts et les besoins en matière de gestion d'un projet de distribution par sous-traitance. L'IHS a examiné les données d'approvisionnement et d'utilisation des stocks de 36 centres de santé dans cinq districts à partir du début du programme en novembre 2015 jusqu'au mois d'avril 2016. En outre, l'IHS a interviewé une large gamme de parties prenantes comprenant les gouvernements de la province et des districts, le personnel des centres de santé, les partenaires bailleurs de fonds et l'entreprise 3PL afin d'obtenir des commentaires supplémentaires sur la mise en œuvre de la TSS et sur les résultats.

Le projet de la TSS indique des preuves initiales d'une meilleure capacité de transport et des gains d'efficacité, des volumes de stock étant disponibles de façon plus systématique pour appuyer les soins aux patients. L'évaluation a indiqué les avantages de la TSS dans quatre domaines clés :

1. **Une disponibilité accrue des produits dans les centres de santé.**
2. **Une efficacité accrue.**
3. **Une meilleure collecte des données et un meilleur établissement de rapports.**
4. **Une confiance accrue dans le système.**

1 ***Disponibilité accrue des produits dans les centres de santé.*** Au cours des six premiers mois de l'opération, 43 produits ont été livrés par la TSS (15 vaccins, 21 ARV, 7 produits jetables). Des données ont été collectées sur le volume du stock de chaque produit, disponible au moment de chaque visite de distribution. L'évaluation a révélé une corrélation directe entre une amélioration de la fiabilité de la distribution et la disponibilité du stock. Au fur et à mesure que la TSS a amélioré ses opérations, elle a pu distribuer de façon fiable et systématique les produits aux centres de santé. Cela a conduit à une disponibilité accrue de tous les produits, avec les améliorations les plus spectaculaires à la fois pour les stocks de vaccins et d'ARV. Les ruptures de stock de vaccins sont passées de 42 pour cent le premier mois (novembre) à 4 pour cent et les ruptures de stock d'ARV sont passées de 27 pour cent à 7 pour cent. On s'attend à ce que l'amélioration se poursuive, bien qu'à un rythme plus lent, au fur et à mesure que des centres de santé sont ajoutés et que les responsabilités de la gestion du 3PL sont transférées de VillageReach à la DPS.

Pourcentage de produits en rupture de stock au moment de la livraison



*Aucune distribution n'a été effectuée au cours du mois de janvier 2016 – Cela était intentionnel et avait été convenu à l'avance avec la DPS de Tete pour assurer que les distributions ne soient pas compromises pendant les fortes pluies anticipées.

Le graphique montre le pourcentage de produits pour lesquels une activité de réapprovisionnement a eu lieu et qui était en rupture de stock (« stock zéro ») au moment de la livraison du stock de réapprovisionnement. Les données n'étaient enregistrées que si une activité de réapprovisionnement était effectuée (comme mentionné ci-dessus, aucune donnée n'a été collectée en janvier 2016). Cependant, elle ne fournit aucun aperçu sur la question de savoir si les produits en stock étaient disponibles en quantité suffisante.

2 ***Efficacité accrue.*** Des itinéraires plus efficaces et une meilleure planification logistique ont réduit la durée et les coûts (véhicule, carburant, indemnités) de la livraison des produits de santé. Les distances parcourues ont été réduites de 40 pour cent maximum à cause de la distribution directe du DPM aux centres de santé et des nouveaux itinéraires conçus pour traverser les districts. La durée de la distribution a également été réduite de façon significative ; les distributions de l'entrepôt provincial aux centres de santé dans les cinq districts initiaux sont achevées en une semaine, alors qu'auparavant il fallait un mois complet pour transférer les produits de l'entrepôt aux centres de santé dans ces mêmes districts. VillageReach a récemment travaillé avec le 3PL pour intégrer un repérage par GPS au programme et pour appuyer les améliorations futures des itinéraires.

Les distributions de l'entrepôt provincial aux centres de santé dans les cinq districts initiaux sont achevées en une semaine, alors qu'auparavant il fallait un mois complet pour transférer les produits de l'entrepôt aux centres de santé dans ces mêmes districts.

3 ***Collecte des données et établissement des rapports.*** La TSS a conduit à un meilleur rapportage des données d'inventaire et des niveaux de stock requis ainsi que de l'état de la chaîne du froid. A la fois le personnel du 3PL et le personnel des centres de santé ont été formés au cours des six premiers mois et le personnel du 3PL a été chargé d'examiner les rapports de stock lors de la visite à chaque centre de santé. Alors que la collecte des données a été irrégulière au cours des six premiers mois de la mise en œuvre, beaucoup plus de données ont été collectées qu'avant le début de la TSS. Ces données incluent notamment :

- ✓ Stock existant dans chaque centre de santé ;
- ✓ Quantité distribuée au centre de santé ;
- ✓ Dégâts survenus au cours du transport ;
- ✓ Nom du centre de santé et date de la visite ;
- ✓ Heure d'arrivée au centre de santé et heure de départ ;
- ✓ Condition, état et température du réfrigérateur à vaccins dans le centre de santé.

Au cours des six premiers mois, la plupart de la collecte des données dans les centres de santé a été effectuée en utilisant une méthode papier. Cela augmentait le risque des erreurs humaines dans la collecte et l'agrégation des données et ralentissait le temps d'établissement de rapports pour la documentation du projet. VillageReach a abordé ce problème en introduisant la numérisation des données aux points de prestation des soins. Les chauffeurs du 3PL ont reçu des tablettes pour faciliter la collecte des données au cours des distributions, et ces données seront agrégées dans les outils de gestion logistique déjà utilisés. Une autre préoccupation soulevée à partir de cette analyse est que même si plus d'un tiers des centres de santé enregistrait des réfrigérateurs en panne au cours des six mois examinés, aucun d'entre eux n'était réparé pendant cette période.

4 ***Une confiance accrue dans le système sanitaire.*** Les partenaires et le personnel de santé appréciaient un processus systématique et prévisible pour le réapprovisionnement, qui conduisait à une disponibilité accrue des produits. Les parties prenantes gouvernementales et leurs partenaires provinciaux ont apprécié le fait que le 3PL était tenu responsable de certains aspects de la performance de la chaîne du froid, tels que la garantie

Les partenaires et le personnel de santé appréciaient un processus systématique et prévisible pour le réapprovisionnement, qui conduisait à une disponibilité accrue des produits.

de la disponibilité du transport, l'assurance que les données sur les produits seraient rapportées à la province tous les mois et la surveillance de la qualité des véhicules. Ils se sont également réjouis de la transparence accrue des inventaires du stock et des conditions de la chaîne du froid. Le personnel dans les centres de santé a confiance en l'intervention de la TSS et exprime son engagement solide à l'améliorer et à l'étendre à fois du point de vue géographique et en ce qui concerne la gamme des produits livrés.

L'intervention s'est également avérée extrêmement souple pour relever les défis. Par exemple, le programme JAM (Juntos Pelo Acesso aos Medicamentos ou Ensemble pour un accès aux médicaments, en français) de MSF permet aux patients de rapporter les ruptures de stock en appelant gratuitement un numéro de téléphone. Suite aux rapports de ruptures de stock, VillageReach a travaillé avec le 3PL pour accorder la priorité en ce qui concerne la distribution aux centres de santé affectés afin de réduire les ruptures de stock et les patients sont avertis par le programme JAM lorsque leurs médicaments arrivent.

Avec le modèle de sous-traitance du transport, les agents de santé dans les centres de santé peuvent consacrer davantage de temps à soigner les patients et réduire le temps consacré à identifier des véhicules ou à aller chercher les produits. En outre, ils n'ont plus à compléter ce processus avec leurs propres fonds. Par conséquent, 100 pour cent des agents de santé interrogés en ce qui concerne leur expérience de la TSS ont indiqué qu'elle devrait être soutenue.[20]

Questions restées sans réponse

L'évaluation initiale de la TSS indique un appui solide et des résultats qui démontrent un accroissement spectaculaire de la disponibilité des produits d'importance vitale. Malgré des améliorations reconnues de la performance, certaines questions restent sans réponse, en particulier en ce qui concerne le coût et la viabilité du système.

Pour les cinq districts initiaux, le coût de l'intervention de la TSS est de 186 000,00 MZN (3 720 dollars EU[21]) par mois. Le nombre total de kilomètres, les heures de conduite, le temps de manutention, la durée totale et le carburant ont tous un impact sur les coûts du système de façons diverses. Bien que la TSS indique des gains d'efficacité dans tous ces domaines, il était difficile au moment de l'évaluation de comparer directement les coûts de l'intervention de la TSS aux coûts du système initial de distribution de la DPS. Dans le système initial de distribution de la DPS à niveaux multiples, le budget et les coûts étaient dispersés entre la province, les districts et les centres de santé. En outre, les volumes livrés par la TSS ne correspondent pas au volume total géré par le système à niveaux multiples de la DPS.

Les coûts de la mise à l'échelle de la TSS à tous les centres de santé de la Province de Tete ont été prédits pour deux scénarios. La livraison du panier de produits actuel (vaccins et ARV) aux centres de santé dans chaque district était estimée s'élever à 556 761,39 MZN (11 135 dollars EU) par mois. Le coût attendu de la distribution à tous les districts pour tous les produits entreposés dans le DPM est estimé s'élever à 801 247,35 MZN (16 025 dollars EU) par mois. Les coûts indirects, qui représentent approximativement la moitié des coûts de la TSS actuellement, deviennent plus efficaces à une plus grande échelle.

	Coûts mensuels (en MZN)	Coûts mensuels (en dollars EU)*
Coût dans les cinq districts initiaux	**186 000 MZN**	**3 720 dollars EU**
Expansion à toute la province avec les produits actuels	**556 761,39 MZN**	**11 135 dollars EU**
Expansion à toute la province avec tous les produits entreposés dans le DPM	**801 247,35 MZN**	**16 025 dollars EU**

**1 dollar EU= 50 MZN pour les besoins de ces calculs.*

Domaines à améliorer

Avec l'analyse des coûts, l'évaluation a inclus une série de recommandations pour aider la DPS à déterminer les étapes suivantes à la fois pour améliorer les opérations existantes de la TSS et pour déterminer s'il faut la mettre à l'échelle et de quelle façon. Une formation supplémentaire du personnel du 3PL et du personnel des centres de santé sera nécessaire pour assurer que tous les formulaires soient remplis correctement et que le personnel appuie fortement les efforts de suivi et d'évaluation (S&E) du programme. Cela inclut une formation, entre autres, sur la collecte des données, la gestion des stocks, le contrôle de qualité des vaccins et l'entretien de l'équipement. Alors que le secteur privé peut fournir une infrastructure de transport et une technologie d'appui de meilleure qualité pour améliorer la performance logistique, les gouvernements doivent être formés de façon adéquate dans la gestion et la supervision de ces ressources, y compris les contrats. Un plan de formation approfondi doit également être développé pour renforcer les capacités à gérer les contrats de 3PL du personnel de la DPS de Tete.

Les défis en ce qui concerne l'espace d'entreposage, la disponibilité des bons de commande et le manque de communication au sujet du calendrier et de la planification des distributions nécessitent davantage d'attention avant une mise à l'échelle. Pour répondre à un besoin immédiat dans les districts actuels, un groupe WhatsApp a été créé pour tenir toutes les parties prenantes informées. Un entretien continu de la chaîne du froid est un autre défi cité dans l'évaluation. Le 3PL a proposé d'incorporer l'entretien de la chaîne du froid dans son contrat, ce qui est en train de faire l'objet d'une évaluation. Il sera également important de continuer à améliorer le partage des données entre l'équipe logistique et l'équipe d'entretien pour aborder ces problèmes.

L'avenir de la TSS

A partir de juin 2016, une mise à l'échelle du projet de la TSS de cinq districts en novembre 2015 aux huit districts de la moitié est de la Province de Tete a été effectuée. Des trousses médicales contenant 47 médicaments essentiels incluant des antibiotiques, des vitamines, des SRO, des analgésiques et des médicaments utilisés lors des accouchements tels que l'ocytocine ont également été ajoutées. La décision de le mettre à l'échelle dans toute la Province de Tete a été prise.

Une analyse à plus long terme de la performance de la TSS est nécessaire pour tirer des conclusions plus significatives au sujet de l'impact de la TSS sur la disponibilité des produits, la performance de la chaîne d'approvisionnement et la viabilité.

Une analyse à plus long terme de la performance de la TSS est nécessaire pour tirer des conclusions plus significatives au sujet de l'impact de la TSS sur la disponibilité des produits, la performance de la chaîne d'approvisionnement et la viabilité. Puisque la pharmacie centrale du Mozambique (CMAM, en portugais) est en train d'encourager la sous-traitance du transport et la livraison directe aux centres de santé en tant que partie du plan national, elle est en train d'observer de près l'intervention de la TSS dans la Province de Tete. Le personnel de la CMAM et ses partenaires ont décidé d'intégrer les leçons tirées du projet dans la Province de Tete lors de la mise en œuvre de leur nouvelle stratégie. En outre, la DPS est en train d'examiner les sources actuelles de financement de la chaîne d'approvisionnement, telles que les budgets du gouvernement provincial et les fonds de renforcement du système de santé de la GAVI, pour appuyer la TSS.

Le programme dans la Province de Tete a déjà servi de modèle à d'autres provinces du Mozambique et à d'autres pays. Le personnel de la DPS d'une province voisine, Inhambane, s'est récemment rendu dans la Province de Tete pour en apprendre davantage sur le système de la TSS. Une délégation de fonctionnaires ministériels de haut niveau du Togo a également visité la province pour déterminer si la TSS pouvait servir de modèle dans leur pays.
.

Le potentiel de la sous-traitance du transport

Un transport adéquat pour livrer les médicaments essentiels est une condition préalable à la santé des populations dans les communautés rurales dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Lorsque les gouvernements manquent de la capacité et des ressources pour livrer les produits de santé de façon fiable, il est possible que des prestataires de bonne qualité du secteur privé puissent jouer un rôle principal. L'intervention de la TSS dans la Province de Tete démontre qu'un 3PL peut être utilisé pour fournir des services de distribution fiables au nom du gouvernement.

Au cours des six premiers mois de l'opération, la TSS a accru la capacité de la DPS de fournir un accès aux soins de santé, en assurant que les ARV et les vaccins soient livrés à temps et soient plus facilement disponibles pour appuyer les soins aux patients. Les ambulances du district sont disponibles pour transporter les patients gravement atteints et les agents de santé peuvent rester dans le centre de santé pour s'occuper des patients au lieu d'aller chercher les produits en rupture de stock. Il y avait des avantages supplémentaires réalisés par rapport à l'efficacité du système, de la collecte de données et de l'établissement des rapports ainsi que de la responsabilité accrue due à l'engagement d'un tiers rémunéré. Cette performance accrue a, toutefois, un prix. Il est important que les coûts soient mieux compris et évalués lorsque des décisions au sujet d'une mise à l'échelle future sont prises.

Si les défis du transport ne sont pas relevés, l'objectif 3 du développement durable, qui inclut l'accès à des médicaments et vaccins sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable, restera hors d'atteinte.

Les lacunes dans le transport doivent être surmontées pour éviter les ruptures de stock de vaccins, d'ARV et d'autres produits de santé essentiels aux centres de santé ruraux. Toutes les personnes qui font des kilomètres à pied pour recevoir des produits de santé d'importance vitale méritent un meilleur service. Si les défis du transport ne sont pas relevés, l'objectif 3 du développement durable, qui inclut l'accès à des médicaments et vaccins sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable, restera hors d'atteinte. Les autorités sanitaires dans la Province de Tete devraient être félicitées pour avoir mobilisé le secteur privé afin d'accroître l'efficacité de la distribution des produits médicaux et, au bout du compte, la santé de leurs citoyens.

Informations supplémentaires

Pour plus d'information, veuillez contacter Melissa West (E-U) à **melissa.west@villagereach.org** ou Alvaro Lopes (Mozambique) à **alvaro.lopes@villagereach.org**.

www.villagereach.org

Contenu connexe

Rapport de MSF : Empty Shelves, Come Back Tomorrow

Rapport de VillageReach : Evaluation of Health System Transport Capacity and Demand – Mozambique Case Study.

VILLAGEREACH® Starting at the Last Mile

SOURCES DE DOCUMENTS:

1. OMS. Lutter contre la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins. WHA69.25. 2016. Genève.
2. Rapport de VillageReach : Evaluation of Health System Transport Capacity and Demand – Mozambique Case Study. June 2014.
3. République du Mozambique. Plano de aceleraçoã da resposta ao HIV e SIDA, 2015-2019. Maputo, 2015.
4. Ozawa S., Clark S, Portnoy A, Grewal S, Brenzel L, Walker D. "Return On Investment From Childhood Immunization In Low- And Middle-Income Countries 2011–20" Health Affairs February 2016 35:2199-207 .
5. Lydon P. Global analysis of vaccine shortage in 194 WHO member states between 2010-2014. Geneva: WHO; 2015.
6. WHO. Global Report on Early Warning Indicators of HIV Drug Resistance. 2016. Genève : OMS.
7. Boyer S, Clerc I, Bonono CR, Marcellin F, Bilé PC, Ventelou B. Non-adherence to antiretroviral treatment and unplanned treatment interruption among people living with HIV/AIDS in Cameroon: Individual and healthcare supply-related factors. Soc Sci Med. 2011; 72(8):1383-92.
8. Muhamadi L, Nsabagasani X, Tumwesigye M N, Wabwire-Mangen F, Ekström A, Peterson S, Pariyo G. Inadequate pre-antiretroviral care, stockout of antiretroviral drugs and stigma: Policy challenges/bottlenecks to the new WHO recommendations for earlier initiation of antiretroviral therapy (CD < 350 cells/_L) in eastern Uganda. Health Policy. 2010; 97: 187–94.
9. Kranzer K and Ford N. Unstructured treatment interruption of antiretroviral therapy in clinical practice: a systematic review. Trop Med and Int Health. 2011; 16(10): 1297–313.
10. Pasquet A, Messou E, Gabillard D, Minga A, Depoulosky A, Deuffic-Burban S et al. Impact of Drug Stockouts on Death and Retention to Care among HIV Infected Patients on Combination Antiretroviral Therapy in Abidjan, Côte d'Ivoire. PLoS ONE. 2010; 5(10).
11. Vledder M, Friedman J, Sjoblom M, Brown T, Yadav P. Enhancing public supply chain management in Zambia. World Bank Evidence to Policy Paper 2013. Washington, DC: World Bank; 2012.
12. Assi TM, Brown ST, Kone S, Norman BA, Djibo A, Connor DL, Wateska AR, Rajgopal J, Slayton RB, Lee BY. Removing the regional level from the Niger vaccine supply chain. Vaccine 2013; 31(26): 2828–34.
13. Yadav, P. Health Product Supply Chains in Developing Countries: Diagnosis of Root Causes of Underperformance and an Agenda for Reform. Health Systems and Reform. 2015. 1(1):98-110.
14. Plano Estratégico de Logistica Farmaceutica. MISAU. 2013.
15. IMASIDA Impact Report, 2016.
16. "PEPFAR Tete: Partnership for an AIDS Free Mozambique." U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) Mozambique Tete Province Profile, 2014.
17. MSF, Empty Shelves Come Back Tomorrow, ARV Stockouts Undermine Efforts to Fight HIV. 2015.
18. VillageReach, données de référence collectées en 2015.
19. Au début du projet, les trois districts de Moatize, Changara et Mutarara ont été subdivisés et sont devenus cinq districts avec l'ajout de Doa et de Marara.
20. Les travailleurs de la santé dans deux tiers des centres de santé (24 sur 36) ont répondu à l'enquête.
21. Dans le présent rapport, le taux de change appliqué est le suivant : 1 dollar EU = 50 MZN. Le Mozambique a récemment connu des fluctuations significatives de la valeur actuelle de sa monnaie par rapport au dollar EU.

Annexe : But et Méthodologie de l'évaluation

VillageReach a établi un partenariat avec Imperial Health Sciences pour effectuer un examen des données et des opérations de la TSS au cours de six mois, qui a fourni l'information sur laquelle le présent rapport est basé. Le but de l'évaluation était d'aider la DPS à répondre à trois questions :

- La TSS améliore-t-elle l'accès aux produits de santé et l'efficacité logistique ?
- Quel est son coût ?
- Quelles sont les considérations et les recommandations en matière de gestion au sujet des mesures que la DPS doit prendre si elle souhaite poursuivre cette intervention et la mettre à l'échelle ?

Les données suivantes ont été collectées par le chauffeur pour chaque produit au moment de la visite du prestataire de services 3PL dans chaque centre de santé pour une distribution du stock :

- Stock existant dans chaque centre de santé ;
- Quantité distribuée au centre de santé ;
- Dégâts survenus au cours du transport ;
- Nom du centre de santé et date de la visite ;
- Heure d'arrivée au centre de santé et heure de départ ;
- Condition, état et température du réfrigérateur à vaccins basé dans le centre de santé.

Des données ont été collectées uniquement pour les produits qui étaient réapprovisionnés. Une feuille de contrôle pour le chauffeur a également été développée pour enregistrer une information liée au transport telle que le nombre de kilomètres parcourus et les heures de départ et d'arrivée.

En plus d'un accès complet à toutes les données pertinentes provenant des sources énumérées ci-dessus, le consultant de l'IHS a également accompagné le 3PL lors des distributions en avril 2016 et a interviewé une large gamme de parties prenantes des gouvernements de la province et des districts, du personnel des centres de santé, des partenaires bailleurs de fonds et de la compagnie 3PL.

En ce qui concerne l'analyse des coûts, les coûts réels ont été obtenus à partir des documents officiels lorsque cela était possible. Dans les cas contraires, des coûts estimés ont été déterminés à partir des données fournies par le Département du transport de la DPS, le prestataire des services sous contrat, la DPM, le personnel de VillageReach et des données collectées auparavant, et/ou à partir des statistiques sur les travaux du secteur privé effectués en Afrique du Sud et au Malawi.