



L'Excellence du personnel de santé

Gestion de la chaîne d'approvisionnement

Analyse documentaire



REMERCIEMENTS

Ce rapport a été appuyé par un financement de la part de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) octroyé à Bioforce et de la part du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) accordé à SCMS (Supply Chain Management System). L'auteur remercie les nombreuses personnes qui ont pris part à cette activité, ainsi que l'Institut Bioforce Développement, l'USAID, l'OMS (Organisation mondiale de la santé), Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC) et SCMS de leur participation à la réalisation de ce document.

Les opinions présentées ici sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'Agence des États-Unis pour le développement international, ni ceux de l'État américain.

Principaux collaborateurs de ce rapport

- Véronique Brossette, auteur de l'analyse bibliographique – directeur de projet
Institut Bioforce Développement
v.brossette@institutbioforce.fr
- Benoît Silve, General Director
direction@bioforce.asso.fr
- Alain Graal, Consultant, Training & Logistics
a.grall@bioforce.asso.fr
- Kimberly Bardy, Supply Chain Advisor
U.S. Agency for International Development
kbardy@usaid.gov
- Kevin Pilz, Senior Commodity Security and Logistics Advisor
kpilz@usaid.gov
- Modibo Dicko, Technical Officer EPI, Project Optimize Coordinator
dickomo@who.int
- Lilia Gerberg, Technical Advisor
USAID | DELIVER PROJECT
lilia_gerberg@jsi.com
- Clinton Health Access Initiative (CHAI)

People That Deliver

L'initiative *People That Deliver* est une coalition de pays et de parties prenantes de la santé mondiale dont le but est d'améliorer les résultats de la santé par l'élaboration d'une excellence durable des effectifs de la santé dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement et pour surmonter les difficultés de l'approvisionnement du secteur de la santé.

Résumé analytique

L'objectif de cette analyse consiste à passer en revue la documentation publiée concernant les capacités des personnels de santé en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement (GCA) dans les pays en

développement, afin de donner un aperçu des carences et des besoins en information pour aboutir à l'excellence de ces effectifs. Le but principal de ce document est donc de fournir une base factuelle initiale permettant de circonscrire les actions sociales quant au besoin d'excellence des effectifs de la GCA. Les résultats de cette analyse permettront de circonscrire la recherche, y compris les études nationales et les enquêtes régionales.

Photo en couverture : Cette photo a été prise dans un centre de santé en République Démocratique du Congo, en 2010. Des professionnels de la santé prennent part à une formation en gestion de la chaîne d'approvisionnement, comprenant notamment la passation de commandes de médicaments essentiels, le stockage et la distribution aux clients. Photographe : Véronique Bossette

Acronymes

SIDA	syndrome de l'immunodéficience acquise
TRA	traitement antirétroviral
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
PP	planificateur des produits
FC	formation continue
CSCMP	Council of Supply Chain Management Professionals
PTE	programme de enseignement à distance
DTTU	Delivery Team Topping Up
LME	liste des médicaments essentiels
GHI	Global Health Initiative
DCH	développement des capacités humaines
ES	établissement de santé
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
RH	ressources humaines
CRH	capacités des ressources humaines
RHS	ressources humaines de la Santé
GRH	gestion des ressources humaines
RSS	renforcement du système de santé
FEE	formation en cours d'emploi
ECL	évaluations des capacités logistiques
PRITI	Pays à Revenu Intermédiaire, tranche inférieure
UGL	unité de gestion logistique
ONG	organisation à but non lucratif
NPN	normes professionnelles nationales
FEE	formation en cours d'emploi (sur le tas)
DMA	département médecine ambulatoire
RAP	recherche des actions participatives
EBP	externalisation basée sur la performance
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
SSP	soins de santé primaire
PHTN	Public Health Training Network
PIP	pays des îles du Pacifique
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
FPE	formation préalable à l'emploi
RHSC	Reproductive Health Supplies Coalition
RTRC	Regional Training Reference Center
GCA	gestion de la chaîne d'approvisionnement
ASS	agents de santé suppléants
FDf	formation des formateurs
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Table des matières

I. Introduction	6
Contexte	6
Méthodes	6
II. Capacités actuelles	7
III. Démarches.....	8
Formation.....	8
Formation préalable à l'emploi	9
Enseignement à distance	9
Transfert des tâches	10
Externalisation des fonctions de GCA	11
Mesurer la rentabilité.....	11
Création d'unités de gestion logistique dédiées (UGL)	12
Incitations pour améliorer la rétention des personnels de GCA	12
Supervision et gestion	12
Filières professionnelles.....	12
Associations professionnelles	13
Certifications ou qualifications de GCA pertinentes pour les systèmes de santé dans les pays en développement.....	13
Politiques et environnement favorable nécessaires à la professionnalisation de la GCA.....	13
IV. Impact.....	14
V. Ressources.....	14
VI. Conclusion.....	15
Bibliographie	17

I. Introduction

Contexte

Selon le Rapport sur la Santé dans le monde (2006), 57 pays du monde traversent une crise des ressources humaines dans le secteur de la santé (RHS). La crise se fait plus durement sentir en Afrique subsaharienne où une conjugaison de facteurs aggrave les lacunes des RHS, notamment la fuite des cerveaux de professionnels de la santé formés, la déperdition d'effectifs en raison du VIH-sida, l'augmentation du nombre de programmes de santé verticaux et l'expansion des services de santé à l'échelon communautaire (OMS 2006b).

Les carences de personnel ont de profondes répercussions sur la santé publique. S'il est clair que des agents professionnels sont vitaux, il existe toutefois peu d'informations sur la meilleure façon de recruter, former, conserver, superviser et encadrer ces agents dans les pays en développement. Dans de nombreux pays, les politiques nationales de ressources humaines (RH) sont faibles et les investissements dans la formation, le déploiement et la formation continue sont insuffisants.

Des agents de santé compétents et bien formés sont essentiels pour la prestation de services de santé et la gestion de la chaîne d'approvisionnement (GCA) est essentielle pour s'assurer que les produits sont disponibles aux points de prestation de services. Dans les pays en développement, les chaînes d'approvisionnement canalisent d'importantes ressources, de 2008 à 2011 les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure (PRITI) escomptaient recevoir plus de 10 milliards USD de produits de santé financés par les donateurs (MIT-Zaragoza, 2008). Il convient donc que la chaîne de conservation en entier fasse preuve de visibilité, responsabilisation et capacités. Étant donné l'importance des ressources en jeu, des stratégies et des effectifs doivent être en place pour assurer une gestion appropriée de ces produits de santé. Des efforts ont été entrepris pour renforcer les chaînes d'approvisionnement de la santé, en procédant par exemple à l'élaboration de directives et en tenant des formations en gestion logistique. Mais selon les études réalisées dans les PRITI, la simple diffusion de directives ne suffit pas : il est important d'assurer une supervision positive ininterrompue, accompagnée d'un feedback pour obtenir des résultats fermes. De plus, les interventions polyvalentes semblent être plus efficaces que des interventions isolées.

Un guide pour l'évaluation des capacités de GCA des ressources humaines de la santé publique propose les définitions ci-dessous qui servent de points de référence à la présente analyse (Hasselberg, 2010).

Excellence du personnel dans la gestion des chaînes d'approvisionnement : Une série d'activités destinées à améliorer les capacités des systèmes nationaux de santé dans l'élaboration, le recrutement et la rétention durables des agents de santé possédant les qualifications, les compétences et les ressources nécessaires à une gestion utile des chaînes d'approvisionnement de la santé et à surmonter les difficultés existantes et émergentes concernant ces chaînes.

Manager de la chaîne d'approvisionnement de la santé publique : Une personne chargée d'encadrer les activités et les fonctions spécifiques de la chaîne d'approvisionnement au sein d'un pays pour garantir la disponibilité des produits de santé dans les établissements de santé, y compris la passation des marchés, le dédouanement, l'assurance de qualité, l'entreposage, la distribution, la gestion de l'information logistique, ainsi que le suivi et l'évaluation logistiques.

Méthodes

Le présent document présente les résultats d'une analyse des ouvrages publiés sur l'excellence du personnel chargé de la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans les pays en développement. Cette analyse a été réalisée par le biais d'une revue documentaire et de recherches en ligne. Elle s'est principalement appuyée sur les articles publiés ces six dernières années. Des documents ont été sollicités auprès des principales organisations par voie de liste de distribution et par correspondance directe. Citons les mots clés de la recherche en ligne : gestion de la chaîne d'approvisionnement dans les pays en développement, professionnalisation, systèmes logistiques, ressources humaines, rétention des RH, partage des tâches, transfert des tâches, cliniciens non-médecins, agents de santé suppléants, personnel soignant communautaire, équipes, cadres et infirmières de santé primaire. Les études retenues portaient sur les prestataires de santé du secteur public dans les pays en développement, mais quelques études sur le secteur privé et de pays à revenu intermédiaire et supérieur ont été examinées. Il n'existe pas encore beaucoup de données sur ce sujet. Malheureusement, les capacités des ressources humaines (CRH) de la GCA ont un profil bas, c'est là l'une des constatations de cette analyse.

La structure de l'analyse repose sur les domaines identifiés par l'initiative "Promoting Sustainable Workforce Excellence in Health Supply Chain Management" comme étant les sujets essentiels de la recherche mondiale, régionale et/ou nationale. Les thèmes de la présente analyse sont donc les suivants :

- La capacité actuelle des RHS quant à la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans les ministères de la santé et autres organismes de santé publique dans les pays en développement,
- Les démarches novatrices et efficaces de professionnalisation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement,
- Les répercussions du renforcement des capacités des RHS sur l'amélioration des résultats de la chaîne d'approvisionnement de la santé, et
- Un catalogage des ressources existantes qui permettraient d'appuyer le renforcement des capacités des RHS.

II. Capacités actuelles

Synthétiser et analyser la documentation existante sur les capacités actuelles des RHS de gestion de la chaîne d'approvisionnement dans les ministères de la santé et autres organismes de santé publique.

Alors que les pouvoirs publics améliorent leurs programmes de santé publique, ils constatent qu'il leur est nécessaire de renforcer les chaînes d'approvisionnement. La demande d'assistance technique, de formation et de recherche dans le domaine de la gestion de la santé augmente donc. Une analyse des capacités actuelles de GCA fait apparaître des faiblesses dans les compétences nécessaires pour quantifier les besoins en produits de santé, commander, recevoir et stocker de façon appropriée les produits et enregistrer avec exactitude les stocks.

Lorsque le personnel spécifique, possédant les capacités et les compétences en GCA font défaut, les fonctions logistiques sont souvent assurées par des cliniciens, des pharmaciens ou des chauffeurs. Les médecins et les infirmières sont souvent chargés de nombreuses tâches non cliniques; trop souvent ils consacrent beaucoup de temps à des activités logistiques, ce qui réduit le temps qu'ils peuvent accorder à leurs malades. Dans l'ensemble, dans les structures publiques décentralisées, les effectifs ne possèdent pas de qualifications logistiques spécifiques et consacrent un laps de temps limité à la GCA (Dicko, 2010).

De plus, il n'existe pas de filière professionnelle formelle pour les logisticiens, donc aucune incitation pour les agents à suivre une formation spécifique en logistique. Par conséquent, les agents en place dans les établissements de santé endossent alors des responsabilités supplémentaires sans pour autant acquérir des connaissances spécialisées.

Selon une initiative OMS/AFRO, coordonnée par Bioforce, le cadre de compétences d'un logisticien de la santé devrait englober les éléments suivants (Sylve, 2009b) :

1. la planification des activités logistiques des établissements et des programmes de santé,
2. l'administration et la coordination logistiques des établissements et des programmes de santé,
3. la gestion de la chaîne d'approvisionnement,
4. la coordination de l'utilisation et de l'entretien des matériels médicaux et techniques,
5. la coordination de l'entretien des installations et des bâtiments,
6. l'appui logistique efficace aux urgences sanitaires et aux opérations humanitaires,
7. la promotion d'une collaboration intersectorielle et de la participation communautaire.

Les systèmes de santé s'appuient de plus en plus sur des "agents de santé suppléants" (AST), c'est-à-dire des "cadres de la santé qui ont suivi une formation plus courte, avec des critères d'instruction moins exigeants, auxquels on délègue les fonctions et les tâches d'ordinaire exécutées par des professionnels de la santé plus établis, aux qualifications plus élevées". Les AST endossent des fonctions assurées d'ordinaire par des professionnels de la santé internationalement reconnus : médecins, infirmières et pharmaciens (Doylo, 2004).

Ceci étant, il existe quelques outils pouvant aider les pays à déterminer les profils de ceux chargés de la GCA de la santé publique. Par exemple, *Human Resource Capacity in Public Health Supply Chain Management — Assessment Guide* permettrait d'identifier les effectifs prenant part à la GCA et les fonctions assurées (par ex. passation de marchés, stockage) (Hasselberg 2010).

Les normes de compétences nationales (NCN) de la gestion de la chaîne d'approvisionnement classent la GCA en trois grandes catégories ou niveaux : technique (praticiens de la CA), gestion (administrateurs ou spécialistes de la CA) et stratégique (cadres supérieurs). Les NCN peuvent servir aux employés et aux employeurs : les employés peuvent perfectionner leur productivité par l'auto-évaluation, le perfectionnement professionnel et l'évolution de carrière et les employeurs peuvent se reporter aux NCN dans l'élaboration de leurs plans commerciaux et de dotation en personnel, la création de cursus de formation et la définition de points de référence (Chartered Institute of Purchasing and Supply).

III. Démarches

Synthétiser et analyser la documentation sur les démarches de professionnalisation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement et leurs répercussions.

Les démarches de professionnalisation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement relevées dans l'analyse bibliographique sont notamment les suivantes : la formation (y compris en cours d'emploi et le enseignement à distance), le transfert des tâches, l'externalisation, la réalisation d'études d'établissement des coûts, la création d'unités de gestion logistique (UGL), l'élaboration d'incitations, la mise en place de certifications et le renforcement des politiques.

Formation

En général, on constate une carence de cours de formation et de matériels pédagogiques portant spécifiquement sur la logistique de la santé. Trop souvent, les matériels ne sont ni harmonisés, ni fondés sur des principes d'enseignement pour les adultes, ni ne suivent une méthodologie basée sur les compétences. Les matériels génériques ne sont pas non plus adaptés aux situations locales. De plus, certains cours sont dénués d'exercices pratiques et de visite de terrain nécessaires à l'affermissement de nouvelles compétences et à l'établissement du lien entre l'apprentissage et la mise en œuvre. De nombreuses activités de formation ne sont pas reliées aux fonctions professionnelles réelles, ni aux procédures standard, ni encore aux profils de poste. Lorsqu'une formation existe, le grand nombre d'étudiants dans les cours la rendent souvent ardue.

Une étude a identifié 150 cours destinés aux gestionnaires de la logistique et des approvisionnements; la plupart de ces cours sont de type universitaire et sont situés aux États-Unis. Les facteurs de coût, de durée, de langue et de conditions préalables en entravent d'autant plus l'accès pour les personnels dans les pays en développement. Les cours spécialisés couvrant certains domaines, tels que les achats, sont plus courants que d'autres, par exemple les systèmes informatiques de gestion logistique (Roche 2010). Une étude de suivi, en cours, a identifié 45 autres cours, dont certains sont proposés en français, espagnol et portugais.

Il conviendrait que les cursus de formation tiennent compte de deux "profils" des gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement : l'un qui "doit posséder une compréhension large et générale de la façon dont la chaîne d'approvisionnement fonctionne pour pouvoir guider efficacement les fonctions et les perfectionnements du système" et l'autre qui "doit travailler dans des domaines techniques ou des environnements spécifiques exigeant des connaissances approfondies" (RHSC 2009). Il conviendrait que la formation englobe des thèmes pertinents pour les fonctions exécutées par les agents de santé, par ex. planification financière, transport et distribution et gestion des entrepôts. Les connaissances spécialisées de collecte et d'utilisation des données sont importantes pour les services ordinaires ainsi que les plans en cas d'urgences de santé publique et leur gestion. La formation doit être régulièrement mise à jour pour doter effectivement les agents de santé des moyens nécessaires pour faire face aux nouveaux défis.

Le cursus de la formation en gestion logistique n'est pas encore normalisé mais comprend généralement la collecte de données et la gestion de l'information (y compris l'utilisation basique de Word et Excel), la quantification, le stockage, les transports, la distribution et l'entretien du matériel.

Dans les formations existantes, les démarches varient; la plus courante étant la formation préalable à l'emploi, la formation en cours d'emploi, l'apprentissage collectif, l'auto-apprentissage, les acquis de l'expérience et l'enseignement à distance. Le recours à plusieurs méthodes de formation semble être l'une des stratégies de formation produit l'impact le plus sensible (par ex. cours magistraux, résolution de problèmes en groupe, jeux de rôles, et application pratique des compétences), la répétition des séances, la formation sur site et le recours à des personnalités écoutées ou à des agents du district à titre de formateurs.

Les stratégies encourageant l'examen par des pairs et l'engagement collectif envers des directives de traitement standard et des protocoles prescrits semblent avoir des effets. De plus, la supervision ou le suivi de la performance (en se servant d'indicateurs ou de simples protocoles alliés à des audits et du feedback) se révèle efficace pour l'amélioration de pratiques spécifiques (Laing 2001).

En ce qui concerne l'élaboration d'une série de "principes directeurs" à considérer lors de la création de matériels de formation, les chercheurs ont entrepris une étude dans les pays des îles du Pacifique (PIP) dont les principes ont été affinés par le biais de groupes de discussion composés de praticiens locaux, d'organisations internationales et d'universitaires de la région. L'étude a examiné la façon d'appliquer la compréhension culturelle et les mœurs d'apprentissage locales au développement des compétences en pharmacie. De tout temps, la formation des techniciens en pharmacie dans les PIP a été morcelée et fondée sur des traditions occidentales, sans aucune participation officielle des universités locales. Une démarche de formation à base culturelle a été entreprise pour produire des approches durables en vue de l'élaboration des compétences des techniciens en pharmacie dans le domaine de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique essentiel. Cette recherche a permis de mieux comprendre les cadres impliqués dans la gestion de l'approvisionnement des médicaments essentiels dans les PIP et des compétences nécessaires à ces cadres. Elle a également démontré l'acceptation par les agents de santé primaire d'une démarche de formation interactive, à base culturelle (Brown 2010a).

La Participative Action Research (PAR) (Recherche des actions participatives) de l'University of Canberra met au point un cadre permettant aux agents de santé d'affiner les méthodes de formation qui les prépareront à la gestion de l'approvisionnement en médicaments. La PAR étudie trois différentes démarches de développement des compétences :

- un atelier de cinq jours, sur la base de compétences, avec un suivi sur le lieu de travail pour les infirmières, les agents de santé primaire et les aides-soignants à l'échelon de la santé primaire (niveau 1).
- un certificat de formation de 10 mois, en cours d'emploi, ayant recours à des séances d'enseignement intensif et d'enseignement à distance, avec un suivi sur le lieu de travail pour les agents de santé chargés de l'approvisionnement en médicaments, à l'échelon provincial (niveau 2).
- un atelier intensif, de courte durée, avec un mentorat et un suivi sur le lieu de travail, pour les pharmaciens et les responsables des stocks, à l'échelon national (niveau 3).

Cette concentration sur l'élaboration de compétences pratiques a permis à des agents de santé de différents pays d'atteindre un niveau élevé de compétence et d'appliquer immédiatement leurs nouvelles compétences sur leur lieu de travail. Selon les observations préliminaires, de nombreux agents de santé, très divers, réagissent bien à cette démarche. Selon les chercheurs, la participation active des praticiens locaux, des organisations internationales et des universitaires constitue un moyen constructif pour promouvoir les besoins et les meilleures pratiques de l'éducation de l'approvisionnement médical (Brown 2010b).

Formation préalable à l'emploi

Le réseau mondial de formation de l'OMS et d'autres approches de formation basées sur les compétences considèrent la formation comme étant un continuum composé de périodes de formation pré-service et de périodes de formation en cours d'emploi (ou sur le tas). Cette démarche fait ressortir ce qui est efficace et pourquoi. Pour appuyer la mise en place d'une formation préalable à l'emploi (FPE), un pays doit modifier les états d'esprit. Ce changement culturel intervient lorsque le pays comprend l'importance de la GCA dans la réalisation de ses objectifs généraux de santé.

La mise en place d'un réseau de Centres de formation régionale de référence (CRFR), - avec une instance de coordination centrale et des établissements dans les sous-régions- pour relier les universités, les centres de formation et les organisations de recherche, constitue l'un des mécanismes permettant d'appuyer la FPE. Le CRFR peut concevoir une FPE tenant compte de la diversité des besoins en formation et du temps disponible à cet effet. Un autre mécanisme consiste à mettre en œuvre des programmes de formation de niveau universitaire dans les pays en développement, pour proposer une formation au troisième cycle au lieu d'une formation selon les besoins des infirmières et des pharmaciens. Le projet DELIVER de l'USAID a démarré des programmes de FPE dans plusieurs pays : Rwanda, Malawi, Zambie et Éthiopie (USAID/DELIVER PROJECT 2010b). Il a publié un guide d'instruction étape par étape, comprenant un exemple de cursus et un plan pédagogique (Eombe 2010).

Enseignement à distance

L'enseignement à distance peut être rentable et peut, selon des éléments probants, être utile pour les cours de recyclage et pour enseigner de nouvelles compétences. Les centres d'enseignement virtuels peuvent faire office de bourse des renseignements (pour élargir ou étoffer le contenu en visant le renforcement des connaissances et des compétences techniques des professionnels de la chaîne d'approvisionnement du secteur public) et, en outre, développer et promouvoir d'autres opportunités d'enseignement en ligne ou d'autres formes d'enseignement à distance. Il conviendrait de prévoir un service d'assistance logistique, ou une autre formule de télé-assistance technique, qui pourrait fournir un

appui proactif, constant, directement au public visé par le biais de listes de distribution de courriels, de forums en ligne avec animateur ou de voix sur IP.

Le Council of Supply Chain Management Professionals (CSCMP) offre un cours en ligne des bases de la gestion de la chaîne d'approvisionnement (RGCA) couvrant les éléments fondamentaux de la GCA ainsi que les prévisions, les achats, le transport, la gestion des stocks et l'entreposage.¹

Le gouvernement des États-Unis (USG) appuie les initiatives d'enseignement à distance dans le domaine de la GCA et dans d'autres. L'USAID a mis au point un programme d'enseignement à distance (PED) de la logistique de la santé, fondé sur un programme pilote péruvien. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont mis sur pied le réseau de formation de santé publique (Health Training Network - PHTN)² offrant des cours à distance et des ressources pour apporter aux apprenants la formation et des informations. Les activités pédagogiques du PHTN procèdent de plusieurs supports : satellite, Web, CD-ROM, vidéos/DVD, cours sur place et conférences, et documents imprimés. Les évaluations démontrent que les programmes proposés par le PHTN au moyen de l'enseignement à distance permettent de mettre efficacement à jour et en valeur les compétences professionnelles. Le HRH Global Resource Center (GRC),³ un service de *CapacityPlus*, appuie les parties prenantes de HRH ainsi que les décideurs par l'apport d'informations essentielles sur les RHS. L'ouvrage "Lessons in Logistics Management for Health Commodities" du projet DELIVER de l'USAID comprend cinq séances d'enseignement interactif accessibles en ligne ou sur un CD⁴: introduction à la logistique, systèmes d'information de gestion de la logistique, évaluation de l'état des stocks, systèmes de contrôle des stocks minimum-maximum, sélection des systèmes de contrôle des stocks minimum-maximum.

À titre de suivi de l'enseignement à distance, la création de réseaux au plan central, régional et international, comme par exemple l'International Association of Public Health Logisticians (IAPHL)⁵, pourra permettre aux participants de conserver leurs compétences et de prendre part à une communauté virtuelle dont les membres seront entre eux des ressources techniques.

Transfert des tâches

Ces dernières années, le transfert de tâches est encouragé à titre de stratégie pour combler les carences d'agents de santé. Le transfert des tâches intervient en général lorsque "des tâches spécifiques sont transférées, le cas échéant, par les agents de santé qualifiés aux agents de santé moins qualifiés dont la formation aura été plus courte, afin d'utiliser de façon plus efficiente les ressources disponibles dans le secteur de la Santé" (OMS 2006a). Même si pour certains le "transfert de tâches" équivaut à un "partage des tâches", il existe une distinction. Le transfert de tâches intervient lorsque des services qui demandent des connaissances spécialisées de personnels cliniques, par exemple l'administration des ARV ou de la PTME, exigent que les personnels cliniques existants prennent en charge les tâches supplémentaires sans abandonner les tâches antérieures. Mais le transfert de tâches, dans le contexte de la GCA, signifie de faire passer les responsabilités affectées aux personnels cliniques ou pharmaciens à des agents affectés uniquement à la GCA.

Selon une analyse bibliographique récente, le transfert de tâches constituerait une stratégie efficace pour faire face aux carences de RHS dans le domaine des traitements et des soins du VIH, ce qui aboutit à des soins de haute qualité, rentables, pour davantage de patients que dans un modèle centré sur les médecins. Mais l'analyse a également relevé des difficultés de mise en œuvre : formation adéquate et durable, appui et rémunération des agents dans leurs nouvelles fonctions, intégration des nouveaux membres dans les équipes de soins et conformité aux instances de réglementation. Toutefois, l'analyse concluait qu'il conviendrait d'étudier la possibilité de mettre en œuvre le transfert des tâches lorsque les pénuries de RHS menacent le déploiement des programmes (Callaghan 2010).

L'OMS a publié des directives et des recommandations mondiales concernant le transfert de tâches dans le secteur de la santé, par exemple un modèle où les infirmières administrent les TAR et les médecins supervisent et gèrent les cas complexes (OMS 2008). En Ouganda, au Rwanda et au Malawi, les agents de santé communautaires administrent les TAR et les tests de dépistage du VIH. Selon certaines recherches, le transfert de fonctions supérieures à des agents moins qualifiés ou insuffisamment formés entraînerait de moins bons résultats et stresserait ces agents insuffisamment préparés. En revanche, des expériences en Zambie et au Botswana indiquent que le transfert de l'administration des TAR aux infirmières pourrait améliorer la couverture de ces traitements (Stringer 2006).

¹ <http://cscmp.org/education/essentials/index.asp#/education/essentials/mod2.htm>

² <http://www2.cdc.gov/phtn/>

³ <http://www.hrresourcecenter.org/>

⁴ <http://www.jsi.com/Independent/Deliver/LogisticsCD/htdocs/>

⁵ <http://knowledge-gateway.org/public/Default.aspx?c=ca7f45ec-3b4a-400f-a055-b19ed8771066>

Les rôles des pharmaciens évoluent, passant de préparateurs et de distributeurs de médicaments à celui d'experts en médicaments qui font les tournées des services à titre de membres d'équipes multidisciplinaires d'agents de santé (MOHSW, 2009). En raison de ces connaissances, les pharmaciens pourraient en plus être formés à remplir des fonctions de gestion clinique, de diagnostic de laboratoire et de gestion logistique. De fait, les pharmaciens sont des prestataires disposés, compétents et rentables des "interventions de soins pharmaceutiques" (Anderson 2009). Par exemple, au Ghana, les agents de pharmacie ont un cadre d'activité élargi comprenant la distribution, la quantification et la gestion des stocks (Pharmacy Council/MdS 2009).

En particulier, dans le transfert des tâches de GCA, certaines d'entre elles (stockage, transport, dédouanement et distribution) devraient être gérées par des agents spécialisés en logistique et non pas par des professionnels de la santé. En revanche, d'autres tâches telles que la collecte des données logistiques, la gestion des entrepôts des établissements, les fonctions de compte-rendu et de réapprovisionnement, relèvent de la responsabilité des professionnels de la santé. Certains pays adoptent des démarches novatrices pour enlever certaines tâches au personnel médical et les transférer. Au Zimbabwe, par exemple, le Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFPC)/Delivery Team Topping Up (DTTU) repose sur un système de stocks géré par les fournisseurs, dont se sert l'industrie des boissons gazeuses. Dans le système, le travail d'inventaire et de calcul des quantités d'appoint revient aux équipes de livraison qui font office d'entrepôt mobile, au lieu de s'appuyer sur le personnel médical des établissements, déjà très occupé. Ce système réalise une forte disponibilité des produits contraceptifs et d'autres produits de santé proposés, et il est en cours d'expansion pour inclure des médicaments supplémentaires (Sarley 2010). Le projet d'appui au Programa Alargado de Vacinação (PAV) a collaboré avec les organes de santé provinciaux au Mozambique pour mettre au point un système de stocks géré par les fournisseurs de vaccins et autres fournitures connexes, où les tâches de gestion logistique sont transférées des agents de santé de premier plan au personnel logistique provincial dédié à ces fonctions (Kane 2008). En Zambie, l'Essential Drugs Public Pilot, financé par la Banque mondiale, le gouvernement des États-Unis et le département de Développement international (DFID) a introduit un planificateur des produits (PP) au niveau du district, chargé de coordonner les commandes des établissements de santé et de gérer les stocks du district. Sur les 16 districts de cette intervention, quatre ont travaillé avec les techniciens de pharmacie déjà en place, et 12 ont recruté et formés des PP extérieurs car le poste de TP était vacant (Vledder 2010).

Externalisation des fonctions de GCA

Les fonctions de GCA qui sont externalisées ou sous-traitées auprès d'organisations extérieures ou de ministères comprennent les achats, le dédouanement, l'entreposage, la distribution et l'entretien de la chaîne du froid. Si l'on étudie la possibilité d'une externalisation, il est important d'examiner les capacités des structures extérieures pour garantir une gestion efficace, performante et durable des activités. L'externalisation peut éventuellement réduire les coûts de revient mais elle exige une gestion et un encadrement soigneux.

Plusieurs types de services de santé ont été externalisés par des contrats de performance (CP), y compris les services de santé primaire (SSP), les services de prévention du VIH, la mise en place de systèmes d'assurance-santé, la gestion hospitalière et l'exploitation de services de diagnostic. Dans les domaines où les services publics existants ont des résultats insuffisants, il serait possible de sous-traiter les services de gestion, y compris ceux de la chaîne d'approvisionnement. La sous-traitance est souvent une forme de "paiement à la performance" et sert parfois aussi pour les prestataires de services de santé. Elle peut amener les agents de santé à mettre en œuvre correctement des procédures et des processus (Loevinsohn 2008).

Mesurer la rentabilité

En évaluant de nouvelles démarches de chaîne d'approvisionnement, par exemple l'externalisation ou la conception de systèmes, il est important d'en déterminer la rentabilité. Au Zimbabwe, une analyse des coûts a adopté un outil conçu à cet effet pour guider les décisions de GCA. Pour la DTTU, l'un des principaux éléments de coût est le temps que passe l'équipe de livraison sur le terrain. Puisque le nombre de produits augmente, il leur faut davantage de temps pour faire l'inventaire dans les établissements et faire le réapprovisionnement. Lorsque le nombre de produits sera trop grand, le coût des heures ouvrées et des allocations journalières de l'équipe sera trop élevé. Puisque la DTTU fonctionne à titre d'entrepôt mobile, il y a une limite au nombre de produits pouvant être gérés en une seule livraison. De plus, l'administration du programme est un autre inducteur de coût, tout comme les frais de transport. L'étude a relevé dans l'ensemble une diminution des coûts associée à la DTTU, à condition qu'elle continue à gérer un nombre de produits approprié (Sarley 2010).

Au Mozambique, le projet d'appui au PAV, qui délivre des vaccins aux unités sanitaires tous les mois, présente des économies de coûts importantes par rapport au système logistique de vaccins du ministère de la Santé (MISAU) qui est, lui, mixte et qui varie selon les sites et les mois. Le projet d'appui au PAV possède des véhicules et du personnel dédié à la logistique des vaccins et intègre la supervision et la gestion de l'information dans sa distribution de vaccins. Le système MISAU en revanche ne possède ni de moyens de transports ni de personnel réservés à la logistique des vaccins (VillageReach 2009).

En Zambie, l'Essential Drugs Public Pilot a évalué la rentabilité comparée de deux modèles différents de chaîne d'approvisionnement ainsi que leur efficacité opérationnelle. Le modèle A continue de tenir les stocks au niveau du district et introduit des PP. Le modèle B élimine le stockage intermédiaire de médicaments au niveau du district, convertit l'entrepôt en un point de "transbordement" et introduit également des PP. L'évaluation présente des résultats nettement améliorés de l'accès des établissements aux médicaments essentiels, dans les deux modèles, particulièrement dans les districts où le modèle B a été mis en œuvre. Pour l'analyse de rentabilité, les catégories de coûts comprenaient les coûts récurrents (salaires, transport, etc.) et les coûts fixes (recrutement, formation des personnels, etc.). Bien que le coût supplémentaire du modèle B soit supérieur au modèle A, il serait indiqué d'y investir étant donné sa meilleure performance (Vledder 2010).

Création d'unités de gestion logistique dédiées (UGL)

Les pays reconnaissent de plus en plus l'intérêt de la création d'une unité de gestion logistique (UGL), une structure de gestion chargée d'organiser, de suivre et d'appuyer toutes les activités de la chaîne d'approvisionnement dans le cadre du système logistique. Grâce à un processus de perfectionnement continu, l'UGL identifie les problèmes de la chaîne d'approvisionnement, élabore des interventions et les met en œuvre pour les régler. Les UGL sont d'ordinaire établies à l'échelon central et sont un véhicule d'institutionnalisation des bonnes pratiques de GCA. Bien qu'une UGL exige un investissement important en ressources humaines, elle permet aux prestataires de services de focaliser leur temps de travail et leurs énergies au service des patients, tout en permettant aux logisticiens de renforcer leurs compétences en GCA (USAID/Projet DELIVER 2010a).

Incitations pour améliorer la rétention des personnels de GCA

Supervision et gestion

La motivation a une influence profonde sur la performance. Si un salaire adéquat est important, l'on dispose en revanche de peu de données sur ce qui est "adéquat" ou comment les agents de santé jugent l'importance d'autres incitations, par ex. les conditions de vie et de travail, la formation, le feedback et les possibilités de promotion. Par exemple, la supervision améliore non seulement la performance au travail, mais il peut aussi améliorer la satisfaction professionnelle des agents de santé. Selon un sondage au Ghana, la distribution de la main-d'œuvre pharmaceutique n'est pas équitable; les régions rurales sont donc sous-desservies. L'adoption de montages incitatifs (par ex. : augmentation des salaires, logements confortables) pourrait attirer les pharmaciens dans les régions sous-desservies (Pharmacy Council/ministère de la Santé 2009).

En Indonésie, un système d'auto-monitorage a été mis en œuvre, dans lequel les effectifs des centres de santé ont sondé leurs propres registres d'ordonnances tous les mois. Les données ont servi à suivre trois indicateurs d'utilisation rationnelle : le nombre de médicaments prescrits, le pourcentage d'antibiotiques utilisés et le pourcentage de piqûres réalisées. Les managers ont assuré les fonctions d'éducation, de sondage et de supervision pour débattre des données avec le personnel et le système a enregistré des améliorations de l'utilisation rationnelle (Sunartono 1995).

La rétention du personnel de GCA peut être améliorée si des agents dédiés font partie de l'unité de coordination logistique au sein de l'établissement. Il conviendrait que les logisticiens soient sous la supervision des managers et qu'ils prennent part aux réunions régulières et aux activités de planification. L'unité peut encourager les échanges d'information sur diverses questions : achats de produits, conditionnement, stockage, chaîne du froid, transport et approvisionnements.

Filières professionnelles

Des efforts sont certes en cours pour fournir une formation logistique technique, mais la formation en soi ne suffit pas. Les organisations doivent établir des postes réservés aux logisticiens et les diplômés des programmes de formation doivent pouvoir trouver des emplois pertinents et suivre une formation continue. Une filière professionnelle en logistique encouragerait la rétention et la promotion. Il serait particulièrement utile d'élaborer une filière professionnelle

au sein de la pharmacie. On pourrait développer une nouvelle catégorie d'agents intitulés "techniciens de pharmacie" qui serait une troisième année de formation pour les assistants en pharmacie, sanctionnée par un diplôme.

Associations professionnelles

Une évaluation financée par l'OMS a étudié comment améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays en développement. L'étude s'est penchée sur la formation et sur la gestion organisationnelle et des ressources humaines (GRH), et a conclu que :

- La logistique de la santé devrait être reconnue à titre de profession, pertinente pour tous les pays en développement et les organismes devraient inclure des postes de logisticien de la santé.
- La formation et les connaissances spécialisées en logistique de la santé devraient s'organiser en réseau relié aux opérations de terrain, par des nœuds à l'échelon sous-régional et national (Silve 2009a).

Certifications ou qualifications de GCA pertinentes pour les systèmes de santé dans les pays en développement

Les fonctions de GCA doivent être définies et se traduire en un ensemble de compétences (par ex. gestion et quantification des stocks). Les compétences sont alors placées dans un référentiel basé sur les performances. Ce référentiel décrira de façon systématique les normes d'aptitude standard pour le personnel logistique. Les superviseurs pourront se servir de ce référentiel pour évaluer les carences de compétences et de connaissances des agents, comparer les performances avant et après la formation et améliorer les démarches de formation ainsi que le contenu des matériels didactiques.

Certaines certifications logistiques pour le transport de matière toxiques existent, par exemple ATEX⁶, de l'Association du transport aérien internationale (IATA) et ou de l'IMDG (Code maritime international des marchandises dangereuses). Il existe également des processus de certification pour le transport de produits non toxiques, par exemple des fournitures sanitaires, notamment le Chartered Institute of Logistics and Transport et le Chartered Institute of Procurement and Supply du Royaume Uni. Il existe également des certifications en logistique humanitaire, internationalement reconnues, de la Humanitarian Logistics Association, ainsi que des certifications basées sur des programmes.

En termes de référentiels de compétences, la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine (FMEM) a mis au point un référentiel mondial de compétences permettant de garantir que les compétences des médecins sont applicables mondialement et transférables, accessibles et transparentes. Selon la FMEM, les normes internationales peuvent être définies pour l'enseignement médical de base, en tenant compte des variations dues aux différences pédagogiques, culturelles, socioéconomiques et des systèmes de santé, entre autres. Des recommandations analogues pourraient être créées pour les pharmaciens et les responsables des chaînes d'approvisionnement.⁷ Un Conseil professionnel de la logistique de la santé pourrait mettre au point un référentiel basé sur la performance pour l'accréditation, élaborer des normes professionnelles de certification et évaluer la performance.

Un référentiel de compétences pour les logisticiens de la santé, composé de sept compétences principales, a été mis au point par l'Institut Bioforce avec l'appui de l'Agence de médecine préventive (AMP) et d'autres partenaires (Institut Bioforce 2010a). L'OMS/AFRO et l'UNICEF ont organisé deux séminaires au cours desquels les délégués de plusieurs pays africains, ainsi que le projet DELIVER/USAID, ont dégagé un consensus sur le référentiel final (Institut Bioforce 2010b).

Politiques et environnement favorable nécessaires à la professionnalisation de la GCA

Le PAM et l'UNICEF administrent des évaluations des capacités logistiques (ECL) lors de la préparation des interventions humanitaires. Ces évaluations sont conçues pour comprendre de façon approfondie l'infrastructure de transport d'un pays, particulièrement les liens logistiques (capacités portuaires et aéroportuaires), les réseaux routiers et ferroviaires, les installations de stockage, les procédures de manutention et les tarifs de rémunération du travail.

⁶ ATEX tire son nom du titre français de la directive 94/9/EC : *Appareils destinés à être utilisés en ATmosphères EXplosibles*.

⁷ http://www.fip.org/pharmacy_education

L'identification des carences pouvant entraîner des goulets d'étranglement des filières de livraison est particulièrement soulignée.⁸ Les ECL sont réalisées aux fins de livraison de l'aide humanitaire ou d'urgence, mais dans certains pays ces évaluations pourraient servir à améliorer la performance de la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

IV. Impact

Synthétiser la documentation indiquant que le renforcement des capacités des RHS pour l'approvisionnement de la santé pourrait améliorer les résultats de la chaîne d'approvisionnement et les résultats de la santé.

L'hypothèse est que le renforcement des capacités des RHS pour la gestion des approvisionnements de santé pourrait améliorer les résultats de la chaîne d'approvisionnement et les résultats de la santé. Mais à ce jour aucune étude approfondie n'a été réalisée pour déterminer l'impact sur les résultats de la santé des formations de GCA et d'autres activités de renforcement des capacités. Il existe de multiples facteurs de confusion qui empêchent la mesure de cet impact et son attribution à un facteur donné.

Les facteurs et les environnements pouvant influencer sur les pratiques des agents de santé et avoir un impact sur les résultats de la chaîne d'approvisionnement et de la santé comprennent :

Facteurs relatifs aux agents de santé Connaissances (par ex. des directives), compétences, motivation, satisfaction de l'emploi, rémunération, expérience, attitude, buts professionnels et personnels, compréhension des rôles et des responsabilités, et santé de l'agent lui-même.

Facteurs relatifs aux patients ou clients Gravité des maladies, exigences du patient et ses facteurs socioéconomiques (par ex. : âge, sexe, éducation, situation économique).

Caractéristiques du travail : Complexité et clarté des responsabilités, type de services exigés (soins aigus ou chroniques) et modification des directives au fil du temps.

Environnement de l'établissement de santé : Pratiques cliniques et attitudes des collègues, pression exercée par les pairs, leadership, supervision, présence de processus d'amélioration de la qualité, nombre de patients, disponibilité de fournitures et de matériel, accès à la communication, type et niveau d'établissement sanitaire, emplacement, organisation et participation de l'agent de santé à la planification.

Environnement éducatif et professionnel : Réseau de collègues, associations professionnelles et organes de certification, possibilités de développement éducatif et professionnel formel et informel, et possibilités d'emploi.

Environnement administratif : Politiques régissant les comportements et les conditions de travail des agents de santé, barèmes de salaires, régularité des paiements, incitations non financières, sécurité de l'emploi, leadership, présence de processus d'amélioration de la qualité, supervision des superviseurs, disponibilité de l'information et décentralisation.

Environnement politique et économique : Les conditions économiques du pays et le système de santé, idéologies, structures politiques et corruption.

V. Ressources

Cataloguer les ressources existantes qui permettraient d'appuyer le renforcement des capacités des RHS.

La littérature disponible aujourd'hui sur les études de GCA est limitée. Mais il existe certains référentiels, outils d'évaluation, réseaux et autres ressources qui pourraient appuyer le renforcement des capacités des RHS.

1. "A framework for developing effective procurement systems in developing countries" (Un cadre de développement de systèmes d'approvisionnement efficaces dans les pays en développement) propose l'établissement de critères de sélection pré-formation, fondé sur ces compétences essentielles. La formation est centrée sur l'élimination des carences identifiées de connaissances et de compétences. Le suivi a recours aux mêmes mesures de performance. Cet ensemble de technique renforçant le perfectionnement des performances semble réaliser des améliorations (OCDE/CAD - Banque mondiale 2004).
2. Un programme de formation pour les logisticiens de la santé, proposé au Bénin en 2008, recommandait le développement de sept compétences dans un cadre d'évaluation des performances des effectifs, l'identification des besoins en formation et l'élaboration d'un cursus basé sur les compétences pour un apprentissage en cours d'emploi.

⁸ <http://www.logcluster.org/tools/lca>

Les cursus pré-emploi pourraient être adoptés par les écoles offrant une formation en logistique de santé publique et gestion des fournitures. Un référentiel des compétences décrit les connaissances, les compétences et les aptitudes exigées d'un logisticien, à chaque échelon du système de santé (OMS/AFRO - Bioforce 2008).

3. Un guide d'évaluation des capacités des ressources humaines dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement de la santé a été conçu pour documenter la situation des capacités des ressources humaines d'un pays dans le domaine de la GCA et ses efforts d'excellence de la main-d'œuvre, et pour identifier les domaines se prêtant à des améliorations.
4. La Regional Technical Resource Collaboration for Pharmaceutical Management (RTRC) a été créée pour faire face aux insuffisances de compétences dans la gestion pharmaceutique en Afrique. Cette initiative réalise des évaluations des systèmes de gestion de l'approvisionnement pharmaceutique, et élaborer et mettre en œuvre un renforcement des compétences. La RTRC a entrepris plusieurs activités liées à l'évaluation et à la formation.
5. L'ouvrage "Profile of Human Resources for Health in Ten Countries in the Asia and Pacific Region" comprend un relevé cartographique qui récapitule les informations disponibles concernant les cadres travaillant au niveau communautaire dans chaque PIC : diversité, répartition, structures de supervision, instruction et formation. Les recommandations du rapport incluent notamment : renforcement du leadership et de la gestion, accroissement de la main-d'œuvre, amélioration des catégories de personnel, valorisation de la composition du personnel et de sa répartition, recours à des équipes volantes pour assurer la supervision et améliorer les services offerts dans les dispensaires, amélioration des incitations financières pour les effectifs dans les régions reculées. La stratégie est centrée sur la santé communautaire et primaire, et inclut les prestataires travaillant en dehors du secteur formel. Alors que davantage de systèmes de santé vont jusqu'au niveau des communautés, il est important de former les agents de santé des établissements à la participation communautaire et à la promotion de la santé, et les former aux principes de la GCA (Dawson 2010).
6. L'IAPHL est une communauté de pratiques consacrée à l'animation des échanges d'expériences et d'innovations professionnelles de la gestion logistique de la santé publique et de la sécurité des produits, à l'appui de la formation continue, à la promotion de l'utilisation de connaissances locales et régionales, et à l'agrandissement du réseau professionnel des membres. Ses membres font partie d'un réseau mondial et constituent une réserve de ressources professionnelles pour les pays et les programmes du monde entier.⁹
7. Le site Web Knowledge for Health (k4Health.org) comprend des eToolkits, qui sont des bibliothèques électroniques de ressources sur des sujets de santé particuliers, vérifiés et sélectionnés par des experts techniques. Ces outils sont conçus pour les managers des programmes de santé, les prestataires de services et les décideurs politiques et comprennent des ressources pour la gestion, la mesure, le suivi et l'optimisation de la logistique des chaînes d'approvisionnement des produits de santé.
8. Les organisations ci-dessous sont les principales collaboratrices de la conférence People that Deliver (en plus du site Web de la conférence— <http://www.peoplethatdeliver.org/> — leurs sites pourraient offrir des outils et des ressources supplémentaires) : Reproductive Health Supplies Coalition, CHAI, UNICEF, FNUAP, USAID, OMS, Banque mondiale, AMP, Bioforce, CapacityPlus, CILT, CIPS, Crown Agents, USAID | DELIVER PROJECT, IPPF, JSI, Marie Stopes International, Projet Optimize, RTT, SCMS, Bayer Schering Pharma, i+ Solutions, CIES (Faculté de santé publique du Nicaragua), Communauté de l'Afrique de l'Ouest, PRISMA (Pérou).
9. Le projet OPTIMIZE a élaboré une vision 2020 pour la participation des ressources humaines aux systèmes d'approvisionnement des vaccins. Cette vision est agencée en quatre axes : la vision 2020, un tour d'horizon analytique de la situation en 2011, les carences existantes et les priorités pour réaliser la vision. Ces documents sont à consulter sur <http://www.peoplethatdeliver.org/?q=content/2020-vision>.

VI. Conclusion

Les chaînes d'approvisionnement sont des systèmes complexes dont la gestion exige des capacités techniques et de gestion importantes. L'insuffisance de capacités des ressources humaines a des conséquences graves pour les systèmes de santé des pays en développement. Mais des compétences et une coordination accrues peuvent réduire les délais et les coûts et améliorer la performance d'ensemble de la chaîne d'approvisionnement. Il est donc d'une importance capitale de créer une *demande* et une *offre* d'agents possédant les compétences appropriées de GCA de la santé publique.

⁹ <http://knowledge-gateway.org/public/Default.aspx?c=ca7f45ec-3b4a-400f-a055-b19ed8771066>

Certains pays ont entrepris des initiatives pour développer, former et entretenir un cadre de logisticiens des produits de la santé publique. Mais ces efforts ne sont pas uniformes dans le monde et la question de la pérennité financière reste posée. Outre la formation et les directives, la gestion de la chaîne d'approvisionnement exige également des systèmes de gestion de la communication et de l'information. Dans certains cas, la technologie a évolué à un rythme plus rapide que les capacités de la main-d'œuvre, ce qui peut avoir une incidence sur la conception des emplois et les impératifs de compétences (Comité canadien des compétences logistiques 2005).

Les messages essentiels retenus par l'analyse bibliographique sont récapitulés ci-dessous :

- La disponibilité d'une main-d'œuvre de la santé en nombre suffisant, possédant les compétences appropriées, est cruciale pour un système de santé fonctionnant bien.
- Des données exactes, détaillées et à jour sont les conditions préalables de la gestion des RH.
- Le recrutement d'agents chargés de la logistique, à tous les niveaux et l'établissement de "normes" uniformes rehausse la GCA.
- Dans certains pays, une base de données unique et centralisée (registre des salariés) de tous les fonctionnaires de la santé constitue la seule source d'informations sur le personnel (nom, cadre, salaire, allocations, mais pas le lieu de travail). Il n'existe donc souvent aucun moyen de suivre les agents de santé dans le secteur privé.
- Les services des ressources humaines des ministères reconnaissent la nécessité de données plus détaillées et exactes sur les agents de santé, leurs compétences, leur charge de travail et les modèles de structuration du personnel.
- La densité des effectifs de la santé varie sensiblement selon les pays et est associée au développement économique.
- Les techniciens de pharmacie sont un volet important de la main-d'œuvre de pharmacie, constituant jusqu'à 75% de cette main-d'œuvre dans certains pays. Leur développement plus poussé pourrait améliorer la GCA.
- La garantie de mécanismes qui assurent les compétences des praticiens reste un but essentiel de la politique de l'éducation de la santé. Les systèmes et l'appui au développement professionnel continu (DPC) devraient viser le développement basé sur les compétences.
- Il conviendrait que la planification de la main-d'œuvre de la santé vise l'auto-suffisance dans le cadre d'un système intégré, englobant tous les cadres des services de santé. Le processus de planification devrait se fonder sur des données fiables concernant la main-d'œuvre et les facteurs qui ont une incidence sur elle, et doit être aligné sur les besoins locaux.
- Les attentes quant à la performance, le feedback en temps opportun, un environnement, des incitations, des compétences et des connaissances adéquats sont nécessaires aux agents de santé pour assurer de bons résultats.
- Les partenariats stratégiques entre parties prenantes, par exemple les ministères de la Santé, de l'Éducation, les institutions de formation, les organismes professionnels et les organisations régionales et internationales se sont révélés utiles pour appuyer les progrès de la planification et du développement des effectifs de la santé, ainsi que les réglementations et les réformes de l'éducation et des pratiques.

Bibliographie

- Adano, Ummuro. 2008. *The health worker recruitment and deployment process in Kenya: An emergency hiring program*. Human Resources for Health, v. 6.
- Anderson, C, I Bates, D Beck, TP Brock, B Futter, H Mercer, M Rouse, S Whitmarsh, T Wuliji, A Yonemura. 2009. *The WHO UNESCO FIP Pharmacy Education Taskforce*. Human Resources for Health, 2009 Jun 5; 7:49.
- Bioforce Institute. 2010a. *Curriculum institutionnel de formation logisticien de santé: Document de travail*. Available at: http://bioforce.asso.fr/IMG/pdf/referentiel_d_emploi_du_logisticien_de_sante.pdf (accessed May 13, 2011).
- Bioforce Institute. 2010b. *Rapport Technique: Atelier de Consensus sur le Programme de formation initiale du Logisticien de Santé*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo. Available at: http://www.bioforce.asso.fr/IMG/pdf/RAPPORT-FINAL-ATELIER-CONSENSUS-FORMATION-LdS-KIN-MAI_2010.pdf (accessed May 13, 2011).
- Brock, T, Wuliji, T, Sagwa, E, Mbirizi, D. 2009. *Technical Report: Exploring the Establishment of a Pharmacy Course at the University of Namibia, March 12–27, 2009*. Arlington, Va.: Management Sciences for Health.
- Brown, Andrew. 2010a. *How to apply cultural understanding and local ways of learning to the development of pharmacy competencies in Pacific Islands Countries (PICs)*. Lisbon, Portugal: FIP Congress.
- Brown, Andrew and Zinck, P. 2010b. *Innovative education to support MDGs — Essential Medicines Supply Competency development through the use of innovative culturally based teaching methods specific to various cadres*. Bali, Indonesia: Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health (AAAHA) conference.
- Bruce, Linda. 2008. *Survey of Immunization, Procurement, Logistics and Supply Chain Training*. WHO-PATH Project OPTIMIZE.
- Bruno, Andreia, Ian Bates, Tina Brock and Claire Anderson. 2010. *Towards a Global Competency Framework*. American Journal of Pharmaceutical Education 2010; 74 (3).
- Callaghan, Mike, Nathan Ford and Helen Schneider. 2010. *A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa*. Human Resources for Health 2010, 8:8.
- Canadian Logistics Skills Committee. 2005. *Strategic Human Resources Study of the Supply Chain Sector — Final Report*. Stouffville, Ontario.
- The Chartered Institute of Purchasing & Supply (CIPS). *Supply Chain Management National Occupational Standards (NOS)*. Available at: <http://www.cips.org/Documents/About%20CIPS/NOS%20in%20SCM%20Oct09.pdf> (accessed May 3, 2011).
- Crigler, Lauren, Alfredo L., Orla de Diez, Susan Gearon and Hayk Gyuzalyan. 2006. *Training Alone is Not Enough: Factors that influence the Performance of Healthcare Providers in Armenia, Bangladesh, Bolivia and Nigeria*. Performance Improvement Quarterly, 19(1): 99-116.

Cunningham, Christopher, Gary Forster and Chris Saunders. 2010. *Transport Management: A Self-Learning Guide for Local Transport Managers of Public Health Services*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.

Dawson, Angela, Tara Howes et al. 2010. *Profile of Human Resources for Health in Maternal, Neonatal and Reproductive Health in Community Setting in Ten Countries in the Asia and Pacific Regions*. Sydney, Australia: School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales.

Dicko, Modibo. 2010. *Human Resources Development for SCM in public health*. Kuala Lumpur, Malaysia: Technet Consultation.

Dovlo, Delanyo. 2004. *Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa: A desk review*. Accra, Ghana: *Human Resources for Health* 2004, 2:7doi:10.1186/1478-4491-2-7

Dussault, Gilles. 1999. *Human Resources Development: The Challenge of Health Sector Reform*.

Eomba, Motomoke, Gregory Roche, and Erin Hasselberg. 2010. *Initiating In-Country Pre-Service Training in Supply Chain Management for Health Commodities: Process Guide and Sample Curriculum Outline*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.

Global Health Council. 2009. *Understanding Private Sector Involvement in Health Systems*. White River Junction, Vt.

Hasselberg, Erin. 2010. *Human Resource Capacity in Public Health Supply Chain Management: An Assessment Guide*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT.

Kane, Mark. 2008. *Evaluation of the Project to Support PAV (Expanded Program on Immunization) in Northern Mozambique, 2001-2008*. VillageReach.

Laing, Ro, HV Hogerzeil and D Ross-Degnan. 2001. *Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries*. Oxford University Press: *Health Policy and Planning*; 16(1): 13-20.

Loevinsohn, Benjamin. 2008. *Performance-based contracting for health services in developing countries: A toolkit*. World Bank Institute, 2008.

Management Sciences for Health. 2006. *Human Capacity Development Assessment for Public Sector Pharmaceutical Services in Namibia: Strategies to Scale Up HIV/AIDS Programs and ART Therapy*. Arlington, Va.: Management Sciences for Health.

Matowe, Lloyd, Paul Waako, Richard Odoi-adome, Isaac Kibwage, Omary Minzi and Emile Bienvenu. 2008. *A strategy to improve skills in pharmaceutical supply management in East Africa*. *Human Resources for Health* 2008, 6:30.

Miles K, DJ Clutterbuck, O Seitio, M Sebego, A Riley. 2007. *Antiretroviral treatment roll-out in a resource constrained setting: Capitalizing on nursing resources in Botswana*. *Bull World Health Organization* 2007; 85(7):555-600.

Ministry of Health and Social Welfare (MOHSW). 2009. *Assessment of the Pharmaceutical Human Resources in Tanzania and The Strategic Framework*. Dar es Salaam, Tanzania.

MIT-Zaragoza. 2008. *From More to Better: Towards leveraging supply chain innovation across global health initiatives*. Zaragoza, Spain: Global Health Supply Chain Summit.

Nfor, Emmanuel, and Lloyd Matowe. 2007. *West Africa Regional Technical Resource Center for*

Pharmaceutical Management in Ghana and Nigeria, June 25–July 9, 2007: Conceptual Framework. Arlington, Va.: Management Sciences for Health.

O’Connell, Thomas S. 2008. *Survey of procurement and supplies management training*.

OECD/DAC – World Bank. 2004. *A framework for developing effective procurement systems in developing countries: The Johannesburg Declaration*. OECD/DAC – World Bank Joint Round Table Initiative on Strengthening Procurement Capacities in Developing Countries.

Pharmacy Council/Ministry of Health. 2009. *Assessment of Human Resources for Pharmaceutical Services in Ghana*. Accra, Ghana.

Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC). 2009. *Improving Health Outcomes through Professionalizing the Management of Public Health Supply Chains, White Paper #1*.

Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC). 2010. *Medicine Access and Supply Chain Management in Developing Countries*.

Roche, Gregory, Jennifer Antilla, Erin Hasselberg, Sylvia Ness. 2009. *Professional Development Opportunities for Public Sector Reproductive Health Commodity Managers*. Program for Appropriate Technology in Health (PATH). PATH and John Snow, Inc. (JSI).

Sarley, David, Elaine Baruwa, and Marie Tien. 2010. *Zimbabwe: Supply Chain Costing of Health Commodities*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.

Silve, Benoît. 2009a. *Etude en collaboration avec OMS/AFRO des besoins de formation de personnel de santé des pays africains, dans les domaines de la logistique des programmes de santé*. Lyon, France: Institut Bioforce avec le soutien technique de l’AMP.

Silve, Benoît. 2009b. *Health logistics is a profession: Improving the performance of health in developing countries*. Field Actions Science Report.

Silve, Benoît. 2009c. *Logistics training needs assessment*. Burkina Faso: Bioforce Institute.

Stringer J, I Zulu, J Levy, E Stringer, A Mwangi, BH Chi. 2006. *Rapid Scale-up of Antiretroviral Therapy at Primary Care Sites in Zambia*. Journal of the American Medical Association 2006; 296:782-793.

Sunartono et al. 1995. *Impact evaluation of self-monitoring of drug use indicators in health facilities: Experiences from Gunungkidul, Indonesia*. Essential Drugs Monitor 1995; 20:21–22.

Transaid. 2002. *South Africa Department of Health Transport Management Project*. London, UK.

USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1. 2010a. *Logistics Management Units: What, Why, and How of the Central Coordination of Supply Chain Management*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.

USAID | DELIVER PROJECT. 2010b. *Sustainable Training Programs Ensure Access to Health Commodities in Rwanda*. Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 1.

VillageReach. 2009. *Comparison of Costs Incurred in Dedicated and Diffused Vaccine Logistics Systems*.

Vledder, Monique, Jed Friedman, Mirja Sjoblom and Prashant Yadav. 2010. *World Bank Policy Note: Enhancing Public Supply Chain Management in Zambia*. Washington, D.C.: The World Bank.

Waako, Paul J, Richard Odoi-adome, Celestino Obua, Erisa Owino, Winnie Tumwikirize, Jasper Ogwalokeng, Willy W Anokbonggo, Lloyd Matowe and Onesky Aupont. 2009. *Existing capacity to manage pharmaceuticals and related commodities in East Africa: An assessment with specific reference to antiretroviral therapy*. Human Resources for Health 2009, 7:21

Walsh A, Ndubani P, Simbaya J, Dicker P, Brugha R. 2010. *Task sharing in Zambia: HIV service scale-up compounds the human resource crisis*. BMC Health Service Research. 2010; 10:272.

Wuliji, T, 2010. *Reproductive Health Commodities Procurement and Supply Chain Management Capacity Needs Assessment*. Arlington, Va.: Management Sciences for Health.

The World Bank. 2010. *Task sharing in Zambia: HIV service scale-up compounds the human resource crisis*.

World Health Organization (WHO). 2006a. *Taking stock: Task shifting to tackle health worker shortages*. Geneva, Switzerland: Health Systems and Services (HSS).

World Health Organization (WHO). 2006b. *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO). 2008. *Task shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines*. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO/AFRO)–Bioforce. 2008. *Technical report — Initial training program for health logistician workshop*. Ouidah, Benin.