



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

La chaîne d'approvisionnement en aliments thérapeutiques prêts à l'emploi en République démocratique du Congo

Analyse et recommandations pour le renforcement de la
livraison du dernier kilomètre dans les provinces du Kasai
Oriental et du Nord Kivu



À propos de l'USAID en action pour la nutrition

L'USAID en action pour la nutrition est le projet phare multisectoriel de l'Agence en matière de nutrition, dirigé par JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI), et un groupe diversifié de partenaires expérimentés. Lancé en septembre 2018, l'USAID en action pour la nutrition met en œuvre des interventions nutritionnelles dans tous les secteurs et toutes les disciplines pour l'USAID et ses partenaires. L'approche multisectorielle du projet rassemble l'expérience mondiale en matière de nutrition pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes qui s'attaquent aux causes profondes de la malnutrition. Engagée dans une approche systémique, l'USAID en action pour la nutrition s'efforce de maintenir des résultats positifs en renforçant les capacités locales, en soutenant les changements de comportement et en renforçant l'environnement favorable afin de sauver des vies, d'améliorer la santé, de renforcer la résilience, d'accroître la productivité économique et de faire progresser le développement.

Clause de non-responsabilité

Ce rapport a été rendu possible grâce au soutien généreux du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international. Le contenu relève de la responsabilité de JSI Research & Training Institute, Inc., et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Citation recommandée

USAID en action pour la nutrition. 2023. *La chaîne d'approvisionnement en aliments thérapeutiques prêts à l'emploi en République démocratique du Congo : Analyse et recommandations pour le renforcement de la livraison du dernier kilomètre dans les provinces du Kasai Oriental et du Nord Kivu*. Arlington, VA : USAID en action pour la nutrition.

PHOTO DE COUVERTURE : Gwenn Dubourthoumieu

LÉGENDE DE LA PHOTO : Un enfant reçoit un traitement à base d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) dans une Unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire dans la province du Sud Kivu en RDC.

USAID en action pour la nutrition

JSI Research & Training Institute, Inc.
2733 Crystal Drive
4e étage
Arlington, VA 22202

Téléphone : 703-528-7474

Courriel : info@advancingnutrition.org

www.advancingnutrition.org

CONTENU

REMERCIEMENTS	ii
ACRONYMES	iii
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	I
Contexte	I
Méthodologie	I
Résultats	3
Discussion	10
Recommandations	10
Conclusion	11
INTRODUCTION ET CONTEXTE	14
Traitement de l'émaciation sévère en RDC	14
Justification de l'étude	16
Filières de la chaîne d'approvisionnement des ATPE en RDC	17
MÉTHODOLOGIE	22
Cadre conceptuel	22
Le cycle logistique :	22
Questions de recherche	23
Conception de l'étude	23
RÉSULTATS	30
Description des filières d'ATPE	30
Achat et importation des ATPE par l'UNICEF	32
Approvisionnement direct des ONG et importation des ATPE par les ONG	45
Performance des filières	50
Facteurs de coût des filières	56
Défis sous-jacents affectant la disponibilité des ATPE	57
Possibilités de renforcement	60
DISCUSSION	64
Recommandations	65
Conclusions	66
RÉFÉRENCES	67
ANNEXE I. SITES VISITÉS	69

REMERCIEMENTS

USAID en action pour la nutrition souhaite remercier les personnes du gouvernement, des entités des Nations Unies, des partenaires de mise en œuvre et du personnel des établissements de santé qui ont servi d'informateurs clés pour cette analyse. Nous tenons également à remercier les équipes de recensement, composées de membres du personnel du Programme national de nutrition, de la direction provinciale de la santé et des équipes de gestion des zones de santé, ainsi que le spécialiste de la nutrition de l'USAID, Richard Cibangu, qui a dirigé les activités de collecte de données en République démocratique du Congo. Nous tenons également à remercier l'USAID en action pour la nutrition et l'équipe JSI Health Logistics qui ont contribué à la conception, à l'analyse et à l'examen des données : Ariella Bock, Karin Christianson, Abby Conrad, Ben Hatch, Kavita Sethuraman et Amanda Yourchuck.

ACRONYMES

ACF	Action contre la Faim
ACP	Accord de coopération de programme
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASRAMES	Association régionale d'approvisionnement en médicaments essentiels
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
BCZ	Bureau central de la zone de santé
BHA	Bureau for Humanitarian Assistance (Bureau de l'assistance humanitaire)
CDR	Central d'achat et de distribution Régionale des médicaments essentiels génériques
CDS	Centre de développement social
CMA	consommation mensuelle annuelle
DHIS-2	District Health Information System 2 (Système d'information sanitaire du district 2)
DPS	Direction provinciale de la santé
EGIM	Enquêtes par grappes à indicateurs multiples
F-100	formule-100
F-75	formule-75
GNC	Global Nutrition Cluster (Groupe sectoriel sur la nutrition mondial)
GTT	groupe de travail technique
IPC	Integrated Food Security Phase Classification (IPC) (Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire)
JSI	JSI Research & Training Institute, Inc.
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MS	Ministère de la Santé
MSF	Médecins Sans Frontières
MSPHP	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAH	Plan d'action humanitaire
PB	Périmètre brachial

PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
PRODOC	Document de programme
PRONANUT	Programme national de nutrition
PUI	Première Urgence Internationale
RDC	République démocratique du Congo
RECO	Relais communautaire (bénévole en santé communautaire)
SIGL	Système d'information en gestion logistique
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (Suivi et évaluation normalisés des phases de secours et de la transition)
UNHAS	United Nations Humanitarian Air Service (Service aérien d'aide humanitaire des Nations Unies)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UNTA	Unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire
UNTI	Unité nutritionnelle thérapeutique intensive
USAID	U.S. Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement international)

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

En République démocratique du Congo (RDC), le grand nombre d'enfants souffrant d'émaciation sévère a entraîné une augmentation de la demande d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), le produit utilisé pour traiter les enfants en soins ambulatoires (IPC 2022). Dans le cadre des efforts visant à comprendre et à documenter la livraison du dernier kilomètre de ce produit salvateur aux établissements de santé en RDC, USAID en action pour la nutrition a étudié quatre filières d'ATPE soutenues par l'Agence des États-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development [USAID]). En utilisant une approche mixte, nous avons cherché à répondre aux principales questions de recherche liées à la structure et au coût des filières, à la disponibilité des stocks et aux principaux défis. Nous avons constaté que toutes les filières étaient confrontées à des problèmes de rupture de stock et de transport. Les informateurs clés ont mis en évidence plusieurs possibilités importantes de renforcement des filières, telles que l'évaluation de l'état de préparation de la chaîne d'approvisionnement nationale à l'intégration des ATPE, l'amélioration de la coordination des bailleurs de fonds en matière d'ATPE et l'extension du rôle du groupe sectoriel sur la nutrition « Nutrition Cluster » dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

CONTEXTE

Depuis 2019, USAID en action pour la nutrition soutient le Bureau d'assistance humanitaire (Bureau for Humanitarian Assistance [BHA]) de l'USAID et la Mission de l'USAID en RDC pour comprendre les défis auxquels sont confrontés les acteurs de la nutrition chargés de fournir des services de traitement et de prévention de l'émaciation. Dans le cadre de son soutien continu à documenter les services de traitement de l'émaciation en RDC, l'USAID en action pour la nutrition a précédemment identifié des problèmes persistants dans le système logistique des ATPE dans certaines zones de santé des provinces du Kasaï Oriental et du Sud Kivu qui reçoivent un soutien de l'USAID. Parmi les principaux défis et goulets d'étranglement potentiels du système logistique que nous avons identifiés, on peut citer —

- disponibilité très variable des ATPE dans les établissements de santé, peut-être en raison du type de filière d'approvisionnement.
- des durées de contrat variables avec les partenaires responsables de la livraison du dernier kilomètre des ATPE, en fonction du bailleur de fonds (par exemple, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF] ou le BHA).

- des processus de partenariat différents pour la planification des besoins en ATPE, les responsables locaux étant largement exclus.
- l'existence de plusieurs systèmes de suivi de fournitures d'ATPE, mais un manque de clarté sur la question de savoir si et comment ils sont intégrés ou comment les données sont utilisées pour la planification et la gestion des approvisionnements en ATPE (USAID en action pour la nutrition 2022).

Compte tenu des défis identifiés précédemment et des différences marquées de performance entre les zones de santé, il a été déterminé que davantage d'informations étaient nécessaires pour comprendre ce qui était à l'origine de ces différences de performance, ainsi que les implications potentielles en termes de coûts et de résultats du programme qui pourraient être liées à la variabilité de la structure de la filière et des mécanismes de livraison.

DÉFINITION DE LA FILIÈRE DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

Une « filière » de la chaîne d'approvisionnement désigne « l'ensemble de la chaîne des installations de stockage physique et des liaisons de transport par lesquelles les fournitures sont acheminées du fabricant à l'utilisateur, y compris les installations portuaires, l'entrepôt central, les entrepôts régionaux, les entrepôts de district, tous les points de prestation de services et les véhicules de transport » (John Snow, Inc. 2020).

MÉTHODOLOGIE

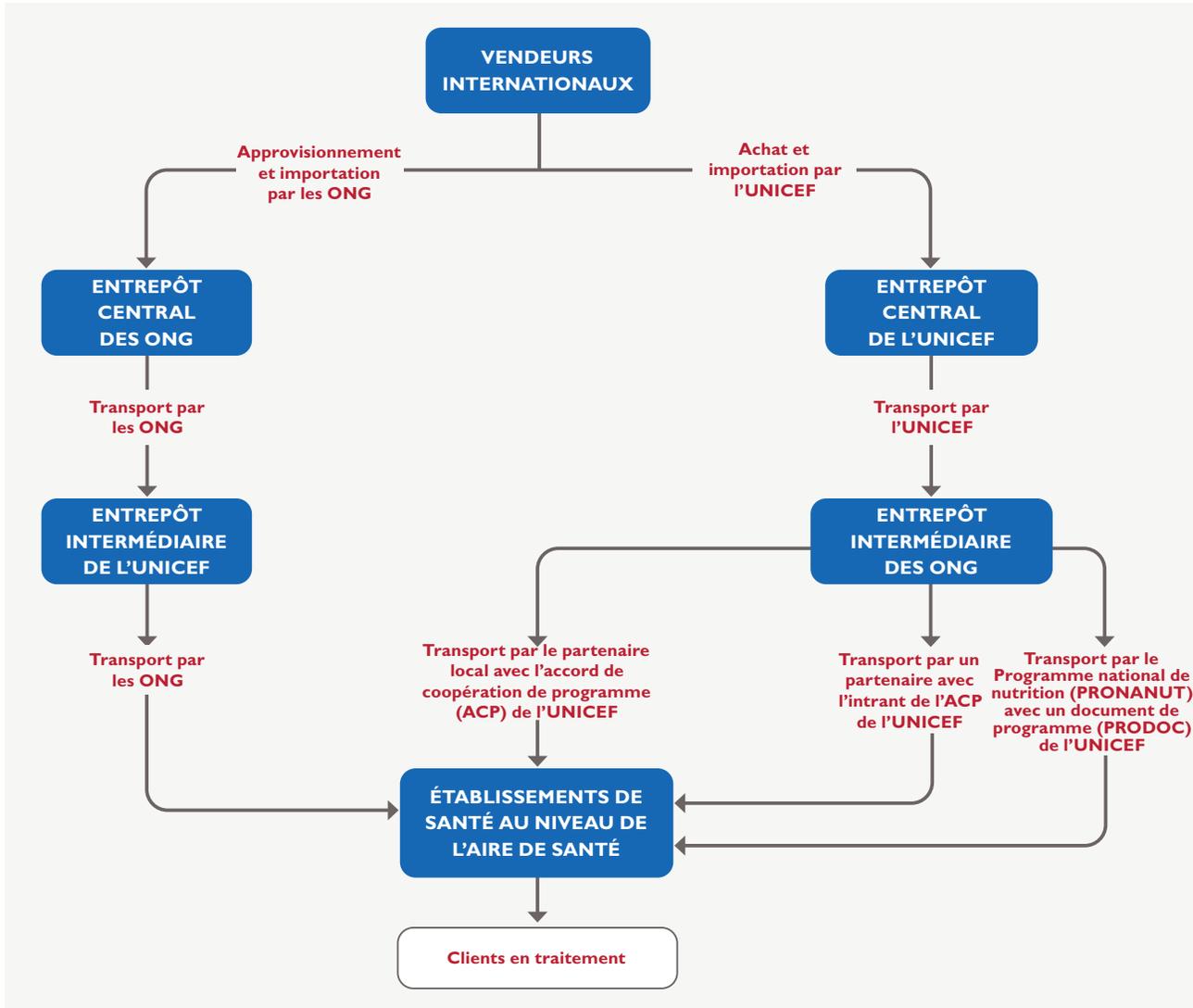
Cette étude a porté sur quatre filières d'ATPE que nous avons identifiées dans le cadre de nos travaux antérieurs. Chacune de ces filières peut bénéficier d'un soutien direct ou indirect¹ de l'USAID. Pour trois des filières, l'UNICEF est responsable de l'achat, de l'importation et de la distribution des ATPE depuis les entrepôts centraux jusqu'aux provinces. La livraison du dernier kilomètre des ATPE est alors effectuée de trois façons : par un partenaire de mise en œuvre financé par l'UNICEF dans le cadre d'un accord

1. L'USAID fournit des fonds à l'UNICEF pour soutenir les services de prévention et de traitement de l'émaciation. Pour les besoins de cette étude, USAID en action pour la nutrition suppose que les filières qui sont sous la responsabilité de l'UNICEF reçoivent un certain niveau de soutien « indirect » de la part de l'USAID.

de coopération de programme (ACP) ; par un partenaire de mise en œuvre qui a reçu des ATPE en nature à distribuer dans le cadre d'un intrant de l'ACP (accord de fourniture uniquement) ; ou par un acteur gouvernemental, tel que le Programme national de nutrition (PRONANUT), dans le cadre d'un document de programme (PRODOC) signé entre l'UNICEF et le gouvernement.

Le dernier type de filière que nous avons examiné est soutenu par une organisation non gouvernementale (ONG) internationale, avec un financement direct du BHA pour l'achat, l'importation et la distribution des ATPE, généralement dans le cadre d'un ensemble plus large de soutien aux services de traitement de l'émaciation sévère. Ces filières sont illustrées dans la figure ESI.

Figure ESI. Structure des filières pour la livraison du dernier kilomètre des ATPE soutenue par l'USAID.



L'ensemble de l'échantillonnage de cette étude a été effectué à dessein. Au total, nous avons visité 27 aires de santé et mené 73 entretiens avec des informateurs clés. Nous avons également visité 43 installations de stockage des ATPE (par exemple, des entrepôts au niveau de la région/province/zone de santé et des dépôts d'établissements de santé) pour examiner les registres de stocks et/ou compléter la collecte de données quantitatives. Nous avons mené des entretiens avec des informateurs clés au sein du personnel des établissements de santé, du gouvernement, des partenaires de mise en œuvre et des entités des Nations Unies à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement afin d'en savoir plus sur la structure des filières, les procédures de gestion des stocks, le transport et la logistique, la planification des achats et les procédures contractuelles, les principaux facteurs de coûts, ainsi que les défis et les opportunités perçus. Nous avons également effectué des visites en personne dans les entrepôts et examiné les registres des stocks.

RÉSULTATS

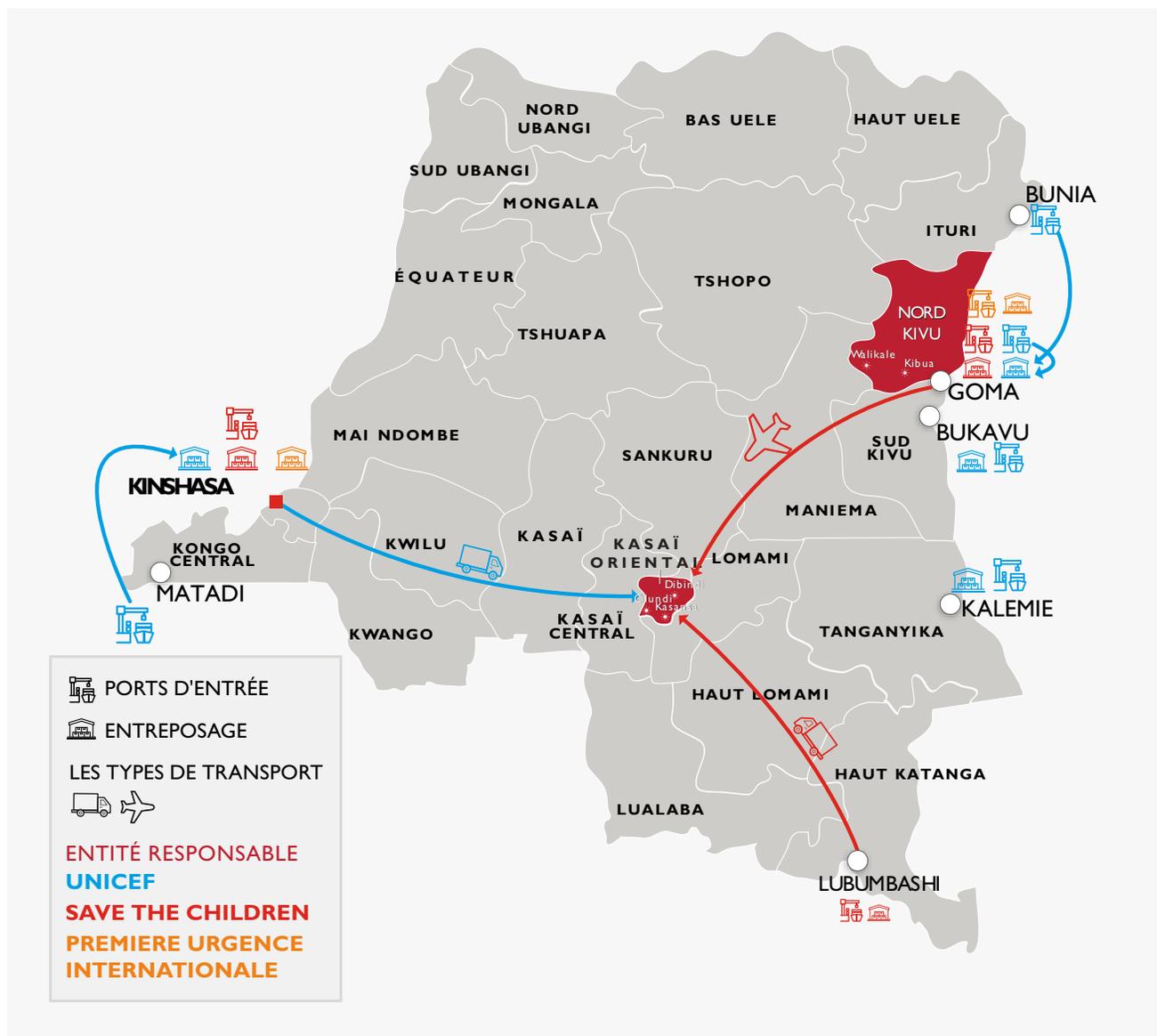
Nos conclusions sont présentées dans quatre sections. Tout d'abord, nous décrivons chacune des filières d'approvisionnement en ATPE examinées, en nous basant sur les explications des processus clés fournies par des informateurs clés à tous les niveaux du système de santé. Nous présentons ensuite une analyse de la performance des filières, basée sur des informations qualitatives et quantitatives sur la disponibilité de l'offre et les ruptures de stock. Nous examinons les facteurs de coût des différentes filières et les questions qui affectent la capacité à calculer le coût de chaque filière. Enfin, nous examinons les problèmes sous-jacents identifiés par les informateurs clés qui pourraient contribuer aux ruptures de stock d'ATPE.

Description des filières d'ATPE

Les descriptions des filières sont basées sur les informations qui nous ont été communiquées par les informateurs clés aux niveaux national, provincial, de la zone de santé et de l'aire de santé. Nous fournissons à la fois une description des processus clés tels que rapportés par les Nations Unies, le gouvernement ou l'agence partenaire de mise en œuvre, et les perspectives du personnel de la zone de santé et de l'aire de santé afin de fournir une image complète de la manière dont chaque filière fonctionne.

Les trois importateurs d'ATPE que nous avons examinés - l'UNICEF, Save the Children et Première Urgence International (PUI) — avaient des délais similaires pour l'importation des ATPE, soit environ six mois. Alors que l'UNICEF est exemptée des taxes à l'importation et d'autres exigences, Save the Children et PUI ont tous deux rencontré des difficultés importantes en ce qui concerne les procédures d'importation et les demandes d'exemption en suspens. Le flux de produits des entrepôts centraux de ces partenaires vers les provinces, les zones de santé et les aires de santé varie considérablement, comme l'illustre la figure ES2.

Figure ES2. Résumé des entrepôts centraux et des points d'entrée pour les partenaires importateurs



En ce qui concerne les procédures de gestion des stocks, les informations fournies par les informateurs clés au niveau des installations dans le Kasai Oriental étaient généralement plus solides que dans le Nord Kivu. D'une manière générale, la plupart des informateurs au niveau des établissements ont confirmé qu'ils signaient un bon de livraison ou un reçu lorsqu'ils recevaient des stocks et qu'ils mettaient à jour leurs fiches de stock lorsqu'ils recevaient de nouvelles

fournitures. Toutes les structures ont mentionné un certain type de système de rapports, la majorité d'entre elles ayant confirmé qu'elles envoyaient des rapports mensuels au bureau central de la zone de santé (BCZ), qui tend ensuite à compiler et à partager ces rapports avec le partenaire de soutien et/ou PRONANUT ou l'UNICEF. Le tableau ESI résume certaines des procédures de gestion des stocks au niveau de l'établissement mentionnées par les informateurs clés.

Tableau ESI. Résumé des procédures de gestion des stocks au niveau de l'établissement, par zone de santé, mentionnées par les informateurs clés

	Kasaï Oriental			Nord Kivu			Total des sites de prestation de services
	Cilundu Save the Children-Approvisionnement des ONG	Dibindi Centre de développement social-ACP	Kasansa Save the Children-Approvisionnement des ONG	Goma Pas de soutien défini des partenaires/des filières	Kibua Approvisionnement PUI-ONG	Walikale PRO-NANUT-PRO-DOC	
Compter le stock à l'arrivée	2/5	3/6	4/6	0 à 4	0 à 4	0/5	30 % (9/30)
Signer un bon de livraison et/ou avoir un bordereau de réception	5/5	5/6	6/6	2/4	2/4	1/5	70 % (21/30)
Mettre à jour les fiches de stock à l'arrivée	3/5	6/6	4/6	4/4	2/4	1/5	67 % (20/30)
Nécessité d'une demande d'approvisionnement pour sortir le stock du dépôt	3/5	6/6	5/6	1/4	2/4	1/5	60 % (18/30)
Utiliser des outils de suivi des stocks basés sur les clients (par exemple, faire des références croisées avec les cartes des clients ou tenir un carnet de consommation).	4/5	5/6	5/6	1/4	2/4	2/5	63 % (19/30)
Le personnel de l'établissement fait participer la communauté à la réception du stock (par exemple, déchargement ou signature du bordereau de livraison).	1/5	2/6	3/6	1/4	1/4	0/5	27 % (8/30)
Remplir les rapports hebdomadaires, y compris les données sur les stocks.	0/5	6/6	2/6	0 à 4	4/4	0/5	27 % (8/30)
Remplir les rapports mensuels, y compris les données sur les stocks.	4/5*	6/6	5/6	4/4	4/4	3/5**	87 % (26/30)
Nombre moyen de procédures mentionnées par le personnel de l'établissement	4/7 (57 %)	4,5/7 (69 %)	4,8/7 (69 %)	2,25/7 (32 %)	3/7 (43 %)	1,2/7 (17 %)	3,43/7 (49 %)

* Toutes les installations ont indiqué qu'elles envoyaient des rapports au BCZ, mais l'une d'entre elles n'a pas précisé la fréquence.

** Toutes les structures visitées ont mentionné l'envoi de rapports à la zone de santé, mais seules trois des cinq structures ont précisé qu'il s'agissait de rapports mensuels. Toutefois, il est probable que les cinq pays présentent effectivement des rapports mensuels.



CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOMIEU

De nombreuses routes en RDC deviennent impraticables pendant la saison des pluies, ce qui pose d'importants problèmes pour assurer un approvisionnement fiable en ATPE dans les aires de santé.

Performance des filières

Nous avons défini la performance des filières en fonction de la fiabilité de l'approvisionnement par les partenaires et de la disponibilité des ATPE dans les établissements de santé visités. Nous avons évalué la filière de chaque zone de santé à l'aide d'un outil quantitatif permettant de recueillir des données sur des indicateurs clés, tels que les taux de rupture de stock le jour de la visite, les ruptures de stock d'après les registres et la question de savoir si la quantité reçue est égale à la quantité commandée. Le tableau ES2 résume les conclusions de notre examen des registres et des rappels du personnel sur les ruptures de stock.

Comme le montre le tableau ES2, d'après les données quantitatives que nous avons recueillies, toutes les zones de santé ont connu des ruptures de stock au cours des six derniers mois. En termes de

performance globale, sur la base du nombre le plus faible de ruptures de stock au cours des six derniers mois, les installations soutenues par Save the Children à Cilundu et Kasansa ont obtenu les meilleurs résultats. Bien que les registres de stocks ne soient pas tous complets, sur la base des registres disponibles, les installations soutenues par Save the Children à Cilundu ont connu les périodes de rupture de stock les plus courtes. Bien que les sites soutenus aient connu des ruptures de stock, la zone de santé de Walikale, soutenue par le PRONANUT, semble également avoir obtenu des résultats raisonnables en comparaison, étant l'une des deux seules zones de santé (l'autre étant Cilundu) où aucun des sites visités n'était en rupture de stock le jour de notre visite. La zone de santé de Goma, qui ne bénéficie pas du soutien d'un partenaire spécifique (par exemple, un partenaire de mise en œuvre ou l'UNICEF), est sans surprise la plus mal lotie dans tous les domaines que nous avons étudiés.

Tableau ES2. Résumé des données relatives à l'examen des fiches de stock et au rappel des ruptures de stock par zone de santé²

Indicateur	Kasaï Oriental			Nord Kivu			Toutes les zones de santé
	Cilundu Save the Children-Approvisionnement des ONG	Dibindi Centre de développement social-ACP	Kasansa Save the Children-Approvisionnement des ONG	Goma Pas de soutien défini des partenaires/ des filières	Kibua Approvisionnement PUI-ONG	Walikale PRO-NANUT-PRO-DOC	
Le personnel se souvient d'une rupture de stock au cours des six derniers mois.	3/5	5/5	2/5	3/3	3/3	5/5	81 % (21/26)
Parmi les établissements ayant mis à jour leurs fiches de stock, nombre de ceux qui ont indiqué une rupture de stock au cours des six derniers mois.	3/5	5/5	1/4	1/1	3/3	5/5	78 % (18/23)
Présentant une rupture de stock le jour de la visite	0/5	2/5	2/5	3/3	2/3	0/5	35 % (9/26)
Disposer de registres indiquant que l'établissement a moins d'un mois de stock restant (y compris 0).	3/5	5/5	5/5	3/3	3/3	5/5	92,5 % (24/26)
Débit de sachets d'ATPE enregistré au cours des six derniers mois (fourchette)	4 663 à 9 700	20 938 à 35 039	5 057 à 12 296	2 100 à 2 550	3 518 à 6 575	5 206 à 20 741	41 482 à 86 901
Nombre de jours de rupture de stock au cours des six derniers mois (fourchette)	5 à 12	27 à 93	28 ³	44 ⁴	27 à 109	19 à 62	-
Nombre de mois de données disponibles sur les fiches de stock au cours des six derniers mois (fourchette)	6	4 à 6	3 à 6	2 à 4	6	5 à 6	-
Pourcentage de temps pour lequel l'établissement disposait de registres au cours des six derniers mois montrant qu'il était en rupture de stock (fourchette).	3 à 7 %	15 à 72 %	31 %	37 %	15 à 61 %	11 à 41 %	-

2. Pour faciliter l'interprétation des résultats de l'indicateur, le tableau est ombré selon un schéma à trois niveaux de « feux de signalisation ». Les différences entre les couleurs sont basées sur notre évaluation subjective des notes dans chaque domaine. Le débit n'est pas noté car il n'est pas bon ou mauvais en soi, mais constitue plutôt un indicateur de l'importance relative, en termes de consommation déclarée d'ATPE, des différentes zones de santé. Nous évaluons également l'ampleur des ruptures de stock en utilisant à la fois les rappels du personnel et les registres de stocks pour avoir une idée de l'ampleur du problème. Toutefois, les indicateurs qui reposent sur les données des registres de stocks doivent être interprétés avec prudence, car plusieurs établissements avaient des registres de stocks incomplets et il était donc difficile de savoir ce qui se passait pendant ces périodes. Nous n'avons pas pris en compte les mois sans données dans notre analyse. Ces estimations peuvent donc constituer une estimation prudente de la durée réelle pendant laquelle l'établissement a été en rupture de stock au cours de la période analysée.

3. Sur les cinq établissements visités à Kasansa, deux étaient en rupture de stock au moment de la visite, mais un seul des cinq établissements disposait de registres détaillés des stocks.

4. Bien que les trois établissements de Goma aient été en rupture de stock au moment de la visite, comme Kasansa, seul l'un d'entre eux disposait de registres détaillés des stocks.



CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOMIEU

Des femmes attendent devant un centre de santé à Bunia, en RDC.

Facteurs de coût des filières

La nature imprévisible et variable du transport des ATPE, y compris la fréquence des livraisons et le mode de transport, ne nous a pas permis de déterminer les différents coûts de transport pour les différentes filières d'ATPE examinés dans le cadre de cet exercice. Le coût du fret aérien, bien qu'il soit considéré comme le moyen de transport le plus rapide, a toujours été considéré comme prohibitif et utilisé avec parcimonie. Il est surprenant de constater que personne n'a mentionné le coût des ATPE en tant qu'obstacle à la garantie d'un approvisionnement adéquat. Les informateurs ont plutôt décrit le problème comme un manque général de financement pour soutenir le traitement de l'émaciation pour tous les enfants qui en ont besoin.

Bien qu'une analyse détaillée des coûts n'ait pas été possible dans le cadre de cette activité, nous avons pu examiner les différences entre les principaux facteurs de coût des filières afin de déterminer s'il pouvait y avoir des différences importantes dans leurs structures de coûts. Nous avons cherché à savoir si les partenaires livraient les fournitures jusqu'à l'établissement ou si les établissements de santé devaient les collecter, la méthode de transport utilisée et la fréquence des fournitures. Toutes les filières soutenues par les partenaires (ACP, PRODOC et achats directs des ONG) livrent les fournitures d'ATPE jusqu'au niveau des établissements de santé. La seule exception parmi les établissements de santé visités est l'établissement de santé de Bilobilo à Walikale, desservi par la filière PRODOC, dont le personnel a indiqué qu'il envoyait

quelqu'un chercher des fournitures en moto à 30 km de là. Cependant, les informateurs de Bilobilo ont également indiqué que la structure de santé avait normalement d'autres raisons d'effectuer ces déplacements, et qu'elle ne les effectuait pas exclusivement dans le but de collecter des fournitures d'ATPE. Dans la zone de santé de Goma, où il n'y a pas de soutien de la part des partenaires, les quatre établissements de santé ont indiqué qu'ils devaient aller chercher leurs fournitures. Les fournitures n'ont pas été livrées par un partenaire à l'établissement, bien que trois des quatre établissements de santé aient indiqué qu'ils avaient collecté des fournitures lors d'un déplacement pour d'autres raisons.

En ce qui concerne le mode de transport, l'utilisation d'un véhicule 4x4 était la plus fréquente. Cela varie en fonction du type de filière, toutes les installations soutenues par Save the Children ayant indiqué qu'un véhicule 4x4 était utilisé, alors qu'à Dibindi, qui est soutenu par le CDS par le biais d'un ACP, les fournitures arrivent par les transports publics (taxi-brousse ou bus). Les moyens de transport étaient les plus variés dans les zones de santé du Nord Kivu : véhicules 4x4, motos, voitures, vélos et charrettes (charrettes à bras ou charrettes à ânes). La fréquence des réapprovisionnements ne semble pas avoir de corrélation claire avec les performances de la chaîne d'approvisionnement.

Défis sous-jacents affectant la disponibilité des ATPE

Les ruptures de stock d'ATPE constituent manifestement un problème pour toutes les aires de santé et les zones de santé visitées et, d'après

les informations communiquées par des personnes aux niveaux provincial et national, ces problèmes ne sont pas propres aux sites que nous avons visités. Voici quelques-uns des principaux défis qui, selon les informateurs clés, contribuent au manque de fiabilité de l'approvisionnement en ATPE :

- **Infrastructures de transport** : Les problèmes de transport, en particulier la mauvaise qualité des infrastructures, sont de loin les défis les plus fréquemment mentionnés par les informateurs clés à tous les niveaux du système et dans toutes les zones géographiques. Quarante-vingt-quatre pour cent des informateurs (61 sur 73) ont déclaré que le transport constituait un défi. Plus de la moitié d'entre eux ont spécifiquement mentionné le mauvais état des routes et ont déclaré que, pendant la saison des pluies, de nombreux endroits deviennent inaccessibles. Le manque de véhicules ou l'utilisation de véhicules inadaptés aux conditions est une autre difficulté fréquemment mentionnée en matière de transport. Enfin, au Kasai Oriental, il a été fait mention d'une mauvaise coordination entre les établissements de santé et les partenaires de mise en œuvre pour planifier les livraisons des ATPE.
- **L'infrastructure d'entreposage** : La question de l'infrastructure d'entreposage a souvent été évoquée, de même que les défis liés au transport. En cartographiant les différentes filières de distribution des ATPE, nous avons constaté que l'une des raisons pour lesquelles les fournitures sont acheminées directement d'un entrepôt central ou régional vers les aires de santé est que ces zones de santé ne disposent pas d'un espace de stockage adéquat ou approprié pour les approvisionner. Le manque de capacité de stockage au niveau des zones de santé a également été mentionné comme un problème par les informateurs clés. L'espace de stockage limité signifie que les partenaires sont moins en mesure de fournir des installations pour des périodes plus longues (par exemple, trimestriellement plutôt que mensuellement) ou de prépositionner des stocks en prévision de périodes d'inaccessibilité. Le manque de dépôts relais contribue également à ces difficultés dans les régions comportant de nombreuses aires de santé inaccessibles.
- **Faible couverture des traitements et financement inadéquat** : Les fonds disponibles ne sont pas suffisants pour fournir des ATPE à tous les enfants qui en ont besoin, même s'ils peuvent être fournis de manière efficace et fiable. Un informateur clé du groupe sectoriel sur la nutrition a estimé que seulement 30 pour cent des zones de santé de la RDC sont couvertes par un « paquet de soins nutritionnels » qui assure un continuum de soins non seulement pour les enfants gravement émaciés, mais aussi pour les enfants modérément émaciés. Le grave sous-financement de la réponse nutritionnelle en RDC contribue probablement à des décisions de ciblage difficiles. Sur les 258,6 millions de dollars requis pour le volet nutrition du plan d'action humanitaire (PAH), seuls 35 pour cent ont été reçus (89,2 millions de dollars). Ces chiffres représentent le financement de l'ensemble de la réponse

nutritionnelle, et pas seulement le financement nécessaire à la fourniture d'ATPE ce qui signifie que le financement disponible pour le traitement de l'émaciation sévère ne représente qu'une fraction des 89,2 millions de dollars reçus (GNC/UNICEF 2023).

Possibilités de renforcement

Dans le cadre de nos discussions avec les informateurs clés, nous leur avons demandé de nous dire ce qu'ils aimeraient voir changer dans la chaîne d'approvisionnement des ATPE et d'identifier les actions qui contribueraient à la renforcer. Les suggestions s'articulent autour des thèmes suivants :

- **Implication du gouvernement et du personnel de l'établissement dans la planification** Les informateurs gouvernementaux à tous les niveaux, y compris la Direction provinciale de la santé (DPS), le PRONANUT, les BCZ et le personnel des établissements, ont massivement souhaité être davantage impliqués dans la planification de l'approvisionnement et la livraison des ATPE. Une série de demandes ont été formulées concernant le processus de planification, allant de la participation à la sélection d'un fournisseur fiable d'ATPE à la simple possibilité de passer des commandes qui soient respectées par les partenaires.
- **Amélioration des infrastructures**. Faisant écho aux défis soulignés précédemment, les informateurs clés ont demandé que des améliorations soient apportées aux infrastructures clés, notamment les routes, la disponibilité des services aériens et les entrepôts. En ce qui concerne l'amélioration des routes, les informateurs clés ont reconnu qu'elle ne relevait pas de la responsabilité du secteur de la nutrition, même si de telles améliorations permettraient d'accroître considérablement la fiabilité de l'approvisionnement en ATPE et de réduire les coûts de transport. Les informateurs clés de l'UNICEF et des partenaires de mise en œuvre ont exprimé le souhait de mieux intégrer les ATPE dans le système d'entreposage du gouvernement, préférant que les stocks soient conservés dans les entrepôts gérés par les provinces et les zones de santé plutôt que dans des systèmes d'entreposage parallèles. Il a également été mentionné qu'une meilleure infrastructure d'entreposage pourrait permettre des distributions trimestrielles plutôt que mensuelles, un meilleur prépositionnement des stocks et la possibilité de conserver des stocks tampons plus près des aires de santé.
- **Intégration et renforcement des chaînes d'approvisionnement gouvernementales**. Les informateurs clés ont proposé d'intégrer les ATPE dans le système de la Centrale d'achat et de distribution régionale des médicaments essentiels génériques (CDR) ; et de donner un rôle plus important à la DPS, qui pourrait demander à la CDR d'acheter les ATPE, comme elle le fait pour d'autres médicaments et fournitures essentiels.

- **Création d'un stock commun d'ATPE.** Les informateurs clés affiliés aux Nations Unies ont exprimé le besoin d'un approvisionnement plus flexible en fournitures d'ATPE, y compris en stocks tampons. Les informateurs ont expliqué qu'il existe des restrictions sur la manière dont les intrants achetés par des bailleurs de fonds spécifiques peuvent être utilisés, ce qui limite la capacité de l'UNICEF à utiliser les fournitures d'un bailleur de fonds pour répondre à des besoins inattendus dans une région soutenue par un autre bailleur de fonds. Le besoin d'une stratégie nationale pour faciliter une meilleure coordination des stocks a été exprimé par l'un de ces informateurs.

DISCUSSION

Notre analyse a détaillé les moyens très variables et imprévisibles par lesquels les ATPE sont acheminés des producteurs internationaux vers les aires de santé en RDC.

La structure des filières varie considérablement en termes de fréquence des livraisons, de types de transport utilisés et de structure d'entreposage. Dans de nombreux cas, il y avait même des variations au sein d'une même filière, en fonction de la saison et de circonstances imprévues (par exemple, insécurité, pannes de véhicules). Il est difficile de tirer des conclusions claires sur la structure la plus performante. Cependant, nous avons noté que l'utilisation de l'entrepôt du BCZ (zone de santé) à Cilundu comme lieu de stockage des ATPE avant sa distribution aux établissements de santé semblait présenter des avantages non seulement en termes de réduction des ruptures de stock au niveau des établissements, mais aussi en termes de perception positive de la performance de la chaîne d'approvisionnement par les parties prenantes gouvernementales.

La variabilité susmentionnée des filières et, dans certains cas, leur nature ad hoc, ont rendu impossible toute comparaison directe des coûts entre les filières. La fréquence des livraisons et le mode de transport utilisé n'étaient pas suffisamment cohérents pour nous permettre d'estimer les coûts moyens. Toutefois, ces deux aspects sont d'importants facteurs de coûts globaux.

En ce qui concerne l'évaluation de la performance de la chaîne d'approvisionnement, bien qu'une filière — les ATPE importés par Save the Children — ait obtenu des résultats légèrement meilleurs que les autres, toutes les filières ont connu des problèmes de rupture de stock et de faibles niveaux de stock dans leurs entrepôts au moment de nos visites sur le terrain (par exemple, moins d'un mois de stock disponible).

D'après nos informateurs clés, le problème presque universellement cité pour la livraison des ATPE est celui du transport. Des infrastructures extrêmement médiocres rendent de nombreuses zones inaccessibles pendant la saison des pluies, et le manque d'options de transport routier

et aérien adéquates limite la fréquence des livraisons et les quantités d'ATPE qui peuvent être livrées. L'insécurité qui règne dans certaines régions ne fait qu'ajouter à la complexité de la situation en imposant des détours importants, voire internationaux, pour livrer les produits en toute sécurité. Le transport étant très imprévisible, il ne nous a pas été possible de déterminer les différences de coûts spécifiques entre les filières. Il n'est pas surprenant non plus que plusieurs informateurs aient souligné les difficultés rencontrées pour planifier et budgétiser les transports de manière adéquate dans ces circonstances.

Nos résultats sont cohérents avec d'autres études récentes sur les ATPE à l'échelle mondiale. Une étude a noté que les ATPE sont des produits volumineux », qui posent des problèmes aux infrastructures de santé existantes pour les transporter et les stocker de manière appropriée (Mates et Sadler 2020). Un autre effort récent pour comprendre l'accès aux ATPE a posé comme principe que le principal obstacle à l'accès aux ATPE était le financement. Il a été estimé que le financement actuel des ATPE couvre, au mieux, 25 pour cent des besoins mondiaux (R4D 2021). Ces travaux ont également montré que la plupart des fonds destinés aux ATPE provenaient de sources humanitaires, alors que le fardeau en matière d'émaciation est plus élevé dans les contextes non humanitaires. Ils appellent à une augmentation des financements provenant de toutes les sources et à une meilleure coordination au niveau national des budgets consacrés à la nutrition. Cela rejoint les demandes formulées par certains informateurs clés en vue d'une meilleure coordination, voire d'une mise en commun des ressources pour les ATPE, afin de garantir que toutes les régions aient accès aux fournitures disponibles, en particulier en cas d'urgence imprévue ou de rupture de stock.

RECOMMANDATIONS

Les défis auxquels est confrontée la chaîne d'approvisionnement en ATPE en RDC sont complexes et ne peuvent être résolus par le seul secteur de la nutrition. Cependant, plusieurs opportunités mises en évidence par nos informateurs clés méritent d'être suivies et prises en compte par les acteurs de la nutrition en RDC, y compris les bailleurs de fonds, le gouvernement, les agences des Nations Unies et les partenaires de mise en œuvre.

- **Évaluer l'état de préparation de la chaîne d'approvisionnement nationale à l'intégration des ATPE.** Les ATPE ont été inclus dans la liste des médicaments essentiels de la RDC, ce qui constitue une première étape importante dans le processus d'intégration. Il sera important de s'inspirer des enseignements tirés du projet pilote d'intégration des ATPE mené par l'UNICEF dans quatre provinces pour déterminer les actions nécessaires à la faisabilité de l'intégration des ATPE dans les systèmes nationaux. L'infrastructure d'entreposage sera un élément clé, de même que les mécanismes de responsabilité visant à minimiser les fuites. À l'heure

actuelle, les infrastructures d'entreposage du gouvernement au niveau de la province et de la zone de santé sont inadéquates en termes de capacité de stockage requise pour conserver la quantité d'ATPE nécessaire pour traiter le nombre d'enfants souffrant d'émaciation. Comme le souligne une série d'études de cas de l'UNICEF sur l'intégration des produits nutritionnels dans les chaînes d'approvisionnement des systèmes de santé, l'intégration des ATPE dans les chaînes d'approvisionnement nationales nécessite souvent un renforcement des systèmes de santé avant de pouvoir être réalisée — une considération essentielle avant de se lancer dans cette tâche dans un contexte difficile comme celui en RDC (Sorensen, Codjia, Hoorelbeke, Vreeke, et Jille-Traas 2016).

- **Élargir le rôle du groupe sectoriel sur la nutrition dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement.** Le groupe sectoriel sur la nutrition a mis en place certains mécanismes pour tenter de suivre et de coordonner les stocks d'ATPE dans le pays, notamment ses efforts d'analyse au niveau national et les groupes de travail techniques (GTT) au niveau des provinces. Toutefois, les informations ne sont pas partagées systématiquement par tous les partenaires, ce qui limite l'utilité et la solidité de ces efforts. Les acteurs de la nutrition devraient envisager de formaliser et de renforcer le rôle du groupe sectoriel sur la nutrition dans la chaîne d'approvisionnement. Une action importante pourrait consister à ajouter des rapports plus formels et standardisés sur les ATPE aux autres rapports de routine sur l'émaciation que les partenaires humanitaires fournissent déjà régulièrement au groupe sectoriel sur la nutrition. Le groupe sectoriel sur la nutrition pourrait également jouer un rôle important de plaidoyer pour mettre en évidence les problèmes d'infrastructure (par exemple, les routes et les entrepôts) que les acteurs de la nutrition ne sont pas en mesure de résoudre directement.
- **Examiner les critères de ciblage et les formules d'estimation de l'offre.** La sous-estimation des besoins, y compris la nécessité d'un stock tampon, qui trouve son origine dans les processus de proposition, d'approvisionnement et de passation de marchés, contribue à la pénurie d'ATPE dans les établissements de santé. Les hypothèses utilisées dans les estimations de l'offre, notamment les données obsolètes sur la prévalence de l'émaciation et les facteurs de correction de l'incidence, ainsi que la fiabilité de la consommation mensuelle annuelle compte tenu de l'interruption continue des services due aux ruptures de stock, doivent être soigneusement examinées pour voir si et comment elles peuvent contribuer à la sous-estimation des besoins. L'implication des représentants du gouvernement dans les processus de ciblage et de planification des ATPE pourrait être un moyen d'améliorer ces chiffres et de faire un pas vers une plus grande appropriation de la chaîne d'approvisionnement des ATPE par le gouvernement.

- **Renforcer la coordination des bailleurs de fonds en ce qui concerne le financement et la fourniture d'ATPE.** L'UNICEF ne reçoit pas un financement suffisant pour répondre pleinement aux besoins en ATPE en RDC. Toutefois, d'autres bailleurs de fonds, dont le BHA et la Banque mondiale sont deux exemples cités, financent également l'achat d'ATPE dans le cadre de leurs propres projets. Les ONG achètent également des ATPE avec leur propre financement. Bien qu'un certain niveau de duplication dans la chaîne d'approvisionnement puisse être utile pour pallier les défaillances dans différentes parties du système, il peut également entraîner des lacunes involontaires dans la couverture et un manque de flexibilité dans l'utilisation des stocks au niveau national. Une meilleure coordination et, idéalement, un certain niveau de collaboration entre les bailleurs de fonds, les partenaires de mise en œuvre et le gouvernement, sont nécessaires pour garantir que le système de fourniture d'ATPE est mis en place de manière transparente, réactive et équitable.
- **Poursuivre les efforts visant à réduire les obstacles à l'importation des ATPE.** Le plaidoyer du groupe sectoriel sur la nutrition devrait être renforcé par le soutien des bailleurs de fonds pour demander au gouvernement de réviser ses systèmes ou d'accélérer les exemptions pour les partenaires qui importent ce produit qui sauve des vies.

CONCLUSION

Les pénuries d'ATPE et les ruptures de stock ne sont en aucun cas des problèmes exclusifs à la RDC, et de nombreux travaux ont été réalisés au niveau mondial pour comprendre comment relever au mieux ce défi. Cette étude a permis d'identifier des problèmes communs à toutes les filières, tels que l'infrastructure routière et d'entreposage en mauvaise état qui entravent la livraison rapide, fiable et adéquate des ATPE aux établissements de santé. Cependant, étant donné que ces défis signifient que la fréquence des livraisons, les modes de transport et les quantités livrées ne sont pas uniformes, le coût du transport des ATPE n'a pas pu être comparé entre les filières. Toutes les filières ont connu des problèmes de performance, plus de deux tiers des établissements ayant enregistré une rupture de stock au cours des six derniers mois et la quasi-totalité des établissements ayant moins d'un mois d'approvisionnement au moment de notre visite. Compte tenu de la diversité des contextes, même au sein d'une province donnée, il est difficile de dire avec certitude si ce sont les structures des filières ou les contextes dans lesquels les filières sont exploitées qui ont eu le plus d'impact sur les performances globales. Une enquête continue sur les problèmes identifiés est nécessaire pour éclairer la mise en œuvre des recommandations visant à renforcer la livraison des ATPE en RDC. Nous espérons qu'en détaillant certains exemples de terrain en RDC, ce rapport pourra contribuer à la fois à la réflexion globale et à l'action dans les pays sur les solutions pratiques et les meilleures pratiques.



Un enfant souffrant d'émaciation sévère est évalué à l'aide d'un ruban de mesure du périmètre brachial (PB) dans une Unité nutritionnelle thérapeutique intensive au Sud Kivu.

INTRODUCTION ET CONTEXTE

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), une pâte préemballée riche en calories et en nutriments, est considéré par beaucoup comme ayant révolutionné le traitement de l'émaciation sévère chez les enfants de moins de cinq ans. Depuis son développement dans les années 1990, les acteurs humanitaires ont pu sauver la vie de beaucoup plus d'enfants grâce à des programmes de traitement ambulatoire qui font partie de l'approche de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). Cependant, malgré les améliorations apportées au traitement grâce à ces innovations, seul un enfant sur trois ayant besoin d'un traitement de l'émaciation en bénéficie (UNICEF 2022). Le coût des ATPE et la logistique nécessaire à leur distribution sont quelques-uns des facteurs qui contribuent à cette faible couverture.

Le financement de l'achat et de la livraison des ATPE dépend fortement des bailleurs de fonds humanitaires. Une analyse du financement des ATPE a estimé qu'en 2021, le financement disponible pour les ATPE ne couvrait qu'environ 25 pour cent des besoins mondiaux (R4D

2021). Toutefois, en raison des effets conjugués de la pandémie de COVID-19, du changement climatique et de la crise en Ukraine, le coût des ATPE et la demande devraient augmenter. Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), qui assure 75 à 80 pour cent de l'approvisionnement mondial en ATPE, a estimé que le coût des ATPE augmenterait de 16 pour cent avant la fin de 2022 (UNICEF 2022).

TRAITEMENT DE L'ÉMACIATION SÉVÈRE EN RDC

La République démocratique du Congo (RDC) est l'un des 10 pays qui représentent 60 pour cent du fardeau mondial en matière d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans (ONU 2021). À la fin de l'année 2022, on estime que 2,8 millions d'enfants âgés de 6 à 59 mois auront besoin d'un traitement de l'émaciation. Sur ce nombre, on estime que 887 334 enfants souffrent d'émaciation sévère, nécessitant un traitement à base d'ATPE ou de lait thérapeutique (IPC 2022). Le fardeau en matière d'émaciation sévère n'est pas



CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOMIEU

Une mère donne à son enfant une bouillie nutritive lors d'une démonstration de cuisine à Kongo Central. En cas de pénurie d'ATPE, les prestataires de services apprennent aux femmes à préparer des bouillies pour aider leurs enfants à se rétablir jusqu'à ce que les produits de traitement soient disponibles.

réparti uniformément dans tout le pays. Dans certaines zones de santé, la prévalence est estimée à plus de 7 pour cent. Les estimations du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) prévoient qu'au cours du premier semestre 2023, la situation se détériorera, 84 des zones de santé et territoires analysés atteignant la phase critique des niveaux d'émaciation (IPC 4), ce qui signifie que 10 à 14,9 pour cent des enfants âgés de 6 à 59 mois dans ces zones seront classés comme modérément ou sévèrement émaciés sur la base du périmètre brachial (PB) (IPC 2022). Selon les seuils de santé publique établis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF, ces zones de santé sont à la limite de la prévalence très élevée de l'émaciation, ce qui est très préoccupant (voir encadré 1).

La RDC a adopté l'approche PCMA pour traiter les enfants atteints d'émaciation. En RDC, la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) est connue sous le nom de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) et comprend toutes les composantes standard des soins, comme l'illustre la figure 1. Selon le Protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, les services de traitement de l'émaciation doivent être intégrés dans le système de santé au niveau de l'aire de santé (établissement).

Les ATPE et les laits thérapeutiques sont utilisés pour le traitement de l'émaciation sévère chez les enfants de moins de cinq ans. Il s'agit du traitement ambulatoire de l'émaciation sévère, appelé l'Unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire (UNTA) en RDR et, dans une moindre mesure, du traitement hospitalier de l'émaciation sévère

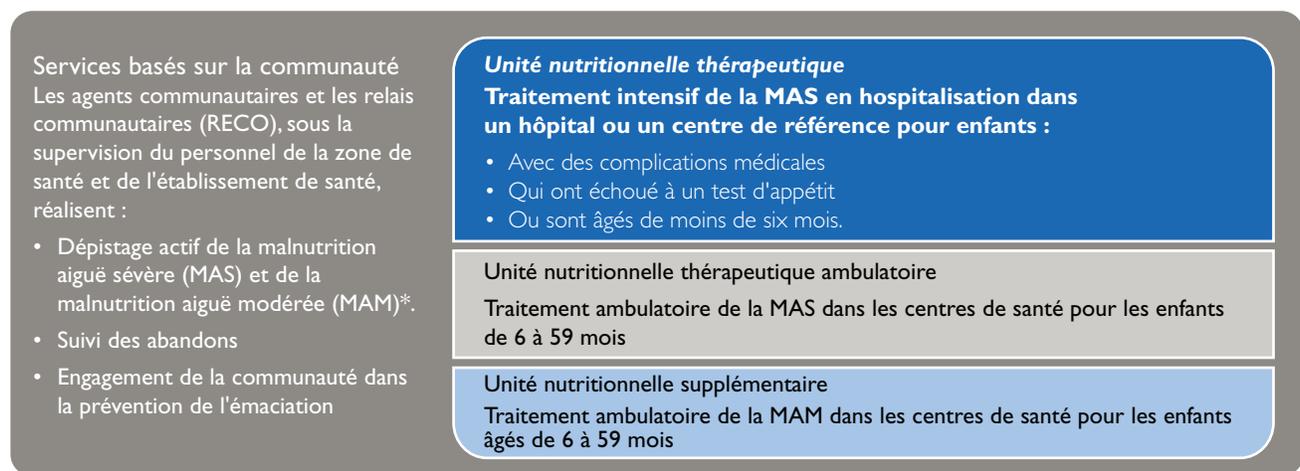
Encadré 1 : Seuils de prévalence de l'émaciation en santé publique

Très faible :	< 2,5 %
Faible :	2,5 à < 5 %
Moyen :	5 à 9 %
Élevé :	10 à 14 %
Très élevé :	≥ 15 %

Source : OMS et UNICEF 2017

avec complications à l'Unité nutritionnelle thérapeutique intensive (UNTI). Les ATPE et les laits thérapeutiques figurent sur la liste nationale des médicaments essentiels de la RDC, et les ATPE font partie des produits à suivre dans le Système d'information en gestion logistique (SIGL) (Ministère de la Santé 2020 ; MSH 2014 ; Ministère de la Santé Publique 2020). Bien que les systèmes de suivi des stocks soient également intégrés dans le système d'information sanitaire du district (DHIS-2) pour certains articles médicaux (par exemple, la vitamine A, les antibiotiques), les données relatives aux ATPE peuvent être collectées sur papier mais ne sont pas systématiquement disponibles dans le système numérique.

Figure 1. Services de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) en RDC



*La malnutrition aiguë sévère (MAS) et malnutrition aiguë modérée (MAM) sont utilisés dans les lignes directrices de la PCIMA en RDC pour la classification des enfants dont le score z du poids par rapport à la taille ou à la longueur est inférieur de plus de deux écarts types à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS ou qui présentent un œdème nutritionnel. Bien que nous utilisions le terme « émaciation » tout au long de ce rapport, nous incluons également les enfants souffrant d'œdème nutritionnel lorsque nous utilisons ce terme, tout en reconnaissant que leurs définitions précises sont différentes.

JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Tous les acteurs engagés dans la programmation en matière d'émaciation en RDC citent souvent le contexte logistique exceptionnellement difficile comme un obstacle majeur à l'efficacité du programme de PCIMA. Une évaluation de la chaîne d'approvisionnement de la RDC réalisée en 2018 par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a révélé que le système, en général, est fragmenté et souffre d'un manque de leadership, d'appropriation et de coordination entre les partenaires et les programmes. Le système est composé de plusieurs chaînes d'approvisionnement parallèles, et l'approvisionnement est souvent basé sur des données ou des objectifs obsolètes qui ne reflètent qu'une partie des besoins réels. Cette situation est encore compliquée par la médiocrité des infrastructures de base et des systèmes logistiques, y compris l'entreposage et la gestion des données (GHSC-TA 2019). Ces défis sont rendus de plus en plus complexes par l'insécurité persistante dans certaines régions du pays.

Depuis 2019, l'USAID en action pour la nutrition soutient le Bureau de l'assistance humanitaire (BHA) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et la mission de l'USAID en RDC pour comprendre les défis auxquels sont confrontés les acteurs de la nutrition chargés de fournir des services de traitement et de prévention de l'émaciation. Dans le cadre de son soutien continu pour documenter les services de traitement de l'émaciation en RDC, l'USAID en action pour la nutrition a précédemment identifié des problèmes persistants dans le système logistique des ATPE dans certaines zones d'opération de l'USAID dans les provinces du Kasaï Oriental et du Sud Kivu. Les principaux défis et goulets d'étranglement potentiels du système logistique que nous avons identifiés à partir de ces travaux antérieurs sont les suivants :

- **Disponibilité très variable des RUTF dans les établissements de santé, probablement en raison de la manière dont la livraison des ATPE est soutenue.** Sur la base d'un petit ensemble de données collectées au Kasaï Oriental, nous avons constaté que les UNTA soutenues par une organisation non gouvernementale (ONG) partenaire responsable de l'achat, de l'importation et de la livraison des ATPE avaient un approvisionnement plus fiable en ATPE que celles soutenues par des partenaires de l'UNICEF. Au cours de la période de collecte des données, les partenaires de l'UNICEF ont signalé que leurs UNTA n'avaient pas de stocks d'ATPE pendant trois mois (janvier à mars 2021) (USAID en action pour la nutrition 2022). Cela illustre deux façons différentes dont les partenaires de mise en œuvre soutiennent la livraison des ATPE aux établissements de santé, et des données plus variées sont nécessaires pour comprendre dans quelle mesure ces différents mécanismes peuvent avoir un impact sur la disponibilité des ATPE.
- **Durée variable des contrats avec les partenaires responsables de la livraison du dernier kilomètre des ATPE, en fonction du bailleur de fonds (par exemple, l'UNICEF ou le BHA).** Les accords contractuels initiaux de l'UNICEF avec les partenaires locaux sont généralement d'une durée de six mois, bien que de courtes prolongations soient parfois accordées. Il y a souvent des lacunes dans le renouvellement de ces contrats, ce qui peut entraîner des ruptures de stock, voire des gaspillages des ATPE, car personne n'est disponible pour en assurer la livraison aux UNTA et aux UNTI. Les subventions accordées par l'USAID aux ONG partenaires sont souvent d'une durée d'un an. La durée des contrats et les lacunes dans les renouvellements de contrats contribuent probablement aux ruptures de stock d'ATPE et à la variabilité entre les zones de santé.
- **Différents processus de partenaires pour la planification des besoins en ATPE, les responsables locaux étant largement exclus.** Les partenaires de l'UNICEF ont fait état d'un manque de ressources pour transporter les ATPE, bien qu'ils soient financés par l'UNICEF pour mener à bien cette tâche. De plus amples informations sont nécessaires sur les exigences de l'UNICEF en matière de budgétisation et sur la manière dont les partenaires appliquent ces orientations à leurs propositions. En outre, bien que le groupe sectoriel sur la nutrition donne la priorité aux zones de santé, le processus de priorisation n'est pas toujours clair. Dans certains cas, les zones de santé classées dans les exercices de priorisation du groupe sectoriel sur la nutrition comme présentant des niveaux catastrophiques de malnutrition (émaciation sévère > 10 pour cent, émaciation modérée ≥ 15 pour cent) n'ont pas reçu un ensemble complet de soutien pour le traitement de l'émaciation. En outre, l'UNICEF ne planifie pas ses achats d'ATPE de manière à couvrir 100 pour cent de la population dans le besoin, et les responsables locaux ont exprimé leur mécontentement de ne pas être inclus dans le processus de ciblage.
- **Existence de plusieurs systèmes de suivi des fournitures d'ATPE, mais manque de clarté quant à leur intégration ou à la manière dont les données sont utilisées pour la planification et la gestion des approvisionnements en ATPE.** Initialement, les produits nutritionnels n'étaient pas inclus dans le système national de gestion logistique (SIGL) de la RDC, mais les ATPE y ont été ajoutés en 2020. Les ATPE sont également censés être suivis dans le DHIS-2. Cependant, nous n'avons pas entendu le gouvernement ou les partenaires nous expliquer comment ces informations étaient utilisées pour planifier et contrôler l'approvisionnement et la livraison des ATPE. De plus amples informations sur la collecte et l'utilisation des données

relatives aux ATPE sont nécessaires pour comprendre comment cela peut influencer les ruptures de stock (USAID en action pour la nutrition 2022).

Compte tenu des défis identifiés précédemment et des différences marquées dans la disponibilité des ATPE dans les zones de santé, il a été déterminé que davantage d'informations étaient nécessaires pour comprendre ce qui était à l'origine de ces différences de performance, et les implications potentielles en termes de coûts et de résultats du programme qui peuvent être liées à la variabilité de la structure de la filière et des mécanismes de livraison. En outre, en raison de la diversité des considérations contextuelles (accès saisonnier, sécurité, taille des zones de santé) et des types de mécanismes de livraison et d'accords contractuels utilisés pour la livraison du dernier kilomètre, nous avons estimé qu'il était important de comprendre quels facteurs pouvaient être à l'origine des différences de coûts dans la livraison des ATPE (types de transport utilisés, fréquence des livraisons, niveau de la chaîne d'approvisionnement auquel le transport est assuré, etc.)

FILIÈRES DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DES ATPE EN RDC

Malgré l'intégration au niveau politique du traitement de l'émaciation et des ATPE dans les systèmes et services nationaux, la chaîne d'approvisionnement des ATPE est souvent parallèle à d'autres systèmes logistiques et d'approvisionnement. Au niveau national, la majorité des ATPE sont achetés et importés par l'UNICEF. En outre, les ONG partenaires achètent et importent des ATPE pour soutenir leurs programmes.

Dans la plupart des cas, l'UNICEF ou l'ONG partenaire de mise en œuvre est responsable de l'entreposage, du transport et de la gestion des ATPE. Cependant, les processus par lesquels les ATPE passent du niveau national aux aires de santé où se trouvent les points de service de PCIMA varient considérablement à tous les niveaux du système. Les facteurs qui influencent les filières d'acheminement des ATPE sont les suivants : qui importe les ATPE, qui les transporte et comment ces organisations ou entités gouvernementales infranationales sont financées.

DÉFINITION DE LA FILIÈRE DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

Une « filière » de la chaîne d'approvisionnement désigne « l'ensemble de la chaîne des installations de stockage physique et des liaisons de transport par lesquelles les fournitures sont acheminées du fabricant à l'utilisateur, y compris les installations portuaires, l'entrepôt central, les entrepôts régionaux, les entrepôts de district, tous les points de prestation de services et les véhicules de transport » (John Snow, Inc. 2020).

Dans le cadre de nos travaux antérieurs, nous avons identifié quatre filières d'ATPE susceptibles de recevoir un soutien direct ou indirect⁵ pour l'achat et le transport de fournitures de la part de l'USAID. Pour trois des filières, l'UNICEF est responsable de l'achat, de l'importation et de la distribution des ATPE depuis les entrepôts centraux jusqu'aux provinces. La livraison du dernier kilomètre des ATPE se fait alors de l'une des trois manières suivantes :

1. **Partenaire de mise en œuvre avec un accord de coopération de programme (ACP) :** Un partenaire de mise en œuvre sous contrat avec l'UNICEF, généralement mais pas toujours une organisation locale, est financé pour effectuer le dernier kilomètre de livraison des ATPE depuis le niveau provincial jusqu'aux sites de traitement de l'émaciation sévère dans les aires de santé. Ces accords contractuels financés par l'UNICEF sont connus sous le nom d'ACP.
2. **Partenaire de mise en œuvre avec un intrant de l'ACP :** Dans le cas d'un intrant de l'ACP (ACP d'approvisionnement), un partenaire de mise en œuvre, généralement une ONG internationale ayant un projet existant dans le domaine de la santé ou de la nutrition, assure la livraison du dernier kilomètre dans les aires de santé. Il n'y a pas d'accord financier entre le projet et l'UNICEF dans le cadre de cet arrangement. Les produits ATPE sont fournis au partenaire de mise en œuvre par l'UNICEF en nature.

3. **Acteur gouvernemental avec un document de programme (PRODOC) :** L'UNICEF signe un accord PRODOC avec une entité gouvernementale. Pour la nutrition, l'accord est signé avec la Direction provinciale de la santé (DPS) et est mis en œuvre par le personnel du Programme national de nutrition (PRONANUT) au niveau provincial. Le PRONANUT distribue les ATPE dans les aires de santé, généralement en coordination avec les responsables de la zone de santé.

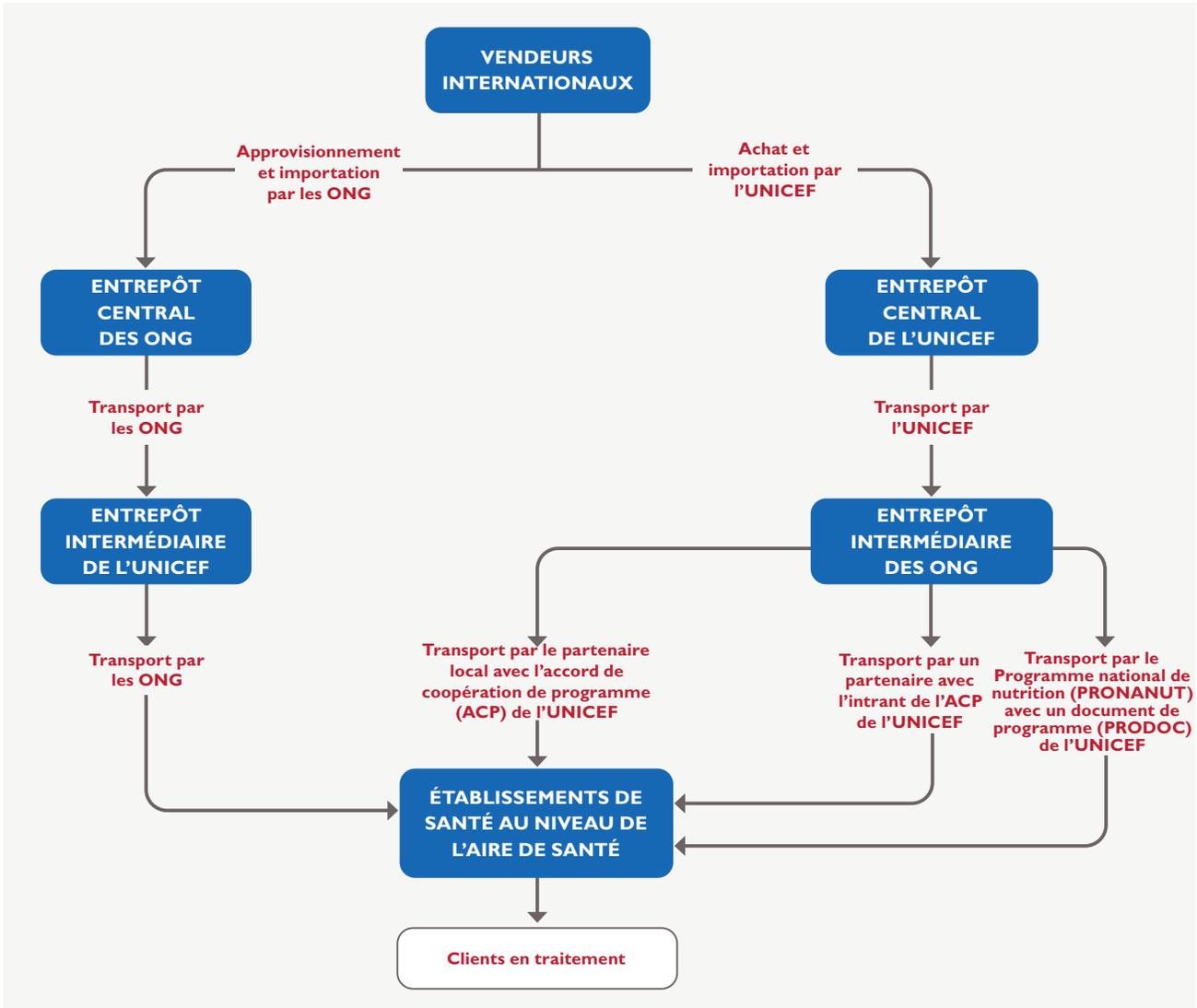
La filière finale est financée directement par le BHA, par l'intermédiaire d'une ONG internationale partenaire.

4. **Achat direct et transport des ATPE par l'ONG :** Cette filière est gérée principalement par l'ONG. L'ONG a conclu un contrat avec le BHA pour l'achat, l'importation et la distribution des ATPE aux établissements de santé soutenus dans les zones de santé et les aires de santé ciblées.

La figure 2 présente notre compréhension de la structure de base de ces quatre filières, sur la base d'une cartographie initiale réalisée au cours du processus de conception de l'étude.

5. L'USAID fournit des fonds à l'UNICEF pour soutenir les services de prévention et de traitement de l'émaciation. Pour les besoins de cette étude, USAID en action pour la nutrition suppose que les filières qui sont sous la responsabilité de l'UNICEF reçoivent un certain niveau de soutien « indirect » de la part de l'USAID.

Figure 2. Structure des filières pour la livraison du dernier kilomètre des ATPE soutenue par l'USAID.





Des agents de santé évaluent la longueur d'un enfant dans un centre de santé à Banalia, en RDC. L'évaluation du poids par rapport à la longueur est un moyen de vérifier que les jeunes enfants ne souffrent pas d'émaciation.

CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOMIEU

MÉTHODOLOGIE

MÉTHODOLOGIE

CADRE CONCEPTUEL

Pour que les systèmes de santé puissent remplir les fonctions qui leur sont dévolues, il est indispensable qu'ils soient convenablement approvisionnés en produits qu'ils entendent fournir à leurs clients. Sans eux, le système de santé ne peut pas fonctionner efficacement - « pas de produit, pas de programme ». Un système logistique est un système interconnecté de politiques, d'acteurs, de biens physiques et d'entrepôts, de financement et de données qui travaillent ensemble pour garantir que les produits arrivent là où on en a besoin. Plus précisément, l'objectif d'un système logistique est de garantir les « six bons ».

En d'autres termes, le système logistique doit fournir les bons produits, c'est-à-dire les produits dont les clients ont besoin ou qu'ils souhaitent. Elle doit les fournir en quantités suffisantes pour que les points de prestation de services n'en manquent pas, mais aussi pour que les produits n'expirent pas dans les rayons ou n'occupent pas plus que nécessaire l'espace limité des rayons. Il doit les fournir en bon état, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas périmés ou endommagés, mais plutôt utilisables. Il doit les fournir au bon endroit, c'est-à-dire là où les clients peuvent y avoir accès, qu'il s'agisse d'un centre de santé ou de services de proximité. Il doit les fournir au bon moment, c'est-à-dire qu'ils sont disponibles lorsque l'on en a besoin. Tout ce qui précède doit être fait au juste coût, c'est-à-dire de manière efficace afin d'utiliser au mieux des ressources financières limitées (John Snow, Inc. 2020).

LE CYCLE LOGISTIQUE :

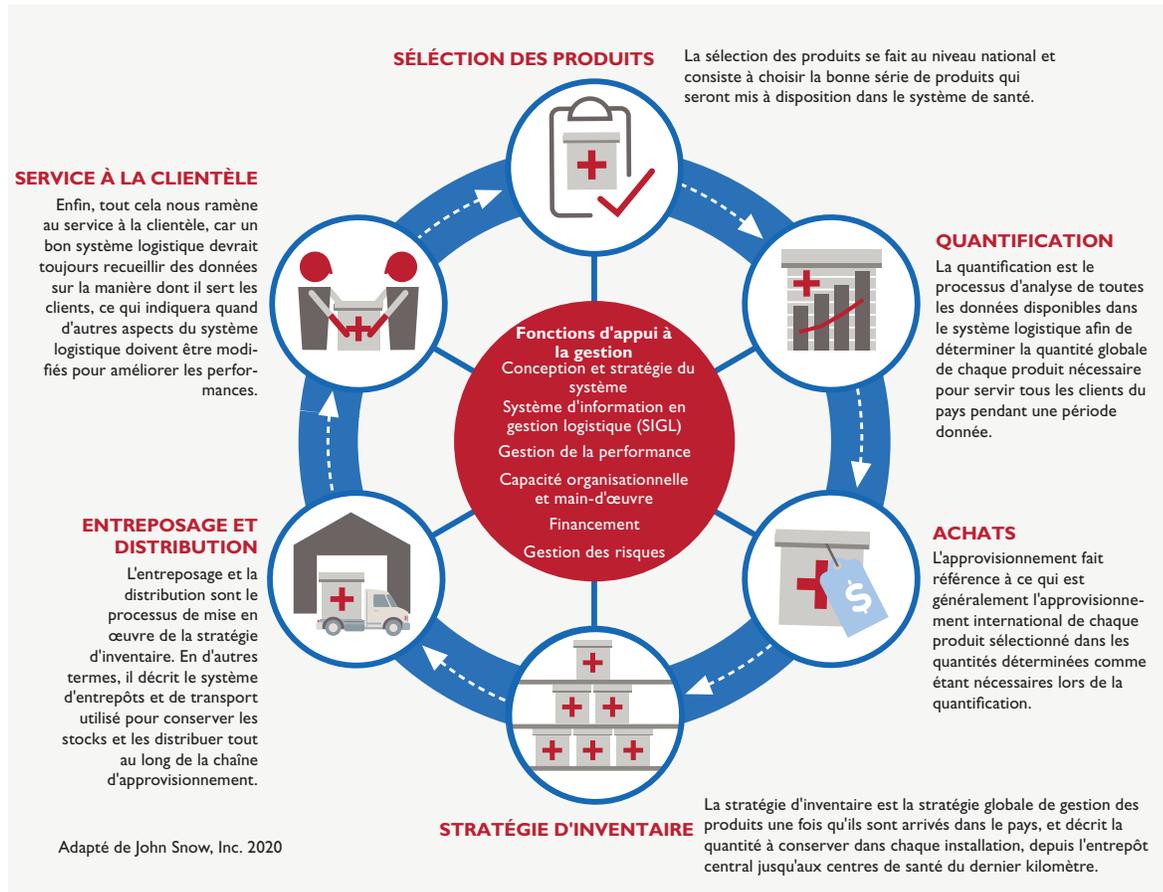
Le cycle logistique, illustré dans la figure 3, décrit les différents éléments d'un système logistique et leurs relations. « Servir les clients » figure en tête de liste car c'est l'objectif final de tout système logistique. Au milieu se trouvent diverses fonctions d'appui à la gestion qui soutiennent l'ensemble du processus.

Il est important de noter qu'une défaillance dans n'importe quelle partie du cycle logistique, y compris les fonctions de soutien à la gestion, peut entraîner une rupture de stock au dernier kilomètre. Toutefois, certaines parties du système logistique sont généralement plus visibles que d'autres pour les acteurs au niveau central. La sélection des produits, leur quantification, l'approvisionnement et la détermination de la politique d'inventaire qui sera utilisée sont généralement effectués au niveau central et sont donc souvent plus visibles pour les acteurs et les partenaires au niveau national. C'est souvent dans la mise en œuvre de l'entreposage et de la distribution et dans le service effectif aux clients que la visibilité fait défaut. La présente étude se concentre donc sur ces deux dernières composantes du cycle logistique, afin d'examiner dans quelle mesure les clients sont servis et dans quelle mesure les problèmes de service aux clients peuvent être attribués à la structure du système d'entreposage et de distribution.

LES SIX BONS DE LA LOGISTIQUE

1. Les bons produits
2. Dans les bonnes quantités appropriées
3. Dans un bon état
4. Au bon endroit
5. Au bon moment
6. Pour le bon coût

Figure 3. Le cycle logistique :



QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette étude visait à examiner dans quelle mesure les quatre différentes filières de la chaîne d'approvisionnement en ATPE soutenues par l'USAID en RDC peuvent livrer des ATPE aux UNTA et aux UNTI conformément aux « six bons » d'un système logistique qui fonctionne bien, et à documenter les facteurs qui peuvent contribuer aux différences de performance des filières. Nos questions de recherche spécifiques étaient les suivantes :

1. Quelles sont les différentes filières de la chaîne d'approvisionnement utilisées dans les provinces sélectionnées, comment sont-elles structurées (différentes) et en quoi diffèrent-elles ?
2. Quels sont les coûts associés à chaque filière et quels sont les facteurs qui expliquent les différences entre les coûts clés ?
3. Comment la performance de la chaîne d'approvisionnement, mesurée par la disponibilité des stocks sur le dernier kilomètre, diffère-t-elle d'une filière à l'autre ?

4. Quels sont les principaux obstacles à la disponibilité des produits identifiés par les informateurs clés travaillant dans chaque filière et en quoi diffèrent-elles d'une filière à l'autre ?

CONCEPTION DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude à méthodes mixtes. Nous avons mené des entretiens avec des informateurs clés au sein du personnel des établissements de santé, du gouvernement, des partenaires de mise en œuvre et des entités des Nations Unies à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement afin d'en savoir plus sur la structure des filières, les procédures de gestion des stocks, le transport et la logistique, la planification des achats et les procédures contractuelles, les principaux facteurs de coûts, ainsi que les défis et les opportunités perçus. Nous avons également effectué des visites d'entrepôts en personne et examiné les registres de stocks, en utilisant un outil quantitatif basé sur l'outil d'évaluation des indicateurs logistiques pour connaître la disponibilité des stocks, les pratiques de tenue des registres, les pratiques de gestion des stocks et les pratiques de commande, de

réception et de distribution des stocks (USAID | DELIVER PROJECT, *Ordre de mission* 2008). Les données ont été collectées entre août et décembre 2022. La collecte des données au Kasaï Oriental a eu lieu en août 2022, et au niveau national et au Nord Kivu de novembre à décembre 2022. Les données recueillies par le biais des entretiens avec les informateurs clés et des outils quantitatifs étaient largement complémentaires et, dans certains cas, ont été utilisées pour trianguler les informations en cas d'incohérences entre ce qui était décrit verbalement et ce qui était constaté lors de la revue des registres.

L'étude ne comprenait qu'un examen des filières de distribution soutenues par l'USAID pour les ATPE utilisés dans le traitement de l'émaciation sévère.⁶

Population étudiée et plan d'échantillonnage

L'ensemble de l'échantillonnage de cette étude a été effectué à dessein. Au total, nous avons visité 27 aires de santé et mené 73 entretiens avec des informateurs clés. Nous avons également visité 43 installations de stockage des ATPE (par exemple, des entrepôts au niveau de la région/province/zone de santé et des dépôts d'établissements de santé) pour examiner les registres de stocks et/ou compléter la collecte de données quantitatives. Les critères d'échantillonnage détaillés pour la sélection des sites et des informateurs clés sont décrits dans les sections suivantes.

Sélection de la province

Nous avons sélectionné deux provinces en consultation avec le BHA, représentatives des différents contextes opérationnels en RDC et basées sur la présence des différentes filières d'approvisionnement au moment de la conception de l'étude. Le Kasaï oriental a été choisi parce qu'il s'agit d'un environnement opérationnel plus stable et le Nord Kivu parce qu'il s'agit d'un environnement d'urgence complexe. Ces deux provinces sont également desservies par deux filières nationales différentes d'importation d'ATPE de l'UNICEF, les produits importés entrant dans le pays par des ports différents.

Sélection de la zone de santé

Nous avons sélectionné trois zones de santé dans chaque province pour une analyse plus détaillée, sur la base des critères suivants :

- Contexte, visant un mélange de milieux urbains et ruraux
- Distance par rapport à la ville principale/à l'entrepôt central

- Présence d'au moins une des filières de la chaîne d'approvisionnement ciblées
- Accessibilité (en termes d'infrastructure et de sécurité)
- Niveau de priorisation par le groupe sectoriel sur la nutrition.

La sélection des zones de santé a également été influencée par les types de filières présents dans chaque zone de santé, afin de garantir que les quatre filières soient bien représentés dans l'échantillon. Les partenaires soutenant la livraison des ATPE dans les zones de santé sélectionnées ont ensuite été automatiquement inclus dans notre échantillon d'entretiens avec les informateurs clés (voir la section « Sélection des informateurs clés »).

Sélection de l'aire de santé

Nous avons ensuite sélectionné cinq aires de santé dans les zones de santé sélectionnées en consultation avec les médecins-chefs de zone de santé, en utilisant les critères suivants :

- Inclusion automatique de l'aire de santé si une UNTI est présente (il n'y a généralement qu'une seule UNTI par zone de santé).
 - Dans les aires de santé dotées d'une UNTI, si une UNTA est également présente sur le même site, elle a été automatiquement incluse dans notre sélection de sites.
- Présence d'au moins une des filières de la chaîne d'approvisionnement
 - Les aires de santé ont été exclues s'il n'y avait pas de filière d'ATPE soutenue par l'USAID.
- Mélange de populations à forte et à faible densité dans la zone de chalandise (par exemple, milieux urbains et ruraux).
- Mélange des distances et de l'accessibilité au bureau central de la zone de santé (BCZ).

Un résumé des sites sélectionnés par province est présenté dans le tableau I. Conformément aux critères d'échantillonnage décrits précédemment, notre nombre cible d'aires de santé était de cinq par zone de santé, soit un total de 27 aires de santé et 30 points de prestation de services dans les deux provinces. Nous avons manqué de peu ce nombre dans le Nord Kivu parce qu'il n'y avait pas assez d'UNTI/UNTA fournissant des services de PCMA avec le soutien des partenaires identifiés dans les aires de santé sélectionnées au moment de la collecte des données. Des détails supplémentaires sur les sites sélectionnés figurent à l'annexe I.

6. Bien que plusieurs projets pilotes soient en cours, ou aient été récemment achevés, pour examiner l'utilisation des ATPE dans le traitement de l'émaciation modérée, ils ne sont pas inclus dans le champ d'application de cette étude. Les trois méthodes simplifiées pilotées en RDC sont le protocole combiné pour l'étude de la malnutrition aiguë (CompAS), la modélisation d'un protocole de nutrition alternatif généralisable pour les patients ambulatoires (MANGO) et l'optimisation du traitement de la malnutrition aiguë (OptiMA). En outre, pour certaines UNTI, nous n'avons pas examiné en détail la filière des laits thérapeutiques (formule-75 et formule-100) (par exemple, nous n'avons pas effectué de comptage des stocks pour ces fournitures).

Tableau 1. Résumé des sites sélectionnés par province

Province	Zones de santé sélectionnées, partenaires et type de filière	Nombre d'aires de santé	Nombre de points de prestation de services
Kasaï Oriental	Cilundu Save the Children Approvisionnement des ONG	5	1 UNTI 4 UNTA
	Dibindi Centre de développement social (CDS)-ACP	5	1 UNTI 5 UNTA
	Kasansa Save the Children- Approvisionnement des ONG	5	1 UNTI 5 UNTA
Nord Kivu	Kibua Première Urgence Internationale (PUI)-Approvisionnement des ONG	4	1 UNTI 3 UNTA
	Goma Pas de soutien spécifique des partenaires*	3	1 UNTI 3 UNTA
	Walikale PRONANUT-PRODOC	5	1 UNTI 4 UNTA
Total	6	27	6 UNTI 24 UNTA 30 points de prestation de services au total

*Goma a été échantillonné à l'origine en tant que site ACP Intransit, avec le soutien de Heal Africa. Toutefois, cet accord n'était plus en vigueur au moment de la collecte des données.

Sélection d'entrepôts et de dépôts

Sur la base des informations recueillies sur le transport et le stockage des ATPE dans les aires et les zones de santé sélectionnées, l'équipe chargée de la collecte des données a visité les entrepôts et les dépôts gérés par un partenaire de mise en œuvre, l'UNICEF, le gouvernement ou l'établissement de santé. Il est à noter que dans certains cas, nous

avons constaté que les entrepôts, généralement au niveau du BCZ, ne stockaient pas d'ATPE et que, par conséquent, nous n'avons pas utilisé les outils quantitatifs dans ces sites. Le tableau 2 résume les entrepôts et les dépôts visités.

Tableau 2. Résumé des entrepôts et dépôts visités

Niveau	Gouvernement		Organisation des Nations Unies		ONG		Total	
	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Kasaï Oriental	Nord Kivu
Province	0	0	1*	1	2	3	3	4
Zone de santé	3	3	s.o.	s.o.	s.o.	1	3	4
Aire de santé	17	12	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	17	12
Sous-total infranational	20	15	1	1	2	4	23	20
Total	35		2		6		43	

*L'entrepôt de l'UNICEF pour la région du Kasaï est situé à Kananga, Kasaï Central, et couvre le Kasaï Oriental.

Sélection des informateurs clés

Des entretiens semi-structurés ont été menés avec des informateurs clés des établissements de santé, du gouvernement, des organisations partenaires de mise en œuvre et des entités des Nations Unies à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Les informateurs clés comprenaient des personnes chargées de la nutrition, des gestionnaires de contrats et d'entrepôts, des fonctionnaires impliqués dans la mise en œuvre du programme de traitement de l'émaciation, du personnel de l'établissement chargé des services de traitement de l'émaciation et des gestionnaires de magasins médicaux pour les sites de l'UNTI et de l'UNTA.

Les entretiens semi-structurés ont permis de recueillir des données sur la structure des différentes filières de distribution des ATPE et

d'identifier les goulets d'étranglement et les défis qui se posent le long des filières, ainsi que les solutions possibles à ces défis, du point de vue des différents acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

Le tableau 3 résume le nombre d'entretiens réalisés à chaque niveau de la chaîne d'approvisionnement et par type de répondant. La différence dans le nombre d'entretiens au niveau provincial s'explique par le nombre de filières et de partenaires de mise en œuvre présents dans les zones géographiques sélectionnées.

Tableau 3. Résumé des entretiens avec les informateurs clés

Niveau	Gouvernement		Organisation des Nations Unies		ONG		Total	
	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Kasaï Oriental	Nord Kivu
Global	S.O.		0		1		1	
Au niveau national	1		3		3		7	
Infranational	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Kasaï Oriental	Nord Kivu	Kasaï Oriental	Nord Kivu
Province	2	2	4	3	3	4	9	9
Zone de santé	7	4	s.o.	s.o.	3	0	10	4
Aire de santé	20	13	s.o.	s.o.	0	0	20	13
Sous-total infranational	29	19	4	3	6	4	39	26
Total par catégorie d'informateur (tous niveaux)	49		10		14		73	

Analyse

Les entretiens avec les informateurs clés ont fait l'objet d'un enregistrement audio, avec le consentement des personnes interrogées. Tous les entretiens ont été transcrits et traduits du français vers l'anglais par un service de transcription externe. L'exactitude des transcriptions et des traductions a été vérifiée par l'équipe de l'USAID en action pour la nutrition. Les données qualitatives issues des entretiens ont été analysées à l'aide d'Atlas.ti. Deux séries de tests de codage ont été effectuées pour finaliser le livre de codes et garantir l'accord entre les deux codeurs.

L'outil de collecte des données quantitatives a été administré à l'aide de la plateforme d'enquête électronique JotForm, à laquelle une équipe de collecteurs de données a accédé sur leur téléphone portable en visitant les sites, avec une copie papier de l'outil d'enquête disponible en guise de sauvegarde. Les données de l'enquête ont été téléchargées depuis les téléphones des collecteurs de données vers la base de données en nuage JotForm, soit immédiatement si le service cellulaire était disponible sur le site de collecte des données, soit peu de temps après, une fois que les collecteurs de données sont retournés dans une zone disposant d'un service cellulaire ou d'une connexion WiFi. Les données ont été examinées par le superviseur de la collecte des données à la fin de chaque journée pour s'assurer de leur fidélité. L'ensemble des données a ensuite été téléchargé dans Excel pour être nettoyé et analysé par l'analyste principal des données quantitatives, en communiquant avec le superviseur de la collecte des données pour toute clarification nécessaire.

Considérations éthiques

L'examen éthique et l'approbation de ce travail ont été fournis par le comité d'examen institutionnel de JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI). Tous les informateurs clés ont donné leur consentement verbal. Aucune incitation n'a été fournie pour la participation à l'étude.

Limites

La sélection des zones de santé s'est faite à dessein afin d'inclure les quatre types de filières d'ATPE. Cependant, en raison de changements dans le financement et les accords contractuels, nous n'avons pas été en mesure d'identifier un accord d'intrant de l'ACP dans les provinces sélectionnées au moment de la collecte des données. Par conséquent, les informations sur ce type de filière sont limitées et n'ont pas été prises en compte dans certains aspects de notre analyse.

L'échantillon d'établissements de santé inclus dans l'analyse n'est pas un échantillon statistique, qui aurait nécessité une population d'étude beaucoup plus importante. Ainsi, les principaux résultats quantitatifs sont représentatifs des différences entre les établissements échantillonnés. Bien que les résultats puissent indiquer des différences entre les grandes filières, la taille de l'échantillon ne nous permet pas de faire des comparaisons avec un quelconque niveau de précision statistique.

En outre, la portée géographique limitée de l'étude a fait que, dans plusieurs cas, les installations représentant une filière ne provenaient que d'une seule zone de santé. Pour cette raison, les différences d'indicateurs quantitatifs entre les filières peuvent être dues à la structure de la filière, ou simplement à des différences entre les zones incluses, sans rapport avec la filière qui dessert ces zones.

Nous n'avons pas procédé à un calcul détaillé des coûts de tous les éléments de la chaîne d'approvisionnement, car une telle étude nécessite une collecte de données approfondie à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et sur l'ensemble de la couverture géographique des chaînes d'approvisionnement, ainsi qu'un logiciel de modélisation de la chaîne d'approvisionnement coûteux, et dépassait le cadre de ce qui est nécessaire pour répondre aux questions clés auxquelles la présente étude a tenté de répondre.

Enfin, nos résultats illustrent les défis et les opportunités en RDC liés à la chaîne d'approvisionnement en ATPE et se concentrent uniquement sur les filières financées par le BHA. Ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble des chaînes d'approvisionnement en ATPE du pays.



Un magasinier vérifie les fournitures d'ATPE au magasin médical de l'hôpital général de Kabeya Kamwanga au Kasai Oriental.

CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOMIEU

RÉSULTATS



CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOUMIEU

Une jeune fille fait l'objet d'un dépistage de l'émaciation à l'aide d'un ruban de mesure du PB dans un établissement de Kongo Central.

RÉSULTATS

Nos conclusions sont présentées dans quatre sections. Tout d'abord, nous décrivons chaque filière d'ATPE examinée en nous basant sur les explications des processus clés fournies par les informateurs clés à tous les niveaux du système de santé. Nous présentons ensuite une analyse de la performance des filières basée sur des informations qualitatives et quantitatives sur la disponibilité de l'offre et les ruptures de stock. Ensuite, nous examinons les facteurs de coût des différentes filières et les problèmes qui affectent la capacité à calculer le coût de chaque filière. Enfin, nous présentons les défis sous-jacents identifiés par les informateurs clés qui peuvent contribuer aux ruptures de stock d'ATPE et les opportunités de renforcer la chaîne d'approvisionnement en ATPE en RDC.

DESCRIPTION DES FILIÈRES D'ATPE

Les sections suivantes décrivent comment les ATPE sont acheminés vers la RDC et vers les points de prestation de services de traitement de l'émaciation de l'UNTA et de l'UNTI. Ces récits sont basés sur des informations partagées par des informateurs clés au niveau national, provincial, de la zone de santé et de l'aire de santé. Nous fournissons à la

fois une description des processus clés tels que rapportés par les Nations Unies, le gouvernement ou l'agence partenaire de mise en œuvre, et les perspectives du personnel de la zone de santé et de l'aire de santé afin de fournir une image complète du fonctionnement de chaque filière.

Dans le cadre des entretiens menés au niveau des zones de santé, nous avons demandé au personnel des établissements de santé de décrire leurs processus de gestion de l'approvisionnement en ATPE. Le tableau 4 résume leurs réponses en fonction des thèmes communs qui sont ressortis des entretiens. Les informateurs clés des formations sanitaires du Kasaï Oriental ont donné des descriptions plus détaillées de leurs procédures de gestion des stocks d'ATPE que les informateurs des aires de santé du Nord Kivu. Bien que ces informations ne signifient pas nécessairement que chaque étape est ou n'est pas systématiquement franchie, elles donnent une idée de ce que le personnel des établissements de santé considère comme des étapes importantes du processus de gestion de l'approvisionnement en ATPE, puisqu'il a spécifiquement mentionné que ces étapes faisaient partie de ses procédures.

Tableau 4. Résumé des procédures de gestion des stocks au niveau de l'établissement, par zone de santé, mentionnées par les informateurs clés

	Kasaï Oriental			Nord Kivu			Total des sites de prestation de services
	Cilundu Save the Children-Approvisionnement des ONG	Dibindi Centre de développement social-ACP	Kasansa Save the Children-Approvisionnement des ONG	Goma Pas de partenaire/filière défini	Kibua Approvisionnement PUI-ONG	Walikale PRONA-NUT-PRODOC	
Compter le stock à l'arrivée	2/5	3/6	4/6	0 à 4	0 à 4	0/5	30 % (9/30)
Signer un bon de livraison et/ou avoir un bordereau de réception	5/5	5/6	6/6	2/4	2/4	1/5	70 % (21/30)
Mettre à jour les fiches de stock à l'arrivée	3/5	6/6	4/6	4/4	2/4	1/5	67 % (20/30)
Nécessité d'une demande d'approvisionnement pour sortir le stock du dépôt	3/5	6/6	5/6	1/4	2/4	1/5	60 % (18/30)
Utiliser des outils de suivi des stocks basés sur les clients (par exemple, faire des références croisées avec les cartes des clients ou tenir un carnet de consommation).	4/5	5/6	5/6	1/4	2/4	2/5	63 % (19/30)
Le personnel de l'établissement fait participer la communauté à la réception du stock (par exemple, déchargement ou signature du bordereau de livraison).	1/5	2/6	3/6	1/4	1/4	0/5	27 % (8/30)
Remplir les rapports hebdomadaires, y compris les données sur les stocks.	0/5	6/6	2/6	0 à 4	4/4	0/5	27 % (8/30)
Remplir les rapports mensuels, y compris les données sur les stocks.	4/5*	6/6	5/6	4/4	4/4	3/5	87 % (26/30)
Nombre moyen de procédures mentionnées par le personnel de l'établissement	4/7 (57 %)	4,5/7 (69 %)	4,8/7 (69 %)	2,25/7 (32 %)	3/7 (43 %)	1,2/7 (17 %)	3,43/7 (49 %)

* Toutes les structures ont indiqué qu'elles envoyaient des rapports au BCZ, mais l'une d'entre elles n'a pas précisé la fréquence.

** Toutes les structures visitées ont mentionné l'envoi de rapports à la zone de santé, mais seules trois des cinq structures ont précisé qu'il s'agissait de rapports mensuels. Toutefois, il est probable que les cinq pays présentent effectivement des rapports mensuels.

Achat et importation des ATPE par l'UNICEF

Avant de décrire plus en détail les trois filières soutenues par l'UNICEF (ACP, intrant de l'ACP et PRODOC), nous présentons le processus d'achat et d'importation d'ATPE par l'UNICEF pour la RDC. Les produits importés sont fournis par l'UNICEF aux partenaires de mise en œuvre ou à PRONANUT pour être ensuite distribués dans les zones des santé et les aires de santé, conformément à un accord ACP, Intrant de l'ACP ou PRODOC.

Quantification des besoins

L'UNICEF base ses besoins en ATPE sur le plan d'action humanitaire (PAH) annuel de la RDC. Les besoins sont calculés en fonction des objectifs du PAH et des moyennes de consommation d'ATPE agrégées au niveau national. En RDC, la consommation moyenne est d'environ 0,8 cartons d'ATPE pour traiter un enfant. Les entités extérieures à l'UNICEF ne sont pas directement impliquées dans les processus de quantification et de planification des ATPE. Cependant, le contenu relatif à la nutrition du PAH est compilé par le groupe sectoriel sur la nutrition, qui implique le gouvernement, les partenaires de mise en œuvre et les agences des Nations Unies. Lors de nos entretiens avec des fonctionnaires du PRONANUT et de la DPS, nous avons constaté qu'aucun d'entre eux n'avait le sentiment d'être impliqué dans les processus de planification des achats d'ATPE de l'UNICEF. Les fonctionnaires ont toujours exprimé le besoin et le désir d'être davantage impliqués, principalement pour garantir une planification plus précise et réduire ainsi les ruptures dans la chaîne d'approvisionnement.

Achats

Il n'y a actuellement aucune production locale d'ATPE en RDC. Tous les achats d'ATPE de l'UNICEF proviennent de sources internationales, d'un large éventail de fournisseurs basés dans différents pays. Parmi les sources mentionnées par les informateurs clés affiliés aux Nations Unies figurent la France, Haïti, l'Inde, le Kenya, l'Afrique du Sud et les États-Unis. Bien qu'il existe des importateurs et des distributeurs d'ATPE basés en RDC et utilisés par certains partenaires de mise en œuvre, il ne semble pas que l'UNICEF ait conclu d'accords avec ces entités pour l'achat d'ATPE. Le processus d'approvisionnement est géré par la division des approvisionnements de l'UNICEF à Copenhague, en consultation avec l'équipe de l'UNICEF basée en RDC.

Il n'existe pas de calendrier fixe pour le réapprovisionnement en ATPE en RDC. Les commandes sont plutôt passées en fonction des besoins programmatiques. Un système national de suivi des importations a été décrit. Le contrôle est effectué mensuellement et est censé servir de base au contrôle semestriel des importations. Un informateur clé affilié aux Nations Unies a déclaré qu'au cours des



CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOMIEU

L'USAID fournit une grande partie des ATPE utilisés pour traiter les enfants gravement émaciés en RDC, y compris les ATPE distribués par l'UNICEF.

deux ou trois dernières années, les ATPE provenant directement du BHA en nature ont généralement été livrés en deux fois.

Procédures d'importation et de gestion des stocks initiaux

Contrairement à la plupart des autres acteurs internationaux de la nutrition en RDC, l'UNICEF est exemptée du paiement des taxes et des frais d'importation. Un informateur clé affilié aux Nations Unies a également indiqué que l'UNICEF disposait de « toutes les accréditations nécessaires pour faciliter les procédures d'importation d'intrants en RDC » et que, par conséquent, il ne subissait pas de retards dans les procédures douanières. Cette expérience est très différente de celle décrite par les ONG qui importent des ATPE en RDC et qui ont eu des difficultés à obtenir les exemptions nécessaires de la part du gouvernement. (Pour plus de détails, voir la section « Approvisionnement direct des ONG et importation d'ATPE ».)

Une fois dédouané, le stock est transporté vers l'un des quatre entrepôts régionaux de l'UNICEF (voir figure 4). À partir de ces entrepôts régionaux, l'UNICEF transporte les ATPE vers les provinces, où ils sont remis aux partenaires de mise en œuvre ou au gouvernement pour être distribués dans les zones de santé et les aires de santé.

Figure 4. Cartographie des entrepôts et des points d'entrée de l'UNICEF



RÔLE DU GROUPE SECTORIEL SUR LA NUTRITION DANS LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT EN ATPE

Nous nous sommes entretenus avec des informateurs clés au niveau national et des groupes régionaux/provinciaux qui couvrent les provinces sélectionnées afin de comprendre comment le groupe sectoriel sur la nutrition est impliqué dans la chaîne d'approvisionnement en ATPE en RDC.

Le groupe sectoriel sur la nutrition n'est pas directement impliqué dans les processus d'approvisionnement de l'UNICEF ou dans la passation de contrats avec des partenaires pour la livraison des ATPE dans les zones de santé. Les coordinateurs ont décrit leur rôle comme étant de contribuer au suivi et à la traçabilité des intrants une fois qu'ils sont entrés dans le pays.

Au niveau national, le groupe sectoriel sur la nutrition dispose d'un groupe de travail technique (GTT) pour les activités de PCMA. Dans ce GTT, des analyses comparant la quantité d'ATPE reçue et le nombre de cas traités sont présentées et des informations sont partagées sur les partenaires qui fournissent actuellement des ATPE. Le groupe sectoriel sur la nutrition au niveau national s'efforce également de suivre la quantité d'ATPE reçue par les différents partenaires afin de rester informé des quantités disponibles au cas où les besoins ne seraient pas satisfaits dans d'autres zones de santé. Cependant, le groupe sectoriel sur la nutrition ne reçoit pas de mises à jour systématiques de la part des partenaires sur les quantités réelles d'ATPE reçues. Par conséquent, le groupe est limité dans le soutien qu'il peut apporter à ce type de suivi. Au niveau régional/provincial, le groupe sectoriel sur la nutrition dispose de GTT spécialement chargés des intrants et de leur suivi.

En termes de soutien à la planification des besoins en ATPE, le groupe sectoriel sur la nutrition soutient le développement du PAH, qui comprend une estimation du nombre d'enfants qui devraient avoir besoin d'un traitement de l'émaciation au cours de l'année à venir. Le groupe sectoriel sur la nutrition soutient également la priorisation des zones de santé et la définition d'objectifs pour les interventions nutritionnelles incluses dans le PAH. Les coordinateurs du groupe sectoriel sur la nutrition ont indiqué qu'ils essaient également de travailler avec l'UNICEF et ses partenaires contractuels pour s'assurer qu'il existe une stratégie de sortie pour la fin du soutien du partenaire, notamment en veillant à ce que des stocks supplémentaires soient laissés dans les établissements après le départ du partenaire de la zone de santé.

Cependant, les coordinateurs ont noté que le nombre de cas réels dépasse souvent les objectifs, ce qui signifie que ces stocks supplémentaires commencent à être utilisés avant la fin de la période contractuelle, limitant ainsi les stocks restants pour la période de transition. Il a également été mentionné que le groupe sectoriel sur la nutrition partageait des outils avec ses partenaires pour les aider à calculer les besoins en ATPE sur la base des estimations de la population.

Les coordinateurs ont également mentionné que les partenaires s'adressent souvent à eux lorsqu'ils sont confrontés à des pénuries d'approvisionnement, demandant le soutien du groupe sectoriel pour trouver des stocks afin de combler les lacunes. Un coordinateur a indiqué que cela peut même se produire au début des projets, lorsqu'il y a parfois eu trois ou quatre mois de retard avant que le stock initial n'arrive. Dans ce cas, le groupe sectoriel sur la nutrition aide à organiser des « prêts » d'ATPE auprès d'autres organisations. Les coordinateurs ont indiqué que le fait de disposer d'un stock tampon ou d'un stock d'urgence adéquat dans le pays pour couvrir les pénuries pourrait contribuer à atténuer ce problème. Le groupe sectoriel sur la nutrition a également joué un rôle important de sensibilisation lorsque les partenaires ont été confrontés à des problèmes d'importation. Un scénario datant de 2021 a été décrit, dans lequel de « nombreux partenaires » ont vu leurs importations d'ATPE bloquées pendant trois à quatre mois à la frontière. Le groupe sectoriel sur la nutrition est intervenu pour aider à calculer les frais d'importation et plaider auprès du ministère de la Santé (MS) pour le déblocage des cargaisons. Plusieurs informateurs clés ont mentionné que le problème des réglementations en matière d'importation est toujours d'actualité.

Une série d'informateurs clés ont corroboré les informations communiquées par le groupe sectoriel sur la nutrition, indiquant qu'ils se tournent vers lui pour obtenir de l'aide lorsqu'ils sont confrontés à des ruptures de stock. Compte tenu de la fréquence des contacts que le groupe sectoriel sur la nutrition entretient avec les partenaires et les responsables gouvernementaux, ainsi que de ses rôles clés en matière de coordination, de suivi et de plaidoyer, son rôle dans la chaîne d'approvisionnement semble plutôt informel et devrait peut-être faire l'objet d'un examen plus approfondi.

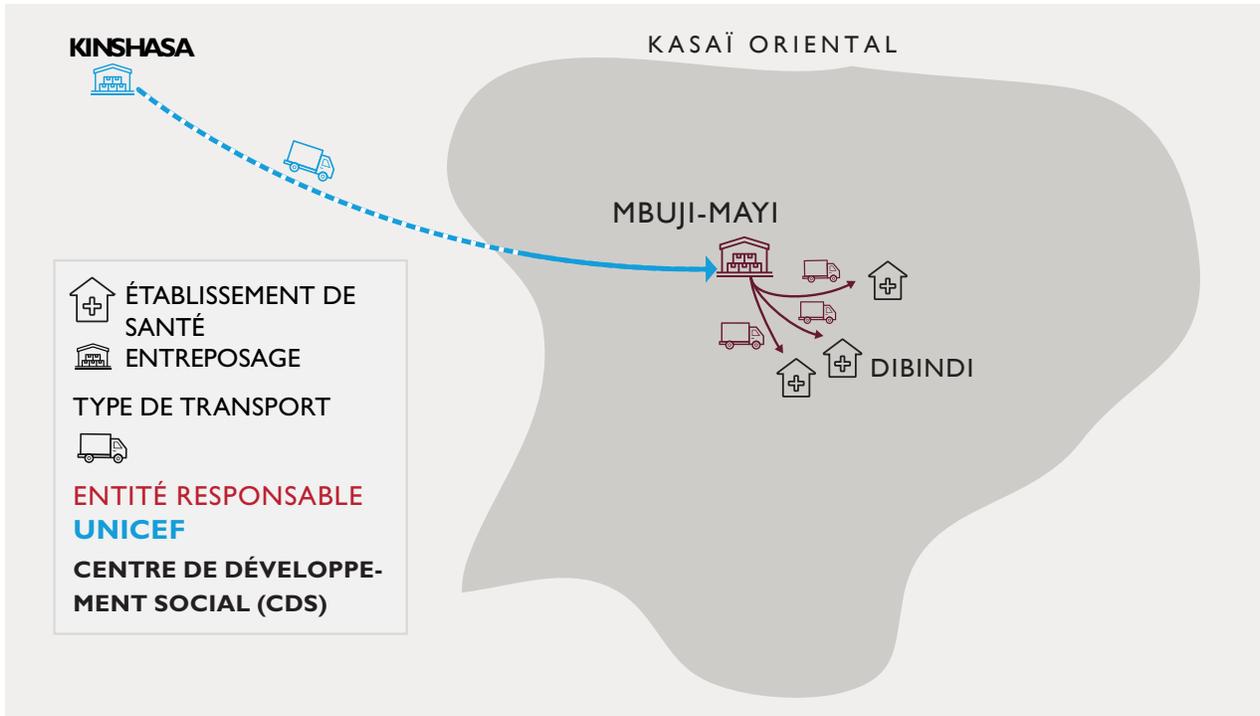
Accord de coopération de programme (ACP)

Partenaire : Centre de développement social
Lieu : Zone de santé de Dibindi, Kasai Oriental

Principaux résultats :

- Les ATPE sont passés de l'UNICEF au CDS.
- Le CDS transporte les ATPE directement de son entrepôt zonal vers les aires de santé.
- Les demandes en ATPE sont basées sur la consommation mensuelle moyenne des établissements de santé, mais ces derniers reçoivent souvent moins que ce qui a été commandé.

Figure 5. Transport des ATPE dans la zone de santé de Dibindi



Un ACP est un contrat entre l'UNICEF et un partenaire de mise en œuvre, généralement une organisation locale, qui prévoit le financement d'un ensemble d'activités convenu. Nous avons pu analyser un exemple où les ATPE sont fournis par un partenaire de mise en œuvre, financé par l'UNICEF par le biais d'un ACP. Cet exemple a été donné dans la zone de santé de Dibindi, au Kasai Oriental, avec le soutien du partenaire local de mise en œuvre, le CDS. À l'origine, nous avons prévu d'inclure également une filière d'ACP dans la zone de santé de Goma, au Nord Kivu, mais nous avons constaté qu'aucun accord n'était actuellement en place.

Dibindi est un milieu urbain et fait partie du principal centre urbain du Kasai Oriental-Mbuji-Mayi. C'est également à Mbuji-Mayi que se

trouvent les entrepôts provinciaux des partenaires chargés de la mise en œuvre, ce qui signifie que la distance à parcourir entre l'entrepôt du partenaire et les aires de santé est beaucoup plus courte que dans certaines aires plus rurales. On ne dispose pas de données récentes sur la prévalence de l'émaciation dans la zone de santé de Dibindi, mais selon les données finales d'alerte précoce de 2022, la situation nutritionnelle est jugée sous contrôle, 19 pour cent des enfants évalués dans les sites sentinelles étant modérément émaciés. Sur ce nombre, 4 pour cent présentaient un œdème nutritionnel, indiquant la nécessité d'une hospitalisation (Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention [MSPHP] 2022). La figure 5 présente une vue d'ensemble de la distribution des ATPE dans la zone de santé.

Procédure de passation des marchés

Le dernier ACP du CDS avec l'UNICEF a été délivré pour une période initiale de six mois. Le partenaire s'est vu accorder une prolongation de deux mois, ce qui porte la durée du contrat à huit mois au total. La prolongation a été demandée en raison de retards initiaux dans le démarrage des activités de traitement et pour permettre l'utilisation complète du nombre de cartons d'ATPE allouées conformément à l'ACP. Bien que les ATPE aient été disponibles au début du projet, on nous a dit qu'un retard d'un mois était dû à l'obligation d'apposer des autocollants de l'USAID sur les produits avant qu'ils puissent être distribués. Toutefois, l'informateur n'a pas précisé qui avait étiqueté le produit ni pourquoi il n'avait pas été étiqueté avant d'être livré au partenaire. À la fin de la période initiale de six mois du projet, seules 15 000 des 18 000 cartons alloués avaient été distribués, ce qui a motivé la demande de prolongation de deux mois.

Les informateurs clés estiment que la procédure de passation des marchés a duré environ deux mois, en commençant par une manifestation d'intérêt. Les estimations des besoins en ATPE et en transport ont été réalisées en consultation avec l'UNICEF, sur la base des informations fournies par les zones de santé et le PRONANUT. Les informateurs des partenaires chargés de la mise en œuvre ont déclaré qu'il peut parfois s'écouler deux ou trois mois entre deux contrats, mais qu'il y a parfois un chevauchement, un nouveau contrat étant signé avant que le contrat en cours n'ait pris fin. Le partenaire chargé de la mise en œuvre a mentionné des retards antérieurs dans le déblocage des fonds de l'UNICEF au début des contrats. Auparavant, le déblocage initial des fonds par l'UNICEF pouvait prendre jusqu'à deux mois, mais il a été noté que la situation s'est améliorée, les fonds étant désormais reçus en moins d'un mois après la signature du contrat.

Le récent ACP du CDS comprenait des activités liées au traitement de l'émaciation grave, tant au niveau de l'UNTI que de l'UNTA. Les activités relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont également incluses, telles que le dépistage, les démonstrations culinaires et les activités de sensibilisation au niveau de la communauté et des établissements de santé pour les femmes enceintes et les mères allaitantes.

Demande initiale d'approvisionnement et réception du stock de l'UNICEF

Selon le CDS, l'UNICEF fournit à l'organisation des quantités prédéterminées d'ATPE sur la base d'un calendrier établi dans l'ACP. Le CDS ne passe pas de commandes à l'UNICEF sur la base, par exemple, d'une consommation moyenne ou de rapports établis au niveau des établissements. Cependant, le département logistique du CDS remplit un formulaire de commande qui est envoyé à l'UNICEF avant de

recevoir les ATPE de l'UNICEF. L'UNICEF est chargé d'acheminer les ATPE depuis son entrepôt central de Kinshasa jusqu'au dépôt du CDS à Mbuji-Mayi, au Kasai Oriental. Le CDS a indiqué que les livraisons de l'UNICEF se font généralement par la route et parfois par avion.

On nous a dit que, dans l'ensemble, l'UNICEF respecte la quantité de fournitures à livrer telle qu'elle est définie dans l'ACP, mais qu'il arrive que les produits ne soient pas envoyés en une seule livraison. L'exemple suivant a été donné : La première livraison prévue par l'ACP est de 3 000 cartons. Toutefois, ces 3 000 cartons peuvent être livrés en deux fois, soit 2 000 cartons et 1 000 cartons respectivement, ce qui peut poser des problèmes de distribution, car il peut être impossible d'approvisionner toutes les aires de santé si la quantité totale n'est pas reçue en une seule livraison et dans les délais prévus.

Procédures d'estimation et de livraison des fournitures au niveau de l'installation

Selon le processus défini par le CDS, les zones de santé élaborent des plans de distribution qu'elles envoient au CDS. Ensuite, le CDS détermine la quantité de stock à livrer en fonction des quantités demandées dans les plans de distribution et de la disponibilité des fournitures dans son dépôt de Mbuji-Mayi. Les plans de distribution envoyés par les zones de santé sont basés sur la quantité d'ATPE consommée par les aires de santé au cours du mois écoulé, qui est généralement incluse dans les rapports mensuels de la PCMA. Il s'agit d'une méthode courante d'estimation des besoins en ATPE pour les plans de distribution, appelée « consommation mensuelle moyenne ». Un informateur de la zone de santé de Dibindi a déclaré qu'il passait ses commandes au CDS tous les trimestres. Le CDS a indiqué qu'il préférerait que les ATPE passent par la zone de santé dans le cadre du processus de livraison, mais que dans certains cas, il effectuait des livraisons directement dans les aires de santé. Dans le cas de Dibindi, les informateurs du gouvernement ont déclaré que les ATPE ne sont plus stockés au niveau zonal à Dibindi, mais qu'ils sont livrés directement dans les aires de santé. Un informateur de la zone de santé a indiqué qu'il s'agissait d'une exigence du partenaire, le CDS. Pour leur part, les informateurs des partenaires de mise en œuvre ont indiqué que, bien que le CDS utilise son propre dépôt à Dibindi, il fait appel au bureau central de la zone de santé (BCZ) pour la livraison des produits dans les aires de santé.

À Dibindi, les responsables des zones de santé ont déclaré que le CDS les informait lorsqu'il prévoyait des livraisons dans les aires de santé et qu'un représentant de la zone les accompagnait lors de la livraison. Selon les responsables des zones de santé et des aires de santé, le processus de commande correspond à ce qui a été décrit par le CDS. La plupart des informateurs clés au niveau des installations ont

clairement indiqué qu'ils adressaient leurs demandes de commande au BCZ sur la base de la consommation mensuelle moyenne. À l'exception de l'UNTI, où il a été indiqué que peu d'ATPE étaient utilisés, tous les informateurs clés au niveau des établissements ont déclaré avoir reçu moins d'ATPE que la quantité demandée. Cette constatation se reflète également dans les données quantitatives que nous avons recueillies. Quatre des cinq UNTA de Dibindi ont été en mesure de fournir leurs derniers documents de demande et de réception. Tous les documents disponibles ont montré que le montant reçu était inférieur au montant demandé.

Tous les informateurs au niveau des établissements ont déclaré avoir connu des ruptures de stock malgré leur proximité avec le dépôt du CDS de Mbuji-Mayi. Les données quantitatives le confirment : les informateurs des cinq établissements de santé visités à Dibindi ont déclaré se souvenir d'une rupture de stock au cours des six derniers mois ; deux des cinq établissements étaient effectivement en rupture de stock le jour de la visite ; et les cinq établissements de santé ont été en mesure de fournir des registres de stocks indiquant une rupture de stock au cours des six derniers mois. Les informateurs clés ont expliqué que lorsqu'ils reçoivent les plans de distribution des zones de santé, ils peuvent les réviser en fonction de la quantité d'ATPE qu'ils ont en stock. Un exemple a été donné d'un plan de distribution de 1 000 cartons qui peut être revu à la baisse à 500-600 cartons en fonction de la disponibilité des ATPE. Ce décalage entre les demandes des établissements et les ATPE effectivement reçus a donné l'impression au personnel des établissements que les quantités étaient prédéterminées par le partenaire et que leurs demandes spécifiques n'étaient pas prises en compte. Un informateur clé au niveau de la zone de santé a estimé qu'il y avait eu au moins quatre ruptures de stock au cours des six derniers mois.

Je pense qu'ils utilisent les données sous-estimées. Parce que lorsqu'ils arrivent, par exemple, avec les contrats, ils ont déjà leurs objectifs. Par exemple, pour notre zone de santé de Dibindi, ils viennent avec le contrat et ils disent : « Nous ne prendrons que 2 600 enfants ». Au contraire, au niveau de la zone de santé, nous n'avons pas 2 600, nous pouvons avoir, par exemple, 4 000, ou même moins que ce qu'ils ont. Tels sont les problèmes que nous rencontrons souvent.

—Informateur clé de la zone de santé de Dibindi

Procédures de gestion des stocks

Entreposage

Comme décrit précédemment, le CDS stocke les ATPE dans son propre dépôt dans la zone de santé de Dibindi et les achemine ensuite vers les aires de santé en collaboration avec le BCZ. Au niveau de la zone de santé, les informateurs gouvernementaux ont déclaré qu'ils disposaient d'un entrepôt bien situé et sécurisé, avec les palettes nécessaires au stockage. Néanmoins, aucune inquiétude n'a été exprimée quant au fait que les ATPE ne soient pas stockés au niveau zonal, un informateur décrivant même cette pratique comme « une tâche en moins ». Il a également été noté que, dans le cadre du système actuel, les infirmières n'auraient plus besoin de se rendre au niveau central pour collecter les produits, comme c'était le cas dans le passé, lorsque le BCZ était seul responsable de la distribution des ATPE.

Dans les aires de santé dotées d'une UNTA, tous les informateurs clés ont déclaré qu'ils disposaient de leurs propres dépôts, fermés à clé et dotés de palettes pour le stockage des ATPE. Pour l'UNTI, les intrants nutritionnels arrivent au dépôt principal de l'hôpital et le personnel de l'UNTI demande des stocks à ce dépôt. Le stock transféré du dépôt principal de l'hôpital à l'UNTI est noté sur une fiche de stock. Aucun des informateurs clés interrogés à Dibindi n'a mentionné de problèmes liés à des stocks périmés. Toutefois, plusieurs informateurs clés ont mentionné des problèmes liés à la livraison des ATPE dans des sacs plutôt que dans des cartons, ce qui entraîne des dégâts causés par les rongeurs. Un informateur d'un établissement de santé a indiqué qu'il recevait parfois des cartons non scellés et qu'il constatait parfois qu'il manquait des produits après avoir compté les sachets d'ATPE dans les cartons non scellés.

Suivi et rapports

Au niveau des établissements de santé, les informateurs clés ont pu décrire des systèmes robustes de suivi des stocks, depuis la réception des stocks jusqu'à leur distribution aux clients. Les informateurs clés de tous les sites de prestation de services ont indiqué qu'ils remplissaient des rapports hebdomadaires et mensuels qui sont envoyés au BCZ. La zone de santé partage les rapports avec le partenaire, le CDS et le PRONANUT. La zone de santé intègre également ces informations dans le SIGL, mais la manière dont elles sont utilisées n'a pas été clairement définie. L'informateur de la zone de santé a également déclaré que les informations sur les stocks sont saisies dans le DHIS-2. Cependant, comme indiqué précédemment, les données sur les ATPE ne sont généralement pas saisies dans la plateforme numérique du DHIS-2. Enfin, les informateurs clés des zones de santé ont indiqué qu'ils effectuaient des visites de supervision, qui comprennent un contrôle de l'inventaire et de la gestion des stocks. Les informateurs clés du CDS ont indiqué qu'ils partageaient leurs rapports avec le PRONANUT et l'UNICEF.

EXAMEN DE LA FILIÈRE D'ATPE DANS LA ZONE DE SANTÉ DE GOMA

La zone de santé de Goma a été sélectionnée à l'origine pour être incluse dans cet exercice en tant qu'exemple d'une filière d'ACP. Cependant, lorsque nous avons interrogé le partenaire de soutien, Heal Africa, nous avons appris qu'il n'avait pas d'accord ACP avec l'UNICEF. Bien qu'ils n'aient pas conclu d'accord actif avec l'UNICEF, les informateurs clés ont fait part d'observations intéressantes sur les difficultés rencontrées pour assurer la disponibilité des ATPE en l'absence d'un accord formel avec l'UNICEF ou un partenaire chargé de la mise en œuvre. Les informateurs des partenaires de mise en œuvre ont expliqué que Heal Africa disposait d'un ACP dans le passé et, plus récemment, d'accords d'intrants de l'ACP, mais qu'à l'heure actuelle, elle ne recevait pas d'ATPE de la part de l'UNICEF. Étant donné que les informateurs au niveau des établissements de santé ont déclaré que les fournitures provenaient du gouvernement, nous avons ensuite cherché à savoir si la zone de santé de Goma pouvait être classée comme étant desservie dans le cadre d'un PRODOC, avec le soutien du PRONANUT. Cependant, lors de nos entretiens avec le PRONANUT et le personnel de la zone de santé, aucun plan spécifique pour la fourniture d'ATPE à Goma n'a été défini. Contrairement à la zone de santé de Walikale, qui a des dispositions spécifiques dans le PRODOC pour le transport des ATPE, les détails concernant le soutien à Goma n'ont pas été mentionnés. Heal Africa, qui avait déjà reçu des fournitures de l'UNICEF pour soutenir la zone de santé de Goma par le biais d'un intrant de l'ACP (voir la section sur un intrant de l'ACP), a indiqué qu'elle avait dû plaider pour recevoir ce soutien à Goma parce que les niveaux de malnutrition sont relativement faibles, mais qu'elle constatait une forte demande de services de traitement de l'émaciation sur ses sites. Selon les données d'alerte précoce, à la fin de 2022, l'émaciation chez les enfants évalués dans les sites sentinelles était de 2 pour cent, avec 1 pour cent d'enfants souffrant d'œdème nutritionnel (MSPHP 2022).

Procédures d'estimation et de livraison des fournitures au niveau de l'établissement

Les informateurs des zones de santé ont expliqué que les différents partenaires les informent de la disponibilité des ATPE afin qu'ils puissent passer des commandes pour leurs établissements. Il a été expliqué qu'il n'existe pas de « calendrier de mise à disposition » des ATPE et qu'au moment de l'approvisionnement, la zone de santé se réfère aux informations contenues dans le SIGL pour déterminer les aires de santé les plus nécessaires avant d'établir un plan de distribution. Selon les informateurs clés des zones de santé, il semble que le PRONANUT joue un rôle de facilitateur en alertant la zone de santé lorsque le stock est disponible. Cependant, le PRONANUT ne semble pas disposer de quantités spécifiques d'ATPE ni d'un budget de transport pour la zone de santé de Goma. La fourniture d'ATPE à la zone et aux régions semble se faire sur une base ad hoc et très irrégulière.

Nous adressons une demande à la zone et celle-ci réagit dans un délai d'une semaine, si au moins les intrants sont disponibles. S'ils ne sont pas disponibles, on peut facilement nous appeler au téléphone et nous dire : « Les intrants que vous avez demandés ne sont pas disponibles dans la zone, mais nous attendons aussi que nos partenaires vous fournissent ». C'est comme ça, sans le système [d'approvisionnement] normal. Si je constate que je n'ai pas les produits et que Heal Africa a pu les obtenir, je contacte Heal Africa par téléphone ou je peux même me rendre à Heal Africa. Je leur demande : « N'avez-vous pas tel ou tel produit ? ». S'ils l'ont, ils me le donnent. S'ils n'en ont pas, ils donneront leurs explications [...] C'est un peu compliqué, car les intrants supplémentaires ne sont pas toujours disponibles.

—Informateur clé d'un établissement de la zone de santé de Goma

Les informateurs clés au niveau des établissements ont tous déclaré qu'ils recevaient leurs ATPE du BCZ. Dans certains cas, les ATPE sont livrés par le BCZ à l'établissement, et dans d'autres cas, l'établissement doit aller les chercher lui-même. Bien que situés relativement près du BCZ et dans un centre urbain, les établissements ont indiqué que le transport pour collecter les ATPE était un défi. Un informateur d'une zone de santé a expliqué que lorsque la zone de santé ne bénéficie pas du soutien d'un partenaire, elle a souvent des difficultés à assurer le transport parce qu'elle doit utiliser son propre véhicule, qui lui a été donné par un autre partenaire, et payer le carburant. Les informateurs clés ont expliqué que lorsqu'ils soumettent des commandes au BCZ, les fournitures reçues ne sont pas suffisantes et ne correspondent pas à ce qui a été demandé. Les informateurs de tous les établissements ont déclaré avoir connu des ruptures de stock, et l'un d'entre eux a indiqué avoir reçu des stocks périmés. Les informateurs clés des établissements ont tous déclaré qu'ils passaient leurs commandes sur la base de la consommation mensuelle moyenne. Toutefois, certains ont exprimé des inquiétudes quant à ce chiffre en raison de l'irrégularité des ATPE, qui a un impact sur leurs admissions. Ils ont donc utilisé les chiffres de la consommation pour calculer les commandes.

Pour déterminer la quantité, le processus est simple. C'est la CMA [consommation mensuelle annuelle] que nous utilisons, la consommation moyenne et mensuelle. Malheureusement, l'utilisation de la CMA [est problématique] lorsqu'il y a une rupture [d'approvisionnement] inopportune. Nous avons eu les intrants aujourd'hui, et deux semaines plus tard, ils se terminent, les patients disparaissent. Nous ne savons même pas comment contrôler les patients que nous recevons. Ils sont là parce que les intrants sont là. Lorsqu'il n'y a pas d'intrants, la majorité disparaît. Comme on vous l'a dit, nous avons 15 patients, mais nous en avons plus de 100 par mois. Malheureusement, nous sommes à 15 parce qu'il n'y a pas d'intrants. C'est là le problème [...] Imaginez que vous me

donniez un produit qui se termine dans une semaine [...] Là, les calculs vont poser problème.

—Informateur clé d'un établissement de la zone de santé de Goma

Procédures de gestion des stocks Entreposage

La zone de santé de Goma dispose de son propre dépôt, où elle stocke les ATPE lorsque le PRONANUT alerte l'équipe sur leur disponibilité. Les ATPE sont collectés auprès du PRONANUT par la zone de santé et transportés jusqu'à son dépôt. Les informateurs au niveau de l'établissement ont tous déclaré qu'ils disposaient d'un endroit pour stocker les ATPE. L'un d'entre eux avait même un dépôt réservé au centre de nutrition. Un établissement a déclaré qu'il conservait les ATPE dans son bureau car « il n'y a pas d'endroit où les mettre ». Les mesures de sécurité de ces installations de stockage n'ont pas été décrites en détail. Les informateurs de deux des quatre établissements ont déclaré que le dépôt et/ou le bureau étaient fermés à clé, deux ont mentionné des contrôles réguliers (quotidiens ou toutes les 48 heures) de l'entrepôt, et un seul a mentionné l'utilisation de fiches de stock pour la gestion des fournitures de l'entrepôt. Aucun n'a mentionné de mesures de contrôle de la qualité, telles que l'utilisation de palettes ou de mesures de lutte contre les rongeurs.

Suivi et rapports

Les informateurs des zones de santé ont déclaré qu'ils conservaient des fiches de stock pour enregistrer les ATPE reçus et distribués. Ils établissent les plans de distribution des zones de santé, et les bons de livraison sont signés par la zone de santé et l'aire de santé lorsque les fournitures sont collectées ou livrées. Tous les informateurs au niveau de l'établissement ont indiqué qu'ils mettaient à jour leurs fiches de stock lorsque de nouveaux stocks étaient reçus, et tous ont déclaré qu'ils envoyaient des rapports mensuels à la zone de santé. Un établissement a mentionné l'implication de la communauté en enregistrant également tous les stocks reçus auprès du comité de santé.

Intrant de l'ACP

Au moment de la collecte des données, l'UNICEF a déclaré qu'il n'y avait pas d'accords d'un intrant de l'ACP en cours, pour lesquels l'UNICEF fournit des ATPE en nature à un partenaire de mise en œuvre sans en financer la livraison. L'UNICEF a expliqué qu'en période de pénurie d'ATPE, il ne signe généralement pas d'accords d'un intrant de l'ACP avec ses partenaires, sans doute parce qu'il doit d'abord approvisionner ses partenaires de l'ACP et PRODOC, ces accords étant assortis d'un financement. Cependant, nous avons pu obtenir des informations sur ce type d'accord auprès de Heal Africa, qui a eu des accords d'un intrant de l'ACP avec l'UNICEF de 2014 à 2019, période pendant laquelle tous les fournitures d'ATPE de Heal Africa provenaient de l'UNICEF.

Procédure de passation des marchés

Un informateur clé a expliqué que Heal Africa avait contacté l'UNICEF pour demander un accord d'un intrant de l'ACP.

Heal Africa gère un programme de lutte contre le VIH grâce au financement d'un autre bailleur de fonds, Stratégies mondiales en matière de prévention du VIH. L'accord prévoyait que si l'UNICEF pouvait fournir les ATPE, Heal Africa pourrait utiliser les fonds de

son projet VIH en cours pour financer la distribution des ATPE sur ses sites. Il a été noté que pendant la période 2014 à 2019, lorsque Heal Africa avait ces accords avec l'UNICEF, il y a eu des moments où les fournitures n'étaient pas disponibles à la signature des accords. Dans ces cas, Heal Africa contactait le PRONANUT pour obtenir des fournitures, ou demandait à l'UNICEF de lui permettre de transférer des ATPE inutilisés d'autres sites du programme pour servir ses sites à Goma.

Les informateurs clés ont également expliqué que Goma ne présente généralement pas les niveaux de malnutrition requis pour bénéficier de l'aide de l'UNICEF. Cependant, comme Heal Africa gère un hôpital de référence doté d'une UNTI, des enfants de toute la zone de santé venaient se faire soigner. C'est pourquoi le partenaire a finalement réussi à convaincre l'UNICEF de soutenir des sites de projets sélectionnés.

L'ACP intrants couvrait la fourniture d'ATPE, de laits thérapeutiques F-75 et F-100 (F-75 et F-100), d'amoxicilline, de vitamine A, de vermifuge et de solution de réhydratation pour la malnutrition (ReSoMal).

SYSTÈMES D'INFORMATION SUR LA GESTION DES STOCKS

Conformément aux exigences du gouvernement en matière de rapports, les données relatives aux stocks d'ATPE doivent être comptabilisées dans l'outil de gestion des stocks au niveau de l'établissement, le Registre d'utilisation des médicaments et des recettes. Les inventaires sont également inclus dans les rapports mensuels, et parfois hebdomadaires, de PCIMA qui sont envoyés aux partenaires et au BCZ.

L'une des difficultés réside dans le fait qu'une grande partie de ces rapports sont établis sur papier, en particulier au niveau de l'aire de santé, et sont ensuite envoyés au BCZ ou à un partenaire pour être saisis dans des systèmes numériques. Les indicateurs sur les stocks d'ATPE sont lentement ajoutés par le gouvernement aux

systèmes DHIS-2 et SIGL. Cependant, pour l'instant, les données sur les ATPE dans ces systèmes gouvernementaux restent limitées. Les partenaires et l'UNICEF ont indiqué qu'ils disposaient de leurs propres systèmes de gestion numérique des approvisionnements, qui sont différents. Les voies et les processus de partage des données varient. Il n'est donc pas surprenant que, malgré toute cette collecte de données, la disponibilité des données soit ponctuelle et que, malgré les efforts déployés par le groupe sectoriel sur la nutrition, il soit très difficile d'obtenir une image complète du niveau de fournitures d'ATPE dans le pays.

Document de programme (PRODOC)

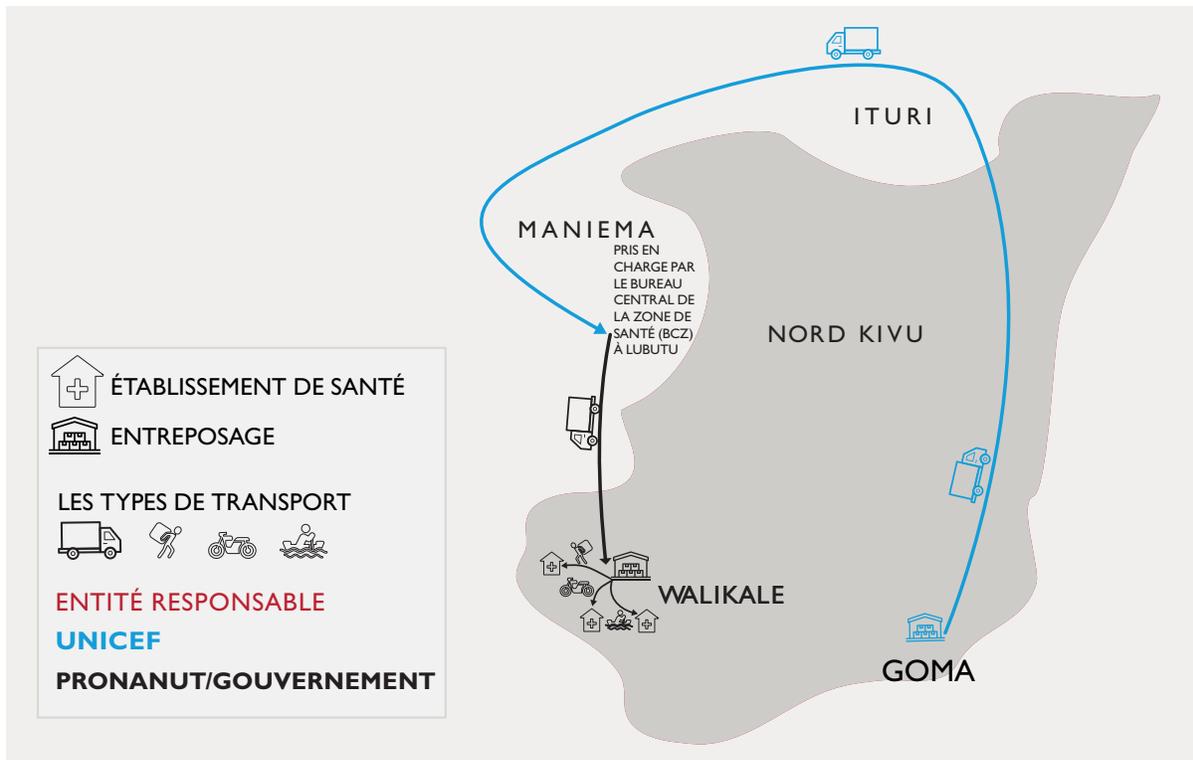
Partenaire : PRONANUT

Lieu : Zone de santé de Walikale, Nord Kivu

Principaux résultats :

- Les quantités de fournitures envoyées à la zone de santé sont déterminées par l'UNICEF.
- Les aires de santé passent des commandes auprès de la zone de santé, mais les montants ne sont souvent pas respectés.

Figure 6. Transport des ATPE dans la zone de santé de Walikale



La plupart des provinces ont conclu avec l'UNICEF un accord PRODOC général qui prévoit le financement d'un ensemble d'activités convenu. Dans certains cas, le PRODOC comprend la livraison des ATPE dans les aires de santé. La décision d'inclure la livraison des ATPE dans le PRODOC est prise en fonction de la disponibilité des ATPE de l'UNICEF et de la présence d'autres partenaires de mise en œuvre dans la région. Nous avons examiné un exemple de ce type de filière dans la zone de santé de Walikale au Nord Kivu. Walikale est une zone de santé essentiellement rurale et l'une des plus grandes du territoire de Walikale. Le territoire a connu des décennies de troubles politiques et de conflits, ce qui signifie que les établissements sont souvent en mauvais état et que le nombre de personnes à la recherche de services varie en fonction des mouvements de population. Les données de surveillance de Walikale pendant la période de collecte des données montrent que, parmi les enfants évalués dans les sites sentinelles, 9 pour cent étaient émaciés et 1 pour cent souffraient d'œdème nutritionnel (MSHPH 2022). La figure 6 résume la distribution des ATPE dans la zone de santé de Walikale.

Procédure de passation des marchés

Un informateur clé nous a dit que le gouvernement signe un document technique avec l'UNICEF sur une base semestrielle (tous les six mois), et peut inclure un financement pour le transport des ATPE vers certaines zones, dont Walikale est l'une des zones actuelles. Le document technique, ou PRODOC, est signé avec la DPS au nom du PRONANUT. Ces accords peuvent également inclure des activités telles que le financement du transport des enfants référés par l'UNTI depuis les communautés ou les UNTA jusqu'aux sites de traitement, le soutien aux personnes s'occupant des enfants admis aux UNTI, les médicaments pour le traitement de routine, les allocations pour les *relais communautaires* (RECO) qui effectuent une recherche active des cas, et le carburant pour les visites de supervision. Une lacune spécifiquement mentionnée par le PRONANUT dans ces accords est le manque de médicaments pour gérer les cas d'émaciation avec des complications médicales dans l'UNTI.

Une ligne spécifique du PRODOC actuel prévoit le financement du soutien au traitement de l'émaciation à Walikale, y compris des fonds pour le transport des ATPE. Toutefois, compte tenu de la complexité du transport routier des produits de Goma à Walikale, le budget alloué au transport a été jugé insuffisant, un informateur clé estimant que le budget total alloué au transport dans son PRODOC n'était que de 5 000 dollars pour l'ensemble de l'année. En outre, le véhicule du PRONANUT a été décrit comme étant très petit et capable de contenir seulement 100 cartons ce qui signifie que de nombreux voyages doivent être effectués pour approvisionner les zones de santé. En utilisant la formule standard de l'UNICEF, à savoir 0,8 carton pour traiter un enfant, le véhicule du PRONANUT ne pouvait transporter que des fournitures suffisantes pour traiter 125 enfants à la fois. Le PRODOC prévoit également un budget pour aider le BCZ de Walikale à acheminer les ATPE vers les aires de santé, mais ce budget a été estimé à moins de 50 dollars par mois.

Demande initiale d'approvisionnement et réception du stock de l'UNICEF

Selon un informateur clé qui soutient cette filière, l'UNICEF détermine la quantité de fournitures qui sera envoyée aux zones de santé, que le PRONANUT soumette ou non une demande de fournitures spécifique. L'informateur clé a également expliqué que l'UNICEF appelle à l'avance avant une livraison pour s'assurer qu'il y a de la place dans le magasin du PRONANUT pour recevoir les fournitures. Si l'entrepôt du PRONANUT ne dispose pas de suffisamment d'espace, les stocks peuvent être conservés temporairement dans l'entrepôt de l'UNICEF. (Voir la section « Entreposage » sous « Procédures de gestion des stocks »).

Procédures d'estimation et de livraison des fournitures au niveau de l'établissement

Une fois que le PRONANUT a reçu son stock de l'UNICEF, un plan de distribution est établi. Le PRONANUT est responsable de la livraison des ATPE de Goma aux zones de santé ciblées. Le transport se fait par la route. Les informateurs clés ont noté que d'autres partenaires, tels que Médecins Sans Frontières (MSF), utilisent le transport aérien, qui est plus rapide et entraîne moins de ruptures de stock, mais étant donné le faible budget annuel alloué au PRONANUT pour le transport, cela ne semble pas être une option réalisable pour eux. Le délai de livraison des ATPE depuis le niveau provincial jusqu'à la zone de santé était variable. Au niveau provincial, il a été dit que les fournitures restaient dans l'entrepôt du PRONANUT pendant moins d'une semaine avant d'être distribuées. Toutefois, au niveau des zones de santé, il a été signalé qu'il fallait compter entre un mois et demi et trois mois pour recevoir les fournitures. L'état des routes et les problèmes d'accès contribuent à ces retards. La route empruntée par le PRONANUT pour livrer les produits est très longue - environ 1 600

à 1 800 km. Le camion circule au nord de Goma vers les provinces de l'Ituri, traverse la province de la Tshopo et le nord de la province du Maniema. De là, l'équipe de la zone de santé de Walikale se rend à la frontière et récupère ses fournitures. Il existe un itinéraire plus court et plus direct (400 à 600 km), mais il ne peut être utilisé en raison du mauvais état de la route.

Une fois les fournitures collectées par le BCZ, les livraisons sont effectuées dans les aires de santé le long de la route allant de la frontière avec la province du Maniema au BCZ. À l'arrivée de l'équipe dans la ville de Walikale, le stock est entreposé dans l'entrepôt de l'hôpital général de référence adjacent au BCZ. Pour les aires de santé inaccessibles, les ATPE sont distribués en moto, en bateau ou à pied par les RECO. Les informateurs clés ont fait état des difficultés spécifiques rencontrées pour atteindre ces établissements de santé inaccessibles et du fait qu'ils sont souvent confrontés à des ruptures de stock. Par exemple, on nous a dit que lors du transport des produits en moto, seules trois cartons et demi environ sont emportés, soit suffisamment de produits pour traiter seulement quatre enfants. À pied, il faut parfois jusqu'à deux jours pour atteindre certains sites.

Les zones de santé passent des commandes au PRONANUT pour les quantités requises, bien qu'à Walikale, il ait été noté que ces commandes ne sont généralement pas honorées et que seules des commandes partielles sont reçues. Les aires de santé ont expliqué que lorsque cela se produit, c'est parce que le PRONANUT ne dispose pas de quantités suffisantes pour approvisionner les zones de santé. Dans ce cas, a expliqué la zone de santé, des demandes d'urgence sont souvent adressées à MSF. Il a été dit que MSF répondait à ces demandes d'urgence, mais qu'il était difficile de savoir combien de temps cela prendrait, et que les quantités totales n'arriveraient pas forcément en une seule livraison. Deux établissements de Walikale ont mentionné avoir emprunté des stocks à MSF, de même que deux informateurs différents à Goma. Bien que nous n'ayons pas été en mesure de quantifier avec précision la fréquence des emprunts auprès de MSF et d'autres organisations, il semble que cette pratique soit assez courante, tant au niveau des établissements qu'au niveau de l'organisation. Les partenaires, les représentants du gouvernement, le personnel affilié à l'ONU et le personnel des établissements de santé ont tous fait des commentaires sur la fiabilité des fournitures d'ATPE de MSF.

Procédures de gestion des stocks

Entreposage

Le PRONANUT dispose d'un entrepôt gardé au niveau de la province. La sécurité des intrants est renforcée par le fait que les articles ne peuvent être retirés que pendant les « heures de service » et par le contrôle mensuel des fiches de stock et de l'inventaire. Cependant,

il a été noté que l'entrepôt est assez petit et qu'il « ne peut pas contenir 2 000 cartons », ce qui signifie que l'UNICEF conserve parfois des fournitures dans son entrepôt si le PRONANUT ne dispose pas de l'espace nécessaire. Les informateurs du PRONANUT ont mentionné que les fournitures sont parfois stockées dans les bureaux, mais ont reconnu que cette pratique était préoccupante. Lorsque les fournitures sont conservées dans l'entrepôt de l'UNICEF, le PRONANUT charge ses véhicules sur le site de l'UNICEF et livre ensuite les ATPE directement dans les zones de santé. En utilisant le taux de consommation moyen de 0,8 carton d'ATPE pour traiter un enfant, 2 000 cartons d'ATPE suffisent pour traiter environ 2 500 enfants. Les données utilisées pour l'établissement des priorités du PAH 2022 ont permis d'estimer le nombre annuel de cas d'émaciation sévère pour le Nord Kivu à environ 8 000 enfants, soit une moyenne d'environ 6 800 enfants par mois. Le stockage gouvernemental seul est donc bien inférieur à la capacité requise si les ATPE sont pleinement intégrés dans la chaîne d'approvisionnement gouvernementale.

Walikale ne dispose que d'un petit dépôt et, comme indiqué précédemment, utilise le dépôt de l'hôpital général de référence situé à proximité. Parfois, une petite quantité d'ATPE est conservée dans l'entrepôt de la zone de santé. Ces dépôts sont contrôlés à l'aide de fiches de stock. Il a été mentionné que les rongeurs sont un problème.

Les informateurs de quatre des cinq aires de santé ont déclaré qu'ils disposaient de leurs propres dépôts pour stocker les ATPE, et l'un d'entre eux dispose d'un dépôt réservé aux produits alimentaires. L'aire de santé de Ndjingala partage son dépôt avec l'aire de santé d'Obayi car Obayi n'est pas accessible en moto ou en vélo. Les RECO viennent au dépôt de Ndjingala et transportent les produits à pied. L'entrepôt de l'aire de santé de Biruwe est utilisé comme dépôt relais. Il stocke également des produits pour d'autres sites. Les informateurs clés de deux aires de santé ont indiqué que leurs dépôts étaient fermés à clé et les informateurs clés de deux aires de santé ont indiqué que leurs dépôts étaient gardés (un informateur d'une aire de santé a mentionné les deux mesures de sécurité). Les informateurs clés de quatre des cinq aires de santé ont mentionné des problèmes liés aux rongeurs qui endommagent les intrants, l'un d'entre eux ayant indiqué qu'un chat avait été acheté pour résoudre le problème. Les informateurs de deux aires de santé ont indiqué qu'ils stockaient leurs ATPE sur des palettes, mais qu'ils avaient toujours des problèmes avec les rongeurs. Aucun des informateurs clés de Walikale n'a mentionné de problèmes liés à la réception d'ATPE périmés, mais l'un d'entre eux a indiqué avoir reçu des produits dont la date de péremption était très proche. Tous les informateurs des zones de santé ont déclaré avoir connu des ruptures de stock.

Suivi et rapports

Les informateurs clés ont expliqué que le PRONANUT ne dispose pas d'un rapport distinct pour l'inventaire au niveau provincial, mais qu'il prépare un rapport mensuel général qui comprend un rapport sur l'inventaire dans le cadre des « rapports de gestion ». Ce rapport comprend des informations sur le stock disponible, les montants distribués et les soldes restants. Le rapport est envoyé mensuellement au bureau national du PRONANUT, à la DPS et parfois à l'UNICEF.

La zone de santé reçoit les rapports mensuels des aires de santé et les analyse. Un informateur clé a déclaré que les résultats de cette analyse sont utilisés pour déterminer les thèmes des visites de supervision, mais la supervision de la gestion des stocks n'a pas été spécifiquement mentionnée. Toutefois, l'informateur a précisé que ce rapport était utilisé pour la gestion des stocks au niveau de la zone de santé. Au niveau des établissements, tous les établissements visités ont confirmé qu'ils envoyaient des rapports au BCZ, la plupart d'entre eux confirmant que cela se faisait tous les mois. Il ne semble pas que les rapports hebdomadaires soient courants à Walikale. Une seule structure a mentionné l'envoi de rapports hebdomadaires, mais à MSF. Cependant, MSF n'étant pas le principal fournisseur d'ATPE à Walikale et la nature du rapport n'ayant pas été clarifiée, nous ne l'avons pas inclus dans notre analyse sommaire présentée plus haut dans le tableau 4.

Les informateurs clés au niveau de la structure de Walikale n'ont pas décrit leurs procédures de gestion des stocks de manière aussi détaillée que les informateurs des aires de santé du Kasai Oriental. Nous avons également observé cette tendance dans les deux autres zones de santé du Nord Kivu. Seule une structure de Walikale a décrit un système dans lequel un bon de livraison est signé, les fiches de stock sont mises à jour avec le stock nouvellement reçu et des formulaires de demande sont nécessaires pour retirer du stock. Deux établissements (pas celui qui vient d'être décrit) ont indiqué qu'ils utilisaient les données relatives aux clients pour confirmer les quantités de stock distribuées.

En revanche, les informateurs clés au niveau provincial ont été en mesure de décrire beaucoup plus clairement les systèmes de gestion des stocks au niveau provincial. Ces systèmes sont utilisés par le PRONANUT pour coordonner les stocks reçus de l'UNICEF. Les procédures comprennent l'envoi d'un reçu à l'UNICEF lorsque les intrants sont reçus, l'élaboration d'un plan de distribution pour les zones de santé, la réception de bordereaux de livraison signés par les zones de santé et un suivi pour s'assurer que les intrants ont bien été reçus. Le PRONANUT effectue également des contrôles d'inventaire mensuels, mais on nous a dit que « chaque mois, vous verrez que nos stocks sont à zéro, chaque fin de mois ».

APPROVISIONNEMENT EN LAIT THÉRAPEUTIQUE

Bien que ce ne soit pas l'objet de notre analyse de la chaîne d'approvisionnement, nous avons interrogé les informateurs clés travaillant dans les UNTI sur la disponibilité des laits thérapeutiques (F-75 et F-100) et sur l'impact des pénuries de ces produits sur leur utilisation des ATPE et vice-versa. Les six UNTI que nous avons visitées ont toutes mentionné qu'elles avaient au moins quelques problèmes de rupture de stock de laits thérapeutiques. Certains ont noté que les ruptures de stock étaient de courte durée (environ quatre jours). Cependant, pour les enfants gravement malades qui doivent être nourris avec ces laits, une période de quatre jours sans produits peut mettre leur vie en danger.

Interrogés sur l'impact des ruptures d'approvisionnement en laits thérapeutiques sur l'utilisation des ATPE, les informateurs ont donné des réponses mitigées. Certains informateurs ont noté à juste titre qu'ils n'ont aucun impact parce que les enfants qui ont besoin de lait thérapeutique en ont besoin parce qu'ils ne peuvent pas recevoir d'ATPE. D'autres ont mentionné qu'un manque de lait thérapeutique peut entraîner une surconsommation de leur stock d'ATPE.

Deux structures de Goma (une UNTI et une UNTA) ont indiqué qu'elles fabriquaient du lait de soja pour le donner aux enfants lorsque le lait thérapeutique n'était pas disponible. Cependant, cette méthode n'est pas approuvée dans le cadre du protocole PCIMA en RDC ou au niveau mondial en tant que traitement approprié pour les enfants souffrant d'émaciation sévère.



CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOUMIEU

Une infirmière prépare du lait thérapeutique F-75 pour les enfants de l'UNTI à l'hôpital Miabi au Kasai Oriental. Les enfants qui ont besoin de F-75 ne peuvent souvent pas être traités immédiatement avec des ATPE en raison de la gravité de leur maladie, ce qui rend la disponibilité du lait thérapeutique essentielle à leur survie.

Approvisionnement direct des ONG et importation des ATPE par les ONG

Partenaires : Save the Children et PUI

Lieu : Zones de santé de Cilundu et Kasansa, Kasai Oriental ; zone de santé de Kibua, Nord Kivu

Principaux résultats :

- Save the Children et PUI sont toutes deux confrontées à des retards d'importation à la frontière.
- Save the Children livre parfois directement dans les aires de santé (Kasansa) et fait parfois un arrêt intermédiaire dans la zone de santé (Cilundu).
- PUI dispose d'un entrepôt zonal à Kibua où les ATPE sont stockés avant d'être livrés aux aires de santé.

Figure 7. Transport des ATPE dans les zones de santé de Cilundu et Kasansa

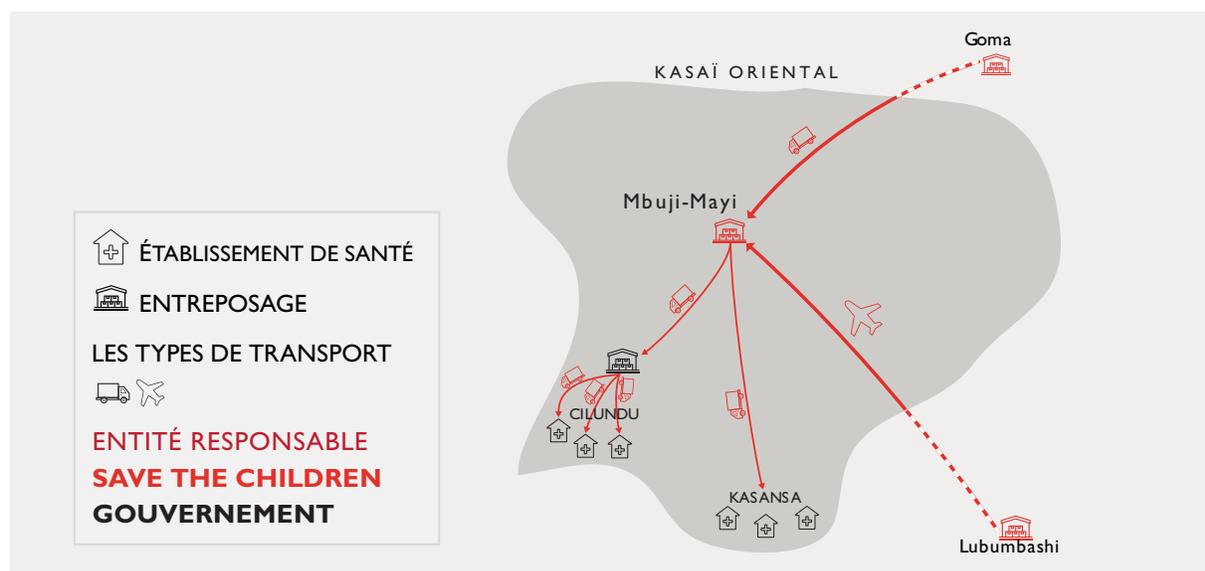
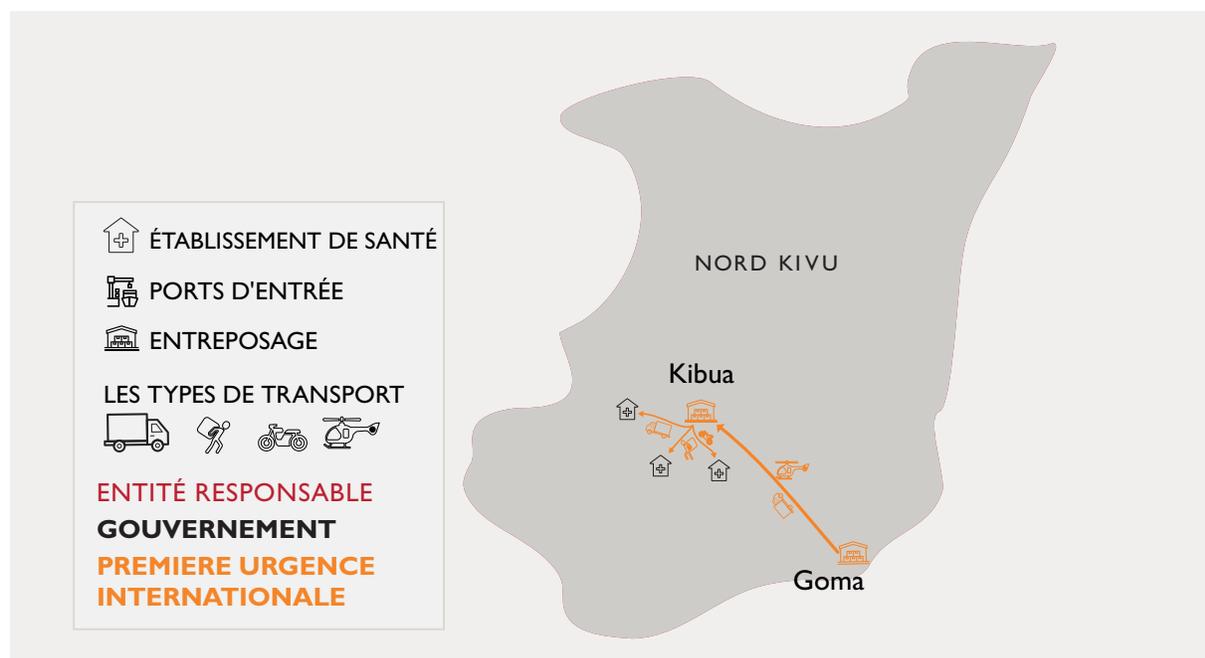


Figure 8. Transport des ATPE dans la zone de santé de Kibua



Nous avons étudié deux exemples différents de filières gérées par des ONG internationales, depuis l'achat et l'importation des ATPE jusqu'à la livraison des fournitures aux établissements de santé ciblés. Au Kasai Oriental, nous avons visité les zones de santé de Cilundu et Kasansa, soutenues par Save the Children. Dans le Nord Kivu, nous avons visité Kibua, soutenu par PUI.

La région du Kasai en RDC, qui contient le Kasai Oriental, se remet des déplacements de population causés par les violences ethniques de 2017. En outre, l'afflux de Congolais rapatriés d'Angola exerce une pression supplémentaire sur les services de la région. Les zones de santé de Cilundu et de Kasansa sont de vastes zones rurales dotées d'une infrastructure routière médiocre. Les données de surveillance montrent que 19 pour cent et 8 pour cent des enfants évalués dans les sites sentinelles souffraient d'émaciation à Cilundu et Kasansa, respectivement. Le pourcentage d'enfants souffrant d'œdème nutritionnel était de 2 pour cent et 3 pour cent, respectivement, dans ces zones (MSHPH 2022). Les données de l'enquête de suivi et d'évaluation normalisés des phases des secours et de la transition « Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transition (SMART) » de 2021 pour Kasansa ont estimé la prévalence de l'émaciation sévère à 1,2 pour cent (MSHPH 2021a).

La zone de santé de Kibua, comme celle de Walikale, a souffert d'un conflit de longue durée. Il s'agit également d'une zone rurale où l'accès aux services de santé est difficile. Les taux d'émaciation à Kibua sont beaucoup plus élevés que dans les autres aires de santé que nous avons visitées. Les données de surveillance ont montré que 15 pour cent des enfants évalués dans les sites sentinelles souffraient d'émaciation et que 1 pour cent d'entre eux présentaient un œdème nutritionnel. Les données de l'enquête SMART de 2021 ont estimé la prévalence de l'émaciation sévère à 2,4 pour cent et la prévalence globale de l'émaciation à 13,8 pour cent (MSHPH 2021b). Les figures 7 et 8 donnent un aperçu de la distribution des ATPE dans les zones.

Procédure de passation des marchés

Save the Children et PUI reçoivent des fonds directement du BHA pour soutenir le traitement de l'émaciation, y compris la fourniture d'ATPE aux établissements de santé. Outre l'achat et la livraison des ATPE, les activités prévues par Save the Children comprennent un soutien complet aux services de traitement de l'émaciation, y compris la formation, le suivi, la surveillance, la prévention et les activités de changement de comportement autour de l'ANJE et de l'hygiène. Le dépistage au niveau communautaire par les RECO et le dépistage au niveau des ménages par l'approche du PB familial sont également inclus. En outre, PUI travaille avec les RECO pour effectuer un dépistage au niveau communautaire et orienter les patients vers un traitement dans les établissements de santé qu'elle soutient. La bourse de Save the Children a été active d'août 2021 à septembre 2022 et la bourse de PUI avec le BHA est d'une durée d'un an, se terminant en octobre 2023.

Quantification des besoins

Les deux partenaires ont déclaré que leurs estimations de l'offre sont basées sur les projets, en fonction de la zone géographique ciblée par le projet ou le programme et du nombre prévu d'enfants souffrant de malnutrition. Les informateurs de Save the Children n'ont pas donné de détails spécifiques sur la manière dont ces calculs sont effectués, mais ont indiqué qu'ils étaient réalisés par leur équipe de nutrition. PUI base ses commandes sur la consommation mensuelle moyenne dans les zones ciblées et sur le nombre de bénéficiaires prévus. Ce calcul est effectué en concertation avec les zones de santé. Les informateurs de PUI se sont dits préoccupés par le nombre d'enfants souffrant de malnutrition dans le Nord Kivu et ont noté que PUI traitait souvent plus d'enfants que ceux qui étaient ciblés à l'origine. Les informateurs ont expliqué que cela entraîne souvent des pénuries d'approvisionnement vers la fin d'un projet.

Achats

Save the Children s'approvisionne en ATPE auprès de différentes sources, en fonction du volume nécessaire et des exigences des bailleurs de fonds concernant les sources d'approvisionnement. Des achats sont effectués aux niveaux international et régional, mais les informateurs ont expliqué que l'organisation avait également une expérience variable avec un fournisseur local, l'Association régionale d'approvisionnement en médicaments essentiels (ASRAMES), qui importe des ATPE de l'étranger et les revend localement. Toutes les demandes d'approvisionnement pour les trois régions du partenaire sont envoyées au bureau de Save the Children à Goma, où les décisions concernant les fournisseurs et les volumes de commande sont prises.

PUI dispose d'un cadre de fournisseurs préqualifiés. Actuellement, son seul fournisseur d'ATPE est Nutriset en France. Les achats sont gérés par le bureau parisien de PUI en collaboration avec l'équipe de PUI à Kinshasa. Les commandes finales pour le Nord Kivu sont rassemblées à Goma et envoyées au bureau de Kinshasa.

Procédures d'importation et de gestion des stocks initiaux

Save the Children reçoit des stocks via Kinshasa, Lubumbashi et Goma, mais a souligné les difficultés liées au dédouanement des commandes internationales. Les informateurs de Save the Children ont expliqué qu'ils n'avaient plus de statut d'exemption depuis 2019, lorsque le gouvernement a mis fin aux exemptions générales pour les ONG. Ils ont une demande en attente auprès du gouvernement depuis plus d'un an et ont indiqué que d'autres partenaires sont dans la même situation. Cela a entraîné des coûts imprévus, notamment la nécessité d'engager un agent de dédouanement, les frais de dédouanement et les frais de surestarie, qui ne sont pas facturables à tous les bailleurs de fonds (par exemple, ils ne sont pas admissibles dans le cadre des accords de l'USAID). Ces procédures lourdes limitent également le flux régulier de produits vers la RDC. Dans l'attente d'un statut d'exemption

de droits, Save the Children a dû recourir à des procédures de dédouanement d'urgence qui, selon elle, ne peuvent être déclenchées qu'une fois par an. Compte tenu de tous les problèmes liés à l'importation, les informateurs de Save the Children ont estimé qu'il fallait environ six mois pour recevoir une commande internationale d'ATPE. Les fournitures provenant de la Centrale humanitaire médico-pharmaceutique régionale de Nairobi, au Kenya, arriveraient plus rapidement, dans un délai de deux à trois mois, selon que les fournitures sont déjà disponibles ou non au Kenya.

Les produits importés par PUI arrivent généralement à Goma via le Kenya ou Dar es Salaam, en Tanzanie. Les produits sont stockés dans l'entrepôt de Goma. Goma a été choisie comme emplacement de l'entrepôt principal en raison de sa proximité avec les deux principales routes d'approvisionnement internationales. Les informateurs de PUI ont mentionné des défis similaires à ceux de Save the Children en termes de dédouanement et de délais de test des produits avant que les articles puissent être envoyés sur le terrain pour être utilisés. Ils utilisent un agent de transfert pour les assister dans ces processus. Les informateurs clés ont estimé que le temps nécessaire pour que les ATPE importés arrivent en RDC était de quatre à sept mois.

Bien que ni Save the Children ni PUI n'aient donné d'estimation de la durée des retards de livraison dus aux douanes, un informateur clé affilié aux Nations Unies a déclaré qu'il y avait eu des cas où des produits avaient été bloqués à la frontière pendant trois à quatre mois. Si l'on ajoute ces délais d'importation au délai moyen d'expédition de six mois, les partenaires qui n'ont pas pu obtenir le statut d'exemption se retrouvent avec un délai d'importation très long.

Procédures d'estimation et de livraison des fournitures au niveau de l'établissement

Selon les informateurs clés qui soutiennent les filières d'ATPE au Kasaï Oriental, les demandes d'approvisionnement des établissements de santé sont envoyées à la zone de santé, où elles sont regroupées par le personnel de Save the Children. Save the Children envoie cet ensemble de demandes au niveau provincial, après quoi les fournitures sont débloquées pour être livrées à la zone de santé. Cependant, lorsque nous nous sommes entretenus avec des informateurs au niveau de la zone de santé, nous avons appris que les processus de livraison étaient légèrement différents à Cilundu et à Kasansa. Pour Cilundu, Save the Children livre les ATPE de son dépôt de Mbuji-Mayi au centre de stockage de BCZ, où il est conservé jusqu'à ce que Save the Children et le BCZ aient établi les plans de distribution de l'aire de santé. Ensuite, ils vont ensemble faire les livraisons. À Kasansa, les ATPE sont acheminés directement vers les aires de santé depuis le dépôt de Mbuji-Mayi, en contournant le BCZ. Ceci est dû à l'espace limité disponible au BCZ de Kasansa pour stocker les ATPE.

À Cilundu, il a été indiqué que l'équipe de gestion de la zone de santé travaille « en équipe » avec Save the Children pour examiner les demandes émanant des aires de santé. Ils sont comparés aux quantités restantes avant l'élaboration d'un plan de distribution. Les processus décrits à Kasansa étaient similaires, bien qu'ils aient été caractérisés comme étant moins collaboratifs.

Le personnel des zones de santé soutenues par Save the Children a indiqué qu'il faisait des demandes d'approvisionnement sur la base de sa consommation mensuelle moyenne, mais il n'a pas été en mesure de décrire clairement à qui les demandes d'approvisionnement étaient envoyées. Deux informateurs, l'un à Cilundu et l'autre à Kasansa, ont spécifiquement mentionné qu'ils envoyaient ces ordres au BCZ, ce qui correspond au processus décrit par le personnel de Save the Children.

Cependant, à Cilundu, tous les membres du personnel ont déclaré qu'ils étaient au moins parfois impliqués dans le processus de planification. En revanche, à Kasansa, aucun membre du personnel de l'UNTA ne s'est senti impliqué dans la planification et tous ont déclaré qu'ils ne passaient pas de commandes. C'est plutôt Save the Children qui leur envoie des fournitures en fonction de ce qui est disponible. L'exception à Kasansa est l'UNTI, qui a passé ses commandes auprès de la zone de santé et s'est sentie plus impliquée dans le processus de planification. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'UNTI est intégrée dans un hôpital. Malgré ces différences dans les procédures de demande d'approvisionnement, le personnel des établissements a généralement estimé que l'approvisionnement en ATPE était adéquat, les informateurs de trois établissements seulement (un à Cilundu, deux à Kasansa) ayant déclaré avoir connu des ruptures de stock.

Les informateurs clés qui soutiennent la livraison des ATPE à Kibua ont déclaré que tous leurs sites ne sont pas accessibles tout au long de l'année. PUI achemine les ATPE vers les zones de santé par la route lorsque cela est possible, mais doit parfois compter sur le transport aérien du Service aérien d'aide humanitaire des Nations Unies (UNHAS) ou d'ECHO flight. Les informateurs ont expliqué que l'accès par la route à la zone de santé de Kibua n'est possible que cinq à six fois par an. PUI utilise les hélicoptères du service aérien UNHAS pour transporter les produits à Kibua lorsque les routes sont impraticables. Les retards se produisent dans les deux types de transport, routier et aérien. Les déplacements par la route sont lents, même pendant la saison sèche, en raison de l'état des routes. Il a été expliqué que les vols du service aérien UNHAS préfèrent transporter des passagers plutôt que du fret. Lorsqu'une cargaison est acceptée, la limite est de 1,5 tonne, ce qui est souvent inférieur à une commande complète (les commandes peuvent atteindre 10 tonnes, nous a-t-on dit). En outre, le service aérien UNHAS ne dispose que d'un seul hélicoptère desservant la région, ce qui limite encore sa disponibilité. Enfin, les destinations nécessitant des livraisons de fret ne font pas partie des sites régulièrement desservis par le service aérien UNHAS. Ces voyages sont donc effectués

sur demande spéciale et selon un calendrier ad hoc, en fonction de la disponibilité de l'hélicoptère. Lorsque les fournitures parviennent enfin à la zone de santé, elles sont parfois transportées à moto ou à pied en raison du mauvais état des routes.

Les informateurs clés ont expliqué que la quantité d'ATPE à envoyer aux aires de santé est déterminée sur la base des demandes préparées par les pharmaciens des établissements de santé. Ces commandes sont basées sur la consommation mensuelle moyenne. Les chefs de projet essaient souvent de calculer les commandes pour une période de trois mois sur la base de la consommation moyenne. Les commandes sont passées sur une base trimestrielle. D'après les informations fournies par les informateurs clés, la zone de santé ne semble pas être impliquée dans le processus de livraison. La perception qu'ont les informateurs clés des établissements de santé de leur implication dans le processus de planification des ATPE est mitigée, la moitié d'entre eux (deux) déclarant qu'ils se sentent impliqués dans la planification. Les informateurs de ces deux mêmes établissements de santé ont également déclaré qu'ils passaient leurs commandes directement au partenaire, alors que les informateurs des deux autres établissements ne savaient pas exactement à qui ils passaient leurs commandes et avaient l'impression que les commandes n'étaient pas respectées, ce qui peut expliquer en partie ces différences de perception de l'implication. Dans tous les sites visités à Kibua, les informateurs ont déclaré avoir connu des ruptures de stock.

Procédures de gestion des stocks

Entreposage

Save the Children dispose de grands entrepôts à Goma, Kinshasa et Lubumbashi. Au Kasai Oriental, Save the Children loue un entrepôt à Mbuji-Mayi. Il a été mentionné que l'espace de cet entrepôt est occasionnellement partagé avec Action Contre la Faim (ACF) lorsque l'entrepôt d'ACF est plein.

À Cilundu, Save the Children livre les ATPE à la zone de santé, où ils sont stockés dans un entrepôt gouvernemental avant d'être livrés par Save the Children aux aires de santé. À Kasansa, Save the Children livre les fournitures directement aux établissements de santé en raison de l'espace de stockage limité dans le dépôt de la zone de santé du BCZ de Kasansa.

PUI dispose d'entrepôts centraux à Goma et à Kinshasa. L'entrepôt de Goma dessert les activités de PUI dans les provinces du Nord Kivu et de l'Ituri. L'entrepôt de Kinshasa dessert les activités des provinces de Kinshasa et de Mai-Ndombe. Au niveau des zones de santé, les bureaux de base zonaux de PUI disposent d'espaces où les ATPE peuvent être stockés, y compris à Kibua.

En ce qui concerne la qualité des ATPE, aucun des établissements soutenus par Save the Children n'a déclaré avoir reçu des ATPE périmés. Dans l'un des quatre établissements soutenus par PUI que nous avons visités, les informa-

teurs ont déclaré avoir reçu des ATPE périmés. Dans les établissements soutenus par Save the Children, tous les sites ont déclaré avoir des entrepôts fermés à clé et un peu plus de la moitié (6/11) ont indiqué qu'ils stockaient les ATPE sur des palettes. Un établissement a déclaré avoir eu des difficultés à se procurer des palettes. Le personnel utilisait des bambous et des briques à la place. À Kibua, les informateurs d'un seul des quatre sites ont déclaré que leur entrepôt était fermé à clé. Cependant, dans un site, il a été fait mention d'une armoire fermée à clé pour les ATPE à l'intérieur de l'entrepôt. Aucun n'a mentionné l'utilisation de palettes pour stocker les ATPE.

Suivi et rapports

Dans la zone de santé soutenue par Save the Children, tous les informateurs au niveau de la structure ont déclaré qu'ils préparaient des rapports qui étaient envoyés au BCZ. Il a également été souvent mentionné que ces rapports sont transmis par le BCZ à Save the Children. Seule une structure de Kasansa a mentionné la production de rapports hebdomadaires plutôt que mensuels. Le personnel de Save the Children et celui des zones de santé ont confirmé avoir reçu les rapports mensuels. À Kasansa, les informateurs des zones de santé ont également mentionné la réception de rapports hebdomadaires. Save the Children utilise ces rapports pour le suivi des stocks. Les rapports sont également communiqués au personnel chargé du suivi et de l'évaluation du projet, où ils sont saisis dans un système informatisé de gestion des stocks. Au niveau de la zone de santé, le BCZ de Kasansa semble utiliser ces rapports pour faciliter le suivi, et les informateurs ont mentionné la saisie des données d'inventaire dans le DHIS-2. Pour le BCZ de Cilundu, il a été dit que ces rapports sont généralement examinés de près mais qu'ils ne sont suivis que si des divergences sont constatées.

Le bureau de PUI à Kinshasa assure le suivi général de tous les stocks de PUI au niveau national. À Kibua, tous les établissements visités préparent des rapports hebdomadaires et mensuels qui sont envoyés à PUI. Dans certains cas, les informateurs ont mentionné que le BCZ recevait également des copies des rapports mensuels. Les informateurs au niveau des zones de santé ont confirmé qu'ils recevaient des rapports mensuels des aires de santé et qu'ils les saisissaient dans une base de données pour le suivi de l'inventaire. Il n'a pas été précisé s'il s'agissait du système SIGL. La zone de santé effectue également des visites de supervision, mais il n'a pas été mentionné si les tâches liées à l'approvisionnement sont incluses dans ces visites ou à quelle fréquence elles ont lieu.

En ce qui concerne les autres procédures de gestion des stocks, les systèmes ont été décrits de manière un peu plus détaillée dans les deux zones de santé soutenues par Save the Children. Il est intéressant de noter qu'il existe au moins une mention de l'implication de la communauté dans la gestion des ATPE dans chaque zone de santé. Dans tous les cas, un représentant de la communauté a également signé le bordereau de livraison ou le reçu des ATPE. Un établissement de Kasansa a également mentionné l'implication de la communauté dans la réalisation de l'inventaire.

STOCK TAMPON

Le stock tampon (ou stock de sécurité) est « le stock tampon, le coussin ou le stock de réserve conservé pour se protéger contre les ruptures de stock causées par des retards de livraison, une augmentation de la consommation ou des pertes de produits » (USAID | PROJET DELIVER, ordre de mission | 2011).

Lorsque nous avons demandé aux informateurs clés s'ils avaient intégré des stocks tampons dans leur planification ou s'ils disposaient de stocks tampons en cas de pénurie, nous avons reçu une série de réponses qui ne correspondaient pas à cette définition standard. En RDC, le stock tampon est plus communément défini comme le stock laissé dans une aire de santé ou une zone de santé lors du départ d'un partenaire de mise en œuvre. En général, les partenaires chargés de la mise en œuvre ont indiqué que ce stock tampon était censé durer environ deux à trois mois après la fin du soutien des partenaires chargés de la mise en œuvre, quelques informateurs ayant indiqué qu'il pouvait ou devait durer jusqu'à six mois. Plusieurs informateurs clés ont mentionné qu'étant donné que les partenaires connaissent souvent des dépassements d'objectifs, y compris des enfants cherchant un traitement dans des zones de santé voisines, ce stock tampon post-projet est souvent utilisé avant la fin du projet, ce qui réduit la quantité de stock laissée derrière à la fin du projet. Dans certains cas, le personnel des établissements de santé a décrit le stock tampon comme étant leur « stock d'alerte », c'est-à-dire un niveau de stock qui, s'il est atteint, devrait déclencher une autre demande d'approvisionnement en ATPE.

Certains informateurs clés ont indiqué que les niveaux des stocks tampons étaient insuffisants pour répondre aux situations d'urgence, ce qui est l'un des principaux objectifs de la détention de stocks tampons.

Les informateurs affiliés aux Nations unies ont expliqué que la disponibilité des stocks tampons dépendait du financement et que ces dispositions étaient prises avec leurs bailleurs de fonds sur la base du ciblage inclus dans leurs propositions. Un informateur nous a dit que, dans l'idéal, un stock tampon d'au moins 15 pour cent devrait être inclus dans leur planification. Lorsque l'UNICEF passe des contrats avec des partenaires, l'inclusion de stocks tampons dépend de la disponibilité des ressources à ce moment-là et ne semble pas être une exigence de planification contractuelle pour les partenaires. Les informateurs de l'UNICEF ont indiqué que l'organisation s'efforce de conserver un stock tampon dans son entrepôt de Kinshasa et qu'en cas d'épuisement de ce stock, elle peut puiser dans les réserves stockées au Cameroun, à Douala.

Le BHA permet à ses ONG bénéficiaires de planifier un stock tampon dans le cadre de leurs subventions. Les informateurs clés ont indiqué que Save the Children conserve un stock tampon dans son magasin central afin de pouvoir répondre aux ruptures de stock au niveau des zones de santé. Les stocks tampons sont inclus à la fois dans les subventions financées par le BHA et dans les achats effectués par d'autres sources de financement. Dans certains cas, Save the Children fournit un stock tampon qui est

conservé au niveau de la zone de santé. C'était le cas à Cilundu mais pas à Kasansa. Les informateurs de PUI ont également confirmé que le stock tampon fait partie de sa planification et qu'elle conserve un stock d'urgence dans son entrepôt de Goma, ce qui lui permet de continuer à soutenir les projets en cours en attendant le démarrage de nouveaux projets. Ces stocks peuvent également être utilisés en cas d'urgence. Un informateur clé affilié aux Nations Unies a noté que la plupart des partenaires n'ont pas la capacité de conserver des stocks tampons, mais que le groupe sectoriel sur la nutrition tente d'encourager cette pratique.

Bien que toutes les organisations avec lesquelles nous nous sommes entretenus et qui importent des ATPE affirment qu'elles prévoient un stock tampon, la manière dont il est calculé, l'endroit où il est conservé, la manière dont on y accède et la connaissance de sa disponibilité n'étaient pas clairs dans les entretiens. En outre, lorsque nous avons posé des questions sur les procédures permettant de passer des commandes d'urgence d'ATPE supplémentaires en cas de besoin, nous n'avons pas non plus obtenu d'informations claires sur la manière de procéder. Il nous a souvent été répondu que cette situation ne s'était pas produite, malgré les pénuries d'ATPE au niveau des zones de santé et des aires de santé. Le manque de financement pour des stocks adéquats d'ATPE semble être l'un des principaux obstacles à la disponibilité de stocks tampons suffisants.

Les bailleurs de fonds nous donnent de l'argent uniquement pour intervenir, pour un certain montant, auprès d'une population cible donnée. Si quelque chose se produit après cela, nous commençons à avoir des difficultés. Nous plaidons vraiment auprès des bailleurs de fonds pour qu'ils essaient de prendre en compte le stock d'urgence, qui n'existe pratiquement pas dans les stocks de l'UNICEF. Dans ces cas-là, nous commençons à regarder un peu à gauche et à droite, où nous pouvons prendre quelques cartons de Plumpy'Nut pour répondre aux besoins d'une urgence qui se produit dans telle ou telle autre zone de santé. Cela nous pose de sérieux problèmes et nous aimerions vraiment que les bailleurs de fonds nous écoutent à ce sujet.

— Informateur clé affilié aux Nations Unies

L'UNICEF a également mentionné les difficultés rencontrés pour réutiliser les ATPE d'un projet à l'autre, ce qui limite sa capacité à se procurer et à maintenir un véritable stock tampon flexible au niveau national.

La grande question est de savoir si ce stock tampon est commun ou national. Ce stock tampon peut-il être utilisé là où il est nécessaire ou non ?

Avec le BHA, les cartons sont déjà accordés. Nous n'avons pas la possibilité d'utiliser ces cartons pour répondre aux besoins des personnes dans d'autres projets.

— Informateur clé affilié aux Nations Unies

Compte tenu du paysage changeant en RDC, la disponibilité d'un stock tampon pouvant être rapidement déployé semble essentielle pour garantir que les besoins découlant à la fois d'urgences imprévues et de ruptures intermittentes de la chaîne d'approvisionnement puissent être satisfaits. D'après les informations que nous avons recueillies, il y a beaucoup à améliorer dans ce domaine.

PERFORMANCE DES FILIÈRES

Nous avons défini la performance des filières en fonction de la fiabilité de l'approvisionnement par les partenaires et de la disponibilité des ATPE dans les établissements de santé visités. Nous avons évalué la filière de chaque zone de santé à l'aide d'un outil quantitatif permettant de recueillir des données sur des indicateurs clés, tels que les taux de rupture de stock le jour de la visite, les ruptures de stock d'après les registres et la question de savoir si la quantité reçue était égale à la quantité commandée. Le tableau 8 résume les conclusions de notre examen des registres et des rappels du personnel sur les ruptures de stock.

Tout d'abord, quelques mots sur la manière d'interpréter les indicateurs présentés dans les sections suivantes. Plusieurs indicateurs permettent de déterminer s'il y a eu une rupture de stock au cours des six derniers mois, si l'établissement est actuellement en rupture de stock et le pourcentage de temps passé en rupture de stock au cours des six derniers mois. Dans un système d'approvisionnement qui fonctionne bien, tous les chiffres seraient nuls ou presque nuls. Bien que la perfection puisse être difficile à atteindre, en général, les ruptures de stock devraient être rares dans un système d'approvisionnement qui fonctionne bien. Lorsque les ruptures de stock sont fréquentes et/ou sont communes à de nombreux établissements de santé, cela indique que le système d'approvisionnement est gravement déséquilibré. Nous évaluons généralement les ruptures de stock de plusieurs manières différentes afin de trianguler l'étendue du problème : les installations qui sont en rupture de stock le jour de la visite montrent que le problème est immédiat et permanent. Nous évaluons également si les installations ont été réapprovisionnées dans un passé récent (à la fois par l'examen des registres et par le rappel du personnel lorsque les registres sont incomplets ou indisponibles). Cela nous indique que même si les établissements disposent généralement de stocks à l'heure actuelle, les récentes ruptures de stock généralisées indiquent qu'il y a toujours un problème.

Nous évaluons également le degré de rupture de stock (c'est-à-dire le pourcentage de temps passé en rupture de stock), afin d'avoir une idée de l'ampleur du problème. Par exemple, s'agit-il d'un cas unique mais généralisé où toutes les installations d'une région sont en rupture de stock pendant une courte période mais où tout va bien par ailleurs, ou bien les installations ont-elles été généralement en rupture de stock pendant une période significative de la période évaluée ? L'indicateur « pourcentage de temps pendant lequel l'établissement a été en rupture de stock au cours des six derniers mois » est censé répondre à cette question. Toutefois, l'interprétation du pourcentage de temps passé en rupture de stock peut s'avérer difficile lorsque les registres sont incomplets, car il est difficile de savoir ce qui s'est passé

pendant la période pour laquelle nous ne disposons pas de registres. Par exemple, nous voyons souvent le personnel de l'établissement cesser de tenir des registres lorsque l'établissement est en rupture de stock et ne reprendre l'encodage dans leur fiche de stock que lorsque l'établissement reçoit plus de stock. Cela est compréhensible, bien que les procédures opérationnelles standard exigent souvent qu'un inventaire mensuel soit saisi dans la fiche de stock, même si l'inventaire est nul, auquel cas nous aurions une confirmation que la rupture de stock est en cours. Sans cela, il est difficile de savoir ce qui s'est passé dans l'intervalle si, par exemple, une rupture de stock a été enregistrée cinq mois auparavant et que rien n'a été inscrit dans la fiche de stock jusqu'à ce que, deux semaines plus tôt, celle-ci indique avoir reçu du stock. L'établissement était-il réellement en rupture de stock pendant toute cette période, ou a-t-il pu recevoir du stock et ne pas l'enregistrer dans la fiche de stock ? Dans ce cas, nous avons demandé aux collecteurs de données de considérer les mois où rien n'est écrit sur une fiche de stock comme ne contenant pas de données. L'indicateur du « pourcentage de temps pendant lequel l'établissement a été en rupture de stock au cours des six mois précédents » peut donc être une estimation prudente du temps réel pendant lequel l'établissement a été en rupture de stock au cours de la période analysée. Cependant, là encore, cette interprétation doit être faite avec prudence car, par définition, nous ne savons pas vraiment ce qui s'est passé pendant les mois pour lesquels il n'y a pas de données.

L'un des indicateurs présentés dans les sections suivantes évalue la quantité de stock dont dispose chaque établissement et la compare à ce qu'il devrait avoir en stock compte tenu de sa consommation ou de son utilisation des stocks :⁷ « ont des registres qui indiquent que l'établissement a moins d'un mois de stock restant (y compris 0) ». Nous parlons de « mois de stock » plutôt que de quantités parce que les taux d'utilisation de chaque produit géré varient d'un établissement à l'autre et que, par conséquent, la meilleure pratique consiste à gérer les stocks selon un système de commande « min/max ». Ce système définit la quantité de produits que les établissements à chaque niveau du système doivent garder en stock pour servir leurs clients en termes de multiples de leur consommation mensuelle moyenne. Ces niveaux de stock sont généralement fixés selon une formule dans laquelle le niveau de stock minimum est égal à la quantité de stock nécessaire pour couvrir le délai d'exécution (temps écoulé entre la passation et la réception d'une commande) plus un stock tampon généralement égal à la moitié de la période d'examen (période de temps écoulée entre la passation des commandes). Le niveau de stock maximum est alors le minimum plus la période de révision. Par exemple, si les établissements passent des commandes bimestrielles et qu'il s'écoule un mois entre la commande et sa réception, le niveau de stock minimum peut être de deux mois (un pour le délai d'un mois

plus la moitié de la période d'examen de deux mois). Toutefois, il s'agit d'une base de référence et les pays peuvent décider d'augmenter le niveau des stocks tampons que les établissements doivent conserver, en particulier lorsque le transport est long ou peu fiable. Le niveau minimum des stocks serait donc augmenté pour tenir compte de ces retards occasionnels.

Selon le manuel du système logistique de la RDC, qui couvre les produits nutritionnels, y compris les ATPE, le niveau de stock minimum au niveau de la structure est d'un mois de stock, tandis que le maximum est de trois. Ce qui signifie que dans le cours normal de la prestation de services aux clients, les structures doivent s'attendre à toujours avoir entre un et trois mois de stock pour chaque produit qu'elles gèrent, y compris les ATPE (Ministère de la Santé Publique 2020). Cet indicateur évalue donc si chaque établissement disposait au moins de la quantité minimale de stock qu'il est censé avoir en stock, sur la base de sa consommation enregistrée au cours des six mois précédents. Une mise en garde importante s'impose : en calculant la consommation moyenne au cours des six mois précédents, nous n'essayons pas de tenir compte des périodes où l'établissement était en rupture de stock et où, par conséquent, il n'y a pas eu de consommation. Pour les établissements ayant connu des ruptures de stock importantes, la consommation moyenne calculée est donc prudente (faible) par rapport à ce qu'ils auraient pu s'attendre à consommer s'ils avaient été en mesure de garder le produit en stock pendant toute la période. L'indicateur est ainsi plus facile à atteindre, car le stock de chaque installation est comparé à ce que l'installation a réellement consommé, plutôt qu'à ce qu'elle aurait pu consommer dans de meilleures circonstances.

Enfin, le tableau 5 comprend les « débits de sachets d'ATPE enregistrés au cours des six derniers mois (fourchette) ». Le débit n'est pas un indicateur en soi et il n'y a pas de « bon » ou de « mauvais » niveau de

débit. Il s'agit plutôt d'un indicateur de l'importance relative de chaque établissement ou zone de santé, sur la base de la quantité d'ATPE consommée. Par exemple, si une zone de santé consomme deux fois plus d'ATPE qu'une autre, on peut dire qu'une rupture de stock dans la zone de santé la plus consommatrice a des conséquences plus graves en termes de nombre de clients susceptibles d'avoir besoin d'un service mais incapables de l'obtenir pendant la durée de la rupture de stock qu'une rupture de stock dans la zone de santé la moins consommatrice. Une mise en garde s'impose : à l'instar des chiffres de la consommation mensuelle moyenne examinés précédemment, le débit n'est pas ajusté en fonction des périodes de rupture de stock, et l'on s'attend à ce que le débit des zones de santé qui ont connu de longues périodes de rupture de stock ait été plus élevé si ces ruptures n'avaient pas eu lieu.

Comme le montre le tableau 5, d'après les données quantitatives que nous avons recueillies, toutes les zones de santé ont connu des ruptures de stock au cours des six derniers mois. En termes de performance globale, sur la base du nombre le plus faible de ruptures de stock au cours des six derniers mois, les établissements soutenus par Save the Children à Cilundu et Kasansa ont obtenu les meilleurs résultats. Bien que les registres de stocks ne soient pas tous complets, sur la base des registres disponibles, les établissements soutenus par Save the Children à Cilundu ont connu les périodes de rupture de stock les plus courtes. Bien que les sites soutenus aient connu des ruptures de stock, la zone de santé de Walikale, soutenue par le PRONANUT, semble également avoir obtenu des résultats raisonnables en comparaison, étant l'une des deux seules zones de santé (l'autre étant Cilundu) où aucun des sites visités n'était en rupture de stock le jour de notre visite. La zone de santé de Goma, qui ne bénéficie pas du soutien d'un partenaire spécifique (par exemple, un partenaire de mise en œuvre ou l'UNICEF), est sans surprise la plus mal lotie dans tous les domaines que nous avons étudiés.

7. Pour rappel, la « consommation » dans le contexte des chaînes d'approvisionnement signifie que le produit est fourni aux clients, soit pour une utilisation immédiate dans l'établissement, soit pour une utilisation à domicile en dehors de l'établissement.

Tableau 5. Résumé des données d'examen des registres de stocks et des rappels de stocks par zone de santé⁸

Indicateur	Kasaï Oriental			Nord Kivu			Toutes les zones de santé
	Cilundu Save the Children-Approvisionnement des ONG	Dibindi Centre de développement social-ACP	Kasansa Save the Children-Approvisionnement des ONG	Goma Pas de partenaire/filière défini	Kibua Approvisionnement PUI-ONG	Walikale PRONANUT-PRODOC	
Stock de rappel du personnel au cours des six derniers mois	3/5	5/5	2/5	3/3	3/3	5/5	81 % (21/26)
Parmi les établissements ayant mis à jour leurs fiches de stock, nombre de ceux qui ont indiqué une rupture de stock au cours des six derniers mois.	3/5	5/5	1/4	1/1	3/3	5/5	78 % (18/23)
Présentant une rupture de stock le jour de la visite	0/5	2/5	2/5	3/3	2/3	0/5	35 % (9/26)
Disposer de registres indiquant qu'il reste moins d'un mois de stock dans l'établissement (y compris 0).	3/5	5/5	5/5	3/3	3/3	5/5	92,5 (24/26)
Débit de sachets d'ATPE enregistré au cours des six derniers mois (fourchette)	4 663 à 9 700	20 938 à 35 039	5 057 à 12 296	2 100 à 2 550	3 518 à 6 575	5 206 à 20 741	41 482 à 86 901
Nombre de jours de rupture de stock au cours des six derniers mois (fourchette)	5 à 12	27 à 93	28 ⁹	44 ¹⁰	27 à 109	19 à 62	--
Nombre de mois de données disponibles sur les fiches de stock au cours des six derniers mois (fourchette)	6	4 à 6	3 à 6	2 à 4	6	5 à 6	--
Pourcentage de temps pour lequel l'établissement disposait de registres au cours des six derniers mois montrant qu'il était en rupture de stock (fourchette).	3 à 7 %	15 à 72 %	31 %	37 %	15 à 61 %	11 à 41 %	--

8. Pour faciliter l'interprétation des résultats de l'indicateur, le tableau est ombré selon un schéma à trois niveaux de « feux de signalisation ». Les différences entre les couleurs sont basées sur notre évaluation subjective des notes dans chaque domaine. Le débit n'est pas noté car il n'est pas bon ou mauvais en soi, mais constitue plutôt un indicateur de l'importance relative, en termes de consommation déclarée d'ATPE, des différentes zones de santé.

9. Sur les cinq établissements visités à Kasansa, deux étaient en rupture de stock au moment de la visite, mais un seul des cinq établissements disposait de registres détaillés des stocks.

10. Bien que les trois établissements de Goma aient été en rupture de stock au moment de la visite, comme Kasansa, seul l'un d'entre eux disposait de registres détaillés des stocks.

Nous avons examiné de plus près les données qualitatives pour chaque zone de santé afin d'essayer de déterminer ce qui pourrait être à l'origine des ruptures de stock dans ces zones. À Goma, par exemple, l'absence de plan de distribution d'ATPE est clairement à l'origine de la rupture d'approvisionnement dans ces aires de santé.

La zone de santé de Dibindi au Kasai Oriental est un cas intéressant. Compte tenu de sa situation urbaine et de la proximité du dépôt de son partenaire, on peut supposer qu'il devrait avoir moins de ruptures de stock. Cependant, tous les sites visités ont signalé des ruptures de stock. D'après les entretiens avec le partenaire chargé de la mise en œuvre, le premier problème semble être l'irrégularité de l'approvisionnement en produits de l'UNICEF qui, à son tour, perturbe le calendrier d'approvisionnement des établissements de santé. Les informateurs des partenaires chargés de la mise en œuvre nous ont indiqué que, bien que la quantité totale d'ATPE qui leur avait été attribuée soit arrivée au cours de la période du projet, elle n'a pas toujours été livrée aux moments et dans les quantités totales prévus par l'ACP. Il est également important de noter que l'ACP du CDS a été prolongé de deux mois pour tenir compte d'un retard initial d'un mois. Toutefois, cela correspond à un mois supplémentaire d'opérations sans augmentation de la quantité totale d'ATPE fournie. Si les commandes doivent être basées sur les besoins des établissements de santé, il n'est pas possible que cette quantité étirée d'ATPE soit suffisante, sur la base de la consommation mensuelle moyenne. Les établissements de santé ont également noté que le partenaire avait des problèmes de transport, les informateurs ayant déclaré qu'en cas de rupture de stock, le CDS leur avait dit que le véhicule était tombé en panne. Dibindi, bien qu'étant une ville, possède également des sites difficiles en raison des ravins dans la géographie de la ville, ce qui souligne encore le défi persistant du transport en RDC. Les problèmes de transport semblent également être les principaux facteurs de rupture de stock dans les autres zones de santé. Pour Cilundu et Kasansa, les problèmes comprennent des retards intermittents dans l'acheminement des stocks depuis Kinshasa en attendant que les vols de fret accumulent suffisamment de marchandises pour

pouvoir ensuite accepter un vol, et le mauvais état des routes dans les zones de santé, en particulier pendant la saison des pluies. Kibua et Walikale connaissent des problèmes similaires en ce qui concerne l'acheminement des stocks vers les zones (mauvais état des routes et manque de vols), mais l'insécurité, qui peut également perturber les itinéraires et les horaires de transport prévus, est un facteur de complexité supplémentaire.

Aux niveaux supérieurs de la chaîne d'approvisionnement, il convient de noter que l'UNICEF, Save the Children et PUI avaient des délais similaires pour l'importation des produits, à savoir environ six mois. Cependant, pour les acteurs des ONG, l'attente du dédouanement des produits, des tests de qualité et de leur distribution constitue une incertitude supplémentaire. En ce qui concerne la quantité d'ATPE commandée, Save the Children n'a pas exprimé d'inquiétude particulière quant au manque de fournitures pour ses projets. Comme indiqué précédemment, les ruptures de stock semblent être dues à des retards de transport plutôt qu'à un manque d'approvisionnement. PUI a indiqué qu'elle avait tendance à rencontrer des problèmes de disponibilité de l'approvisionnement à la fin de ses projets en raison de dépassements d'objectifs. Comme nous l'avons souligné précédemment, ces dépassements d'objectifs peuvent être dus à des mouvements de population ou à des personnes venant d'aires de santé ou de zones de santé voisines pour se faire soigner. Selon l'UNICEF et les observations du groupe sectoriel sur la nutrition, le plus grand défi est le manque de financement pour assurer un approvisionnement adéquat afin de répondre aux besoins. Le ciblage doit également être envisagé ici, car les calculs de prévalence et l'établissement des priorités sont souvent effectués à partir de données périmées en raison du manque d'enquêtes SMART.

Nous avons également demandé aux informateurs des aires de santé s'ils recevaient généralement les quantités d'ATPE qu'ils commandaient et combien de temps il leur fallait pour recevoir leurs commandes d'ATPE. Ces résultats sont résumés par type de filière dans le tableau 6.

Tableau 6. Récapitulatif des quantités commandées par rapport à la quantité reçue et à la vitesse de commande

Indicateur	Kasaï Oriental			Nord Kivu			Toutes les zones de santé
	Cilundu Save the Children-Approvisionnement des ONG	Dibindi Centre de développement social-ACP	Kasansa Save the Children-Approvisionnement des ONG	Goma Pas de partenaire/filière défini	Kibua Approvisionnement PUI-ONG	Walikale PRO-NANUT-PRO-DOC	
Fréquence à laquelle les quantités d'ATPE reçues correspondent aux quantités commandées.	Toujours : 5/5	Rarement : 1/5 Jamais : 4/5	s.o.*	Rarement : 1/3 Jamais : 2/3	Parfois : 3/3	Toujours : 1/5 Parfois : 3/5 Rarement : 1/5	Toujours : 29 % (6/21) Souvent : 0 % (0/21) Parfois : 29 % (6/21) Rarement : 14 % (3/21) Jamais : 29 % (6/21)
Examen des registres : comparaison entre la commande et la quantité reçue (sur le nombre d'établissements disposant de registres).	Reçu ce qui a été commandé : 4/4	Reçu moins : 4/4	s.o.	Reçu ce qui a été commandé : 1/2 Reçu moins : 1/2	Reçu ce qui a été commandé : 1/2 Reçu moins : 1/2	Reçu ce qui a été commandé : 1/5 Reçu moins : 4/5	Reçu ce qui a été commandé : 41 % (7/17) Reçu moins : 59 % (10/17)
Délai d'exécution des commandes d'ATPE	Moins de 2 semaines : 5/5	Moins de 2 semaines : 1/6 2 semaines à 1 mois : 4/6 1 à 2 mois : 1/6	Moins de 2 semaines : 3/5 2 semaines à 1 mois : 2/5	Plus de 3 mois : 3/3	Moins de 2 semaines : 3/3	Moins de 2 semaines : 5/5	Moins de 2 semaines : 63 % (17/27) 2 semaines à 1 mois : 22 % (6/27) 1 à 2 mois : 4 % (1/27) Plus de 3 mois : 11 % (3/27)

* Les informateurs des cinq établissements de Kasansa ont indiqué qu'ils ne commandaient pas de quantités spécifiques parce que les quantités de réapprovisionnement sont déterminées à un niveau supérieur.

FAIRE FACE AUX RUPTURES DE STOCK

Les informateurs des organisations partenaires de mise en œuvre qui achètent directement des ATPE ont indiqué qu'ils ont dû emprunter des stocks à d'autres partenaires pour combler les déficits d'approvisionnement. Les deux organisations ont laissé entendre que cela allait presque de soi et faisait partie de leur planification, en particulier dans les situations où il y a des pénuries de certains intrants à l'échelle du pays. On a cité l'exemple du lait thérapeutique, dont on nous a dit qu'il y avait une pénurie généralisée au second semestre 2022. Bien qu'ils n'aient pas été spécifiquement mentionnés par les partenaires, d'autres facteurs susceptibles d'influencer la nécessité d'emprunter des stocks comprennent les délais d'importation incertains en raison des procédures douanières et des problèmes de transport. Par exemple, les stocks peuvent être disponibles dans les entrepôts centraux ou régionaux, mais le mauvais état des routes ou le manque de moyens de transport peuvent empêcher de les acheminer à temps vers les établissements de santé. Le groupe sectoriel sur la nutrition joue un rôle important en facilitant le partage des stocks entre les partenaires de mise en œuvre. Cependant, tout cela se fait de manière informelle et nous n'avons pas contacté les partenaires fréquemment cités comme « prêteurs » de produits, tels qu'ACF et MSF, pour voir comment ces demandes influent sur leur planification et leurs programmes.

Nous avons demandé au personnel des établissements de santé quelles étaient leurs procédures en cas de rupture de stock. Tout d'abord, la plupart des informateurs ont déclaré qu'ils avertissaient leur partenaire ou le BCZ qu'ils avaient besoin de fournitures supplémentaires. Ce n'est qu'à Cilundu que ces demandes semblent avoir été systématiquement et rapidement satisfaites (en l'espace de quelques jours). Les résultats de ces demandes d'urgence dans les autres zones sont moins clairs. Le soutien du BCZ pour conseiller sur les emprunts à d'autres aires de santé a été mentionné par plusieurs informateurs. Le personnel d'un centre de Goma a indiqué qu'il avait acheté ses propres ATPE à l'ASRAMES, mais seulement quelques cartons.

Les conséquences de ces pénuries pèsent sur les enfants. La majorité des établissements ont mis en place des stratégies pour atténuer autant que possible les conséquences. La réponse la plus fréquente a été de fournir un certain type de soutien lié à l'ANJE, allant de l'éducation nutritionnelle aux conseils sur l'alimentation à domicile et l'enrichissement du régime alimentaire (en utilisant des produits locaux comme le soja, les arachides, les bananes et les pommes de terre). Le personnel des établissements de santé produit même ses propres produits, tels que le lait de soja ou des fortifiants, pour combler les lacunes. Cependant, ces alternatives ne font pas partie du protocole de PCIMA en RDC ou des normes mondiales pour le traitement de l'émaciation sévère.

Nous sensibilisons les enfants et les mères, nous expliquons, il y a d'autres méthodes, nous expliquerons avec des démonstrations de cuisine. Nous expliquerons ensuite à la mère comment se préparer, même à la maison. En raison d'une rupture de stock, nous ne pouvons pas attendre que l'on nous apporte les ATPE. Même la farine de maïs doit y être achetée. Vous achetez les cacahuètes et les chenilles. Vous mélangez les chenilles et les cacahuètes, vous les broyez. Vous en prenez une quantité, vous préparez la bouillie et vous prenez une quantité de poudre d'arachide que vous mélangez aux chenilles. On l'ajoute à la bouillie, on la fait bouillir ; dès qu'elle bout, elle est bonne. Vous mettez la quantité d'huile, puis une petite quantité de sucre. Vous donnez ensuite cela à l'enfant en attendant que les ATPE nous soient apportés.

—Informateur au niveau de l'établissement dans la zone de santé de Dibindi

Le personnel de quelques établissements (6 sur 33) a déclaré qu'il essayait d'orienter les enfants vers un autre établissement, mais un informateur d'un établissement de Kibua a déclaré que les ruptures de stock touchaient souvent tous les établissements en même temps. Un autre petit nombre d'établissements (7 sur 33) n'ont mentionné aucune action autre que celle d'expliquer aux mères qu'ils sont en rupture de stock et qu'elles doivent attendre l'arrivée des produits.

Le personnel des établissements de santé a déclaré que les ruptures de stock entraînaient de mauvais résultats pour les enfants, provoquant souvent des rechutes ou des périodes prolongées de traitement, ce qui accentuait la pression sur les stocks limités d'ATPE.

Parce que nous donnons des rendez-vous d'une semaine, la personne est venue, la deuxième semaine, la consommation, c'est fini. C'est comme si nous avions donné à l'enfant un avant-goût des intrants. Quelles sont les conséquences ? Il y a les abandons, les rechutes, tout ce qui peut arriver.

—Informateur au niveau de l'établissement dans la zone de santé de Goma

Nous, comme dans notre zone de santé ici, nous sommes dans des zones reculées, nous pouvons nous retrouver avec la quantité qui nous a été servie, qui est déjà en rupture de stock et les enfants ne sont pas guéris. Qu'est-ce que je veux dire par là ? La non-implication de l'infirmière par les partenaires conduit souvent à des rechutes. L'enfant qui doit recevoir sa quantité régulièrement, il arrive qu'il prenne deux, trois fois et que la quantité soit épuisée, nous n'avons plus de stock. Au lieu d'être guéri, il recommence comme s'il s'agissait d'un nouveau cas ; un cas de rechute dont je vous ai parlé.

—Informateur au niveau de l'établissement dans la zone de santé de Dibindi

FACTEURS DE COÛT DES FILIÈRES

La nature imprévisible et variable du transport des ATPE, y compris la fréquence des livraisons et le mode de transport, nous a empêchés de déterminer les différents coûts de transport pour les diverses filières d'ATPE examinées dans le cadre de cet exercice. Le coût du fret aérien, bien qu'il soit considéré comme le moyen de transport le plus rapide, a toujours été considéré comme prohibitif et utilisé avec parcimonie.

Il est surprenant de constater que personne n'a mentionné le coût des ATPE en tant qu'obstacle à la garantie d'un approvisionnement adéquat. Les informateurs ont plutôt décrit le problème comme un manque général de financement pour soutenir le traitement de l'émaciation pour tous les enfants qui en ont besoin.

Bien qu'une analyse détaillée des coûts n'ait pas été possible dans le cadre de cette activité, nous avons pu examiner les différences entre les principaux facteurs de coût des filières afin de déterminer s'il pouvait y avoir des différences importantes dans leurs structures de coûts. Par exemple, si une filière livre les fournitures d'ATPE jusqu'aux établissements de santé aux frais du partenaire chargé de la mise en œuvre, alors qu'une autre filière exige que le personnel de l'établissement se rende à l'entrepôt du partenaire pour récupérer ses approvisionnements en ATPE, on peut affirmer avec certitude que la première filière a une structure de coûts plus élevée du point de vue du responsable de la mise en œuvre, et que la seconde fait peser sur les établissements de santé une charge supplémentaire (en termes de temps et de frais de déplacement pour récupérer les approvisionnements) que la première ne fait pas peser. Toutefois, si le personnel des établissements de santé doit déjà se déplacer régulièrement et qu'il est en mesure d'aller chercher ses fournitures, ces déplacements ne représentent pas nécessairement un coût supplémentaire pour l'établissement. Par exemple, le personnel peut être amené à se rendre régulièrement dans la ville la plus proche, soit pour des raisons officielles, telles que la présentation d'un rapport à son supérieur, soit pour des raisons personnelles, telles que les opérations bancaires.

Autre exemple : si une filière obtient de meilleurs résultats (moins de ruptures de stock) en livrant des fournitures d'ATPE toutes les deux semaines, alors qu'une seconde filière obtient de moins bons résultats en livrant des fournitures d'ATPE tous les deux mois, il peut être important de savoir que la seconde filière a probablement aussi des coûts de transport moins élevés que la première, parce que le transport est effectué beaucoup moins souvent. On pourrait alors se demander pourquoi la deuxième filière livre moins souvent, c'est-à-dire si le coût du transport n'est pas un facteur déterminant de cette structure, et si une augmentation des dépenses de transport n'en vaudrait pas la peine si elle permettait d'améliorer les performances. Inversement, si deux filières ont les mêmes performances, mais

que l'une d'elle livre moins fréquemment que l'autre, il peut être judicieux de déterminer si le partenaire qui livre plus fréquemment pourrait économiser sur les coûts de transport (en réduisant la fréquence des transports) sans nuire aux performances.

En ce qui concerne la question de savoir si les fournitures sont livrées aux établissements de santé ou si ces derniers doivent se déplacer pour les collecter, nous avons découvert que les trois filières (ACP, PRODOC et l'approvisionnement des ONG sous l'égide de Save the Children et de PUI) livrent des fournitures d'ATPE jusqu'au niveau des établissements de santé. La seule exception parmi les établissements de santé visités est l'établissement de santé de Bilobilo à Walikale, desservi par la filière PRODOC, dont le personnel a indiqué qu'il envoyait quelqu'un chercher des fournitures en moto à 30 km de là. Cependant, les informateurs de Bilobilo ont également indiqué que le personnel a normalement d'autres raisons d'effectuer ces déplacements, et qu'il ne les effectue pas exclusivement dans le but de collecter des fournitures d'ATPE. Dans la zone de santé de Goma, où il n'y a pas de soutien des partenaires, les quatre établissements de santé ont indiqué qu'ils devaient collecter leurs fournitures. Elles n'ont pas été livrées par un partenaire à l'établissement, bien que trois des quatre établissements aient indiqué qu'ils collectaient les ATPE lors d'un déplacement pour d'autres raisons. Il n'est pas clair si les établissements de Goma récupèrent normalement leurs propres fournitures parce qu'ils n'ont pas d'accord de partenariat clair ou simplement parce que Goma est une grande ville où il est relativement facile pour les établissements de santé de se déplacer pour récupérer leurs fournitures d'ATPE. D'après les entretiens avec les informateurs clés, il semble que lorsque les installations sont soutenues par un partenaire, tel que Heal Africa, c'est ce dernier qui s'occupe de la livraison, mais cette information n'est pas cohérente.

Une autre raison pour laquelle les coûts peuvent varier d'une filière à l'autre est la méthode de transport utilisée pour livrer les fournitures d'ATPE, bien que cela dépende parfois davantage de l'accessibilité d'un établissement de santé que des méthodes de transport utilisées par le partenaire chargé de la livraison. Sur les 22 centres de santé visités qui ont déclaré que des fournitures leur avaient été livrées, les véhicules 4x4 étaient le mode de livraison le plus courant, y compris les 10 centres de Cilundu et de Kasansa (desservis par l'approvisionnement direct des ONG : Save the Children). En outre, les cinq établissements de santé de Dibindi (desservis par l'ACP : CDS) ont déclaré que les fournitures étaient arrivées par les transports publics (bus ou taxi-brousse). Les moyens de transport étaient plus variés dans les zones de santé du Nord Kivu : deux établissements à Kibua (desservis par l'approvisionnement direct des ONG : PUI) ont indiqué que les fournitures étaient arrivées par moto, et le troisième par bicyclette. À Walikale (desservie par PRODOC : PRONANUT), deux structures ont déclaré être desservies par un véhicule 4x4, une par une moto et une par une voiture. Pour les établissements qui ont déclaré être

allés chercher leurs propres fournitures, le seul établissement de Walikale a signalé que le personnel se déplaçait en moto. Dans la zone de santé de Goma, trois structures ont déclaré s'être déplacées en véhicule 4x4, et la quatrième a déclaré avoir récupéré ses fournitures en charrette (charrette à bras ou charrette tirée par un âne, par exemple).

La fréquence de réapprovisionnement ne semble pas avoir de corrélation claire avec la performance de la chaîne d'approvisionnement telle que définie par la fréquence des ruptures de stock. La majorité des établissements de santé (14 des 23 établissements interrogés, sans compter la zone de santé de Goma) ont déclaré être réapprovisionnés tous les mois, en moyenne, y compris les cinq établissements de santé de Kasansa (approvisionnement direct des ONG : Save the Children) et les cinq établissements de Walikale (PRODOC : PRONANUT). À Cilundu (approvisionnement direct des ONG : Save the Children), deux établissements ont déclaré être réapprovisionnés toutes les semaines ou toutes les deux semaines, et les deux autres établissements ont déclaré n'être réapprovisionnés que tous les trimestres. À Dibindi (PCA : CDS), deux établissements ont déclaré être réapprovisionnés tous les mois et les trois autres tous les deux mois. Enfin, à Kibua (approvisionnement direct des ONG : PUI), deux établissements ont déclaré être réapprovisionnés tous les mois, et l'établissement restant a déclaré être réapprovisionné toutes les semaines. Même sans tenir compte du type de filière, il ne semble pas y avoir de corrélation évidente entre la fréquence de réapprovisionnement et la performance de la chaîne d'approvisionnement, car 1 des 3 établissements ayant déclaré être réapprovisionnés plus fréquemment qu'une fois par mois était en rupture de stock le jour de la visite (33 pour cent), contre 3 des 14 établissements ayant déclaré un réapprovisionnement mensuel (21 pour cent), 2 des 3 établissements ayant déclaré un réapprovisionnement bimensuel (66 pour cent) et seulement 1 des 4 établissements ayant déclaré un réapprovisionnement trimestriel (25 pour cent).

DÉFIS SOUS-JACENTS AFFECTANT LA DISPONIBILITÉ DES ATPE

Les ruptures de stock d'ATPE constituent manifestement un problème pour toutes les aires de santé et les zones de santé que nous avons visitées et, d'après les informations communiquées par des personnes aux niveaux provincial et national, ces problèmes ne sont pas propres aux sites que nous avons visités. Dans les sections suivantes, nous tentons d'identifier certains des principaux problèmes qui, selon les informateurs clés, contribuent au manque de fiabilité de l'approvisionnement en ATPE.

Infrastructure de transport

Les problèmes de transport, en particulier la médiocrité des infrastructures, sont de loin le défi le plus souvent mentionné par les informateurs clés à tous les niveaux du système et dans toutes les

zones géographiques. Quatre-vingt-quatre pour cent des informateurs (61 sur 73) ont déclaré que le transport constituait un défi. Plus de la moitié d'entre eux ont spécifiquement mentionné le mauvais état des routes et le fait que, pendant la saison des pluies, l'accessibilité devient plus difficile pour certaines structures.

Comme cela a été décrit précédemment dans les descriptions des filières, les partenaires réagissent à l'état des routes de différentes manières, en utilisant des motos, des bateaux et même en transportant des cartons d'ATPE à pied. Le transport aérien est considéré comme l'option la meilleure et la plus rapide, mais son coût est souvent prohibitif. Les informateurs ont déclaré que ces problèmes d'infrastructure peuvent allonger les délais de livraison, entraînant des retards imprévisibles qui se traduisent par des ruptures de stock au niveau des installations. Un exemple a été donné d'une route qui a été complètement emportée dans le Sud Kivu, rendant certaines zones inaccessibles pendant six à huit mois. Il est difficile de prévoir ce type de problèmes et, comme les budgets consacrés aux transports sont souvent considérés comme insuffisants, la marge de manœuvre pour s'adapter à ces conditions changeantes est limitée. Cela n'affecte pas seulement les partenaires chargés de la mise en œuvre, mais aussi l'ensemble des opérations de l'UNICEF. La sécurité est un autre facteur qui influe considérablement sur la planification des transports. Il s'agit d'un problème presque exclusif aux sites du Nord Kivu, à l'exception d'une mention de « conflit coutumier » au Kasai Oriental. En raison de l'insécurité causée par le Mouvement du 23 mars dans le Nord-Kivu et les régions avoisinantes, les ATPE doivent parfois être détournés de Goma et passer par l'Ouganda ou le Rwanda pour atteindre les régions les plus septentrionales de la province. Là encore, cela a d'importantes implications budgétaires et temporelles pour les livraisons.

Le manque de véhicules ou l'utilisation de véhicules inadaptés aux conditions est une autre difficulté fréquemment mentionnée en matière de transport. La capacité des véhicules est parfois insuffisante pour acheminer suffisamment des ATPE vers les installations ou pour desservir plus d'une ou deux installations à la fois, ce qui se traduit par un plus grand nombre de trajets et des temps d'attente plus longs. À Goma, où il n'existe pas de plan précis pour la livraison des ATPE, il a été mentionné que la zone de santé ne dispose pas d'un véhicule pour apporter les fournitures aux établissements et que ces derniers doivent payer pour aller chercher eux-mêmes les fournitures, ce qui crée des obstacles financiers.

Enfin, les informateurs clés des trois zones de santé du Kasai Oriental, mais surtout de Kasansa, ont fréquemment mentionné que la planification des livraisons n'était pas bien faite. Cette question a même été soulevée au niveau provincial par des fonctionnaires. Les informateurs de Kasansa ont spécifiquement mentionné qu'ils avaient des problèmes avec les livreurs qui ne leur laissaient pas le temps de compter et de vérifier correctement leurs commandes à la livraison.

Un chauffeur qui doit laisser le Plumpy'Nut dans trois ou cinq structures peut-il vous attendre pour que vous puissiez compter avec lui ? Il vous dira : « Non, je perds du temps ». Il vous dira : « Non, sois rapide ». « Donnez-moi, signez les bons de livraison et donnez-les moi ». [...] Avec de tels problèmes, nous allons nous sentir mal à l'aise.

—Informateur au niveau de l'établissement dans la zone de santé de Kasansa

Le conducteur n'est pas formé à l'idée que lorsqu'il arrive, il doit dépendre de l'établissement pour compter et vérifier. Le chauffeur est toujours pressé et dit : « Non, je n'ai pas que vous, j'ai d'autres structures ». À ce moment-là, l'établissement ne fait que compter les cartons. Lorsqu'il s'agit de compter les sacs, nous savons que 10 cartons devraient nous donner, par exemple, 1 500 Plumpy'Nut, mais nous consultons les rapports [de l'établissement] et [constatons qu'ils ont écrit] 1 350. Lorsque nous demandons [pourquoi il y en a moins, l'établissement répond] « Non, il y a eu des pénuries ». Les manquants [n'ont pas été signalés] au moment [de la livraison], donc Save n'accepte pas et nous, au bureau central, n'acceptons pas non plus. [...] il est nécessaire que notre partenaire apprenne aux chauffeurs à attendre [et] que nous comptions sac par sac, afin que le rapport de réception reflète la réalité de l'approvisionnement en Plumpy'Nut.

—Informateur clé au niveau de la zone de santé de Kasansa

Il est intéressant de noter que les informateurs clés des partenaires de mise en œuvre ont également mentionné la coordination des livraisons comme un défi occasionnel, mais au niveau de la zone de santé, les fonctionnaires du BCZ n'étant pas disponibles au moment convenu pour effectuer les livraisons dans les aires de santé.

Infrastructure d'entreposage

Le thème de l'infrastructure d'entreposage a souvent été abordé en même temps que les défis liés au transport. La cartographie des différentes filières d'acheminement des ATPE révèle que l'une des raisons pour lesquelles les fournitures sont acheminées directement d'un entrepôt central ou régional vers les aires de santé est que les zones de santé ne disposent pas d'un espace de stockage adéquat ou approprié pour les approvisionner. Kasansa est un bon exemple de certains des défis que cela pose. Non seulement les responsables des zones de santé et des aires de santé de Kasansa se sentent moins impliqués dans les processus de planification des ATPE que leurs homologues de Cilundu, où les ATPE sont stockés au BCZ, mais les problèmes de transport entraînent des retards et des difficultés dans la planification des calendriers de livraison. Si les fournitures pouvaient être stockées dans la zone de santé, certains de ces problèmes pourraient être résolus.

Maintenant, nous devons faire de nombreuses tournées, Mbuji-Mayi, les aires de santé, Mbuji-Mayi, les aires de santé et tout le reste. C'est peut-être là que réside la difficulté,

vraiment au niveau de la zone, nous n'avons pas d'entrepôt où nous pouvons stocker les Plumpy'Nut. Nous n'avons pas vraiment de cadre ou d'espace de stockage.

Les défis sont le manque de dépôts [gouvernementaux] au niveau de la zone. Si nous avons vraiment un dépôt au niveau de la zone, cela minimisera les coûts de transport et peut-être que dès qu'il y a une menace de pénurie, la zone peut facilement s'approvisionner sans passer par des commandes et tout le reste. Voilà, au niveau de cette zone, ce que je constate c'est l'absence de dépôts au niveau du BCZ, un dépôt relais qui devrait servir au stockage des intrants au niveau du bureau central pour des réponses rapides aux ruptures de stock.

—Informateur clé du partenaire de mise en œuvre, parlant de la situation à Kasansa

Le manque de capacité de stockage au niveau des zones de santé a également été mentionné comme un problème par les informateurs clés. Un informateur clé de l'UNICEF a noté que l'espace limité signifiait que l'organisation n'était parfois pas en mesure de planifier sur une base mensuelle ou même trimestrielle parce qu'il n'y avait pas assez de place pour conserver cette quantité d'intrants. Il s'agit d'un point important. Comme de nombreuses aires de santé deviennent inaccessibles à certaines périodes de l'année, le manque d'espace de stockage limite la capacité des partenaires à prépositionner suffisamment de stocks pour soutenir les installations pendant ces périodes d'inaccessibilité. Plusieurs informateurs clés ont également mentionné la nécessité de disposer d'un plus grand nombre de dépôts relais afin de mieux répondre aux pénuries et de les situer plus près des zones difficiles d'accès. L'UNICEF a également noté que l'une des raisons pour lesquelles l'infrastructure de stockage n'a pas été améliorée pourrait être que les produits nutritionnels n'ont pas été intégrés dans la chaîne d'approvisionnement nationale. Plusieurs autres informateurs clés d'organisations partenaires et de l'UNICEF ont également exprimé le souhait que les produits nutritionnels soient intégrés dans les systèmes existants.

Le principal défi que nous avons pu identifier en RDC est la non-intégration des intrants nutritionnels dans la chaîne d'approvisionnement de l'État. Cette non-intégration a un impact direct sur l'infrastructure de stockage, car l'état actuel montre qu'il y a un déficit dans l'infrastructure de stockage de l'État, tant au niveau du district qu'au niveau de la zone de santé. Ce manque d'infrastructures de stockage est directement lié au fait que les intrants nutritionnels ne sont pas totalement intégrés. Le volume des intrants nutritionnels est connu. Aujourd'hui, si nous disons que nous allons intégrer les intrants nutritionnels dans la chaîne d'approvisionnement du gouvernement, il faudra revoir et renforcer l'infrastructure de stockage. Malheureusement, jusqu'à présent, les intrants nutritionnels ont fonctionné en circuit parallèle, ce qui n'est pas souhaitable.

—Informateur clé affilié aux Nations Unies

FUITE DE STOCK

Au niveau mondial, les informations sur l'utilisation abusive et les « fuites » en matière d'ATPE sont limitées car elles ne sont souvent pas documentées ou signalées par les organisations (Mates et Sadler 2020). Dans le cadre de nos travaux, nous n'avons pas procédé à un audit complet des registres d'approvisionnement, des registres et des cartes de clients, ce qui serait nécessaire pour tenter de déterminer l'ampleur du problème des fuites. Bien que la plupart des informateurs clés nous aient assuré que leurs entrepôts étaient bien sécurisés lorsqu'ils ont été interrogés sur les mesures prises pour minimiser les fuites et les vols de stocks d'ATPE, des exemples de ces problèmes nous ont été communiqués.

Au Kasaï Oriental, au moins deux vols ou tentatives de vol ont été signalés au BCZ, ce qui signifie que les ATPE ne sont plus conservés dans ces lieux et qu'ils sont directement acheminés vers les aires de santé. Le transport des ATPE par les manutentionnaires est un point de la chaîne d'approvisionnement où les informateurs ont exprimé des soupçons de vol, car les établissements ont indiqué qu'ils recevaient parfois des cartons d'ATPE ouverts dans lesquels il manquait des sacs. Lorsque les ATPE sont transportés à pied, un informateur a indiqué qu'il était difficile d'assurer une bonne sécurité.

Le suivi et la supervision au niveau communautaire ont été mentionnés comme des outils importants utilisés pour suivre les irrégularités et pour s'assurer que les enfants reçoivent les montants inscrits dans les carnets de consommation. Un informateur de l'UNICEF a indiqué que les clients sont tenus de retourner dans les établissements avec les sachets vides d'ATPE afin de minimiser les fuites.

Le groupe sectoriel sur la nutrition nous a informés que dans certaines provinces, des arrêtés gouvernementaux interdisent la vente d'ATPE. On nous a dit que des travaux étaient en cours avec le MS pour mettre en place une ordonnance similaire au niveau national. Toutefois, l'efficacité de ces ordonnances n'est pas claire. Un partenaire nous a dit que des tentatives avaient été faites pour poursuivre les personnes trouvées en possession d'ATPE, mais qu'elles étaient généralement « relâchées sans être inquiétées longtemps ». Un informateur du PRONANUT nous a dit qu'il était possible de trouver des ATPE sur les marchés, mais il n'était pas clair à quel niveau la déviation se produisait — si c'étaient les bénéficiaires qui les vendaient ou s'ils étaient pris plus haut dans la chaîne d'approvisionnement.

Faible couverture des traitements et financement inadéquat

Les fonds disponibles ne sont pas suffisants pour fournir des ATPE à tous les enfants qui en ont besoin, même si les ATPE peuvent être fournis de manière efficace et fiable. Un informateur affilié aux Nations Unies a estimé que seulement 30 pour cent des zones de santé en RDC sont couvertes par un « paquet de soins nutritionnels » qui assure un continuum de soins non seulement pour les enfants gravement émaciés mais aussi pour les enfants modérément émaciés. Un informateur clé a déclaré que l'UNICEF manquait de fonds, en particulier pour la nutrition, et qu'il ne commandait que pour les projets dont il disposait. Un autre informateur a indiqué que l'UNICEF a tendance à commander des produits en fonction des besoins programmatiques et que le stock tampon dépend des ressources disponibles.

Les difficultés de financement sont corroborées par les données du groupe sectoriel sur la nutrition mondiale. Selon les données du rapport annuel 2022, sur les 781 000 enfants estimés avoir besoin d'un traitement contre l'émaciation sévère, seuls 70 pour cent (549 000) ont été ciblés. Les chiffres concernant les enfants

atteints d'émaciation modérée sont beaucoup plus faibles en termes de nombre d'enfants ciblés. C'est un problème car si les enfants modérément émaciés ne sont pas traités, ils risquent d'évoluer vers des cas graves. Sur les 1,63 million d'enfants estimés avoir besoin d'un traitement contre l'émaciation modérée, seuls 43 pour cent (699 000) ont été ciblés. Cependant, il faut reconnaître que, bien que les objectifs soient bien inférieurs au nombre d'enfants dans le besoin, 97 pour cent des enfants ciblés souffrant d'émaciation sévère et 90 pour cent des enfants ciblés souffrant d'émaciation modérée ont bénéficié d'un traitement. Les décisions de ciblage sont sans aucun doute influencées par le grave sous-financement de la réponse nutritionnelle en RDC. Sur les 258,6 millions de dollars requis pour le volet nutrition du PAH, seuls 35 pour cent ont été reçus (89,2 millions de dollars). Ces chiffres représentent le financement de l'ensemble de la réponse nutritionnelle, et pas seulement le financement nécessaire à la fourniture d'ATPE ce qui signifie que le financement disponible pour le traitement de l'émaciation sévère ne représente qu'une fraction des 89,2 millions de dollars reçus (GNC/UNICEF 2023).

Actuellement, nous couvrons moins de 50 pour cent des besoins humanitaires sur la base des fonds disponibles auprès des différents bailleurs de fonds, car nous avons l'USAID, ECHO, d'autres bailleurs de fonds et les ressources régulières de l'UNICEF... Moins de 50 pour cent [des besoins] sont couverts par les moyens que nous mettons à disposition et les défis à relever pour une couverture totale sont encore énormes. Normalement, pour une meilleure réponse nutritionnelle, nous devons couvrir au moins 80 pour cent des besoins.

—Informateur clé affilié aux Nations Unies

POSSIBILITÉS DE RENFORCEMENT

Dans le cadre de nos discussions avec les informateurs clés, nous leur avons demandé de nous dire ce qu'ils aimeraient voir changer dans la chaîne d'approvisionnement des ATPE et d'identifier les actions qui contribueraient à la renforcer.

Impliquer le personnel du gouvernement et de l'établissement dans la planification.

Les informateurs gouvernementaux à tous les niveaux, y compris la DPS, le PRONANUT, les BCZ et le personnel au niveau des établissements, ont souhaité à une écrasante majorité être davantage impliqués dans la planification de l'approvisionnement et de la livraison des ATPE. Une série de demandes a été formulée concernant le processus de planification, allant de la participation à la sélection d'un fournisseur fiable d'ATPE à la simple possibilité de passer des commandes qui soient respectées par les partenaires.

Trente-deux pour cent des informateurs gouvernementaux (15/47) ont mentionné que les partenaires, y compris le PRONANUT lorsque le PRONANUT est le principal fournisseur, doivent améliorer leurs systèmes, mieux gérer et planifier leurs intrants, et veiller à ce que les quantités demandées et les délais soient respectés. Un informateur du partenaire chargé de la mise en œuvre a également reconnu la nécessité de mieux préparer le démarrage des nouveaux projets en prévoyant un délai d'au moins 90 jours, afin de s'assurer que les ATPE sont disponibles avant le début de la mise en œuvre.

Les informateurs gouvernementaux ont estimé qu'ils étaient des partenaires importants à inclure dans le processus de planification car ils disposent des données les plus précises sur les besoins dans leurs aires de santé, leurs zones de santé et leurs provinces. Un informateur gouvernemental a souligné que les données du DHIS-2, sur lesquelles les partenaires et le groupe sectoriel sur la nutrition s'appuient souvent pour planifier les objectifs, ne sont pas toujours exactes. D'une manière générale, la RDC manque d'informations actualisées sur la nutrition, les données de prévalence pour certaines zones de santé remontant à l'enquête en grappes à indicateurs multiples de 2018.

Ce que nous aimerions voir changer, c'est participer à la planification des besoins et nous associer en particulier à la chaîne d'approvisionnement. C'est

ce que nous voulions changer. Tout ce qui est intrant, les besoins doivent venir de nous, de la coordination du PRONANUT. Nous sommes ceux qui maîtrisent le mieux nos zones de santé, nous avons les données qui sont rapportées par les zones de santé. Tous les besoins réels doivent être exprimés par nous et partagés avec les partenaires. Ensuite, nous devrions également organiser des séances pour valider ces besoins. Cela pourrait améliorer la situation.

—Informateur clé du gouvernement de la province

Une coordination continue et intensive à tous les niveaux du système sera nécessaire pour que les données de base, basées sur la consommation réelle d'ATPE, soient facilement accessibles aux partenaires et aux bailleurs de fonds dès le stade de la proposition de projet. Le groupe sectoriel sur la nutrition travaille déjà dans ce domaine par l'intermédiaire de ses GTT sur les intrants au niveau provincial. Une approche plus systématique de l'implication du groupe sectoriel dans le suivi des intrants pourrait être un moyen de s'assurer que ces données sont disponibles, et d'accroître l'implication dans le développement et l'appropriation des objectifs finaux par le gouvernement et le personnel de l'établissement.

Amélioration des infrastructures

Faisant écho aux défis soulignés précédemment, les informateurs clés ont également demandé que des améliorations soient apportées aux infrastructures clés, notamment les routes, la disponibilité des services aériens et les entrepôts. En ce qui concerne l'amélioration des routes, qui améliorerait considérablement la fiabilité de l'approvisionnement en ATPE et réduirait les coûts de transport, il a été reconnu qu'elle ne relevait pas de la responsabilité du secteur de la nutrition. Certains ont placé la responsabilité sur le gouvernement congolais, tandis qu'un autre informateur a proposé un plaidoyer à un niveau plus élevé auprès des bailleurs de fonds parce que de meilleures routes conduiraient à des améliorations dans tous les secteurs.

Il existe probablement des opportunités, mais elles concernent des leviers plus importants, notamment au niveau des financeurs, des bailleurs de fonds, plutôt qu'au niveau des responsables de la mise en œuvre. Le même plaidoyer pour les infrastructures, mais ici je pense qu'il ne s'agit pas seulement d'un programme de nutrition, mais qu'il peut concerner l'ensemble de l'aide au pays. Même le développement du secteur privé congolais ne pourrait que bénéficier de ce genre de choses.

—Informateur clé affilié aux Nations Unies

Les informateurs clés ont fourni une justification supplémentaire de la nécessité d'améliorer les infrastructures d'entreposage lorsqu'ils ont formulé des recommandations sur ce sujet. Plusieurs informateurs ont proposé de passer d'une fourniture mensuelle d'ATPE à un calendrier trimestriel. Toutefois, pour que cela soit réalisable, il faut disposer d'un espace de stockage adéquat au niveau de la province, de la zone de santé et de l'aire de santé. L'amélioration des infrastructures d'entreposage permettrait également de faciliter le prépositionnement, les dépôts relais et la détention de stocks tampons plus près des aires de santé.

Les informateurs clés de l'UNICEF et des partenaires de mise en œuvre ont exprimé le souhait de mieux intégrer les ATPE dans le système d'entreposage du gouvernement, préférant que les stocks soient conservés dans les entrepôts gérés par les provinces et les zones de santé plutôt que dans des systèmes d'entreposage parallèles.

Intégration et renforcement des chaînes d'approvisionnement gouvernementales

Comme l'a souligné un informateur clé affilié aux Nations Unies plus haut dans le rapport, la non-intégration des ATPE et d'autres produits nutritionnels dans la chaîne d'approvisionnement peut expliquer en partie pourquoi certaines de ces améliorations essentielles de l'infrastructure n'ont pas été apportées. Sur les 25 informateurs clés avec lesquels nous sommes entretenus aux niveaux national et provincial, c'est-à-dire les responsables des partenaires de mise en œuvre, les Nations Unies et le gouvernement, 7 ont mentionné la nécessité de progresser dans l'intégration des ATPE dans les systèmes gouvernementaux existants. Il a été noté que malgré leur inclusion dans la liste des médicaments essentiels, les ATPE et les laits thérapeutiques ne sont pas disponibles à la Centrale d'achat et de distribution des médicaments essentiels génériques (CDR). Toutefois, un partenaire a fait remarquer que même si des ATPE étaient disponibles à la CDR, il n'est pas un fournisseur certifié d'ATPE et, par conséquent, il pourrait ne pas être possible de les acheter directement à la CDR, en raison des exigences des bailleurs de fonds.

Plusieurs suggestions ont été faites sur la manière dont les ATPE pourraient être mieux intégrés dans la CDR. Tout d'abord, un informateur du groupe sectoriel sur la nutrition a proposé que le fournisseur local d'intrants médicaux pour le Nord Kivu et l'est de la RDC, l'ASRAMES, reçoive un financement direct de l'UNICEF et du Programme alimentaire mondial afin d'inclure des produits nutritionnels dans ses commandes de routine. Selon les informateurs clés, cela permettrait de garantir un approvisionnement facilement disponible dans la province, et les partenaires — ou même les zones de santé — pourraient s'approvisionner directement auprès de l'ASRAMES. Plusieurs établissements de santé basés à Goma ont indiqué avoir utilisé l'ASRAMES pour tenter de commander des ATPE en l'absence de soutien de la part des partenaires, et Save the Children a également passé de petites commandes par ce biais. Le principal obstacle à l'heure actuelle est la capacité limitée et les délais, car l'ASRAMES doit également importer des ATPE. Un meilleur financement et une meilleure planification en collaboration avec l'ASRAMES pourraient atténuer ces obstacles.

Deuxièmement, les informateurs gouvernementaux ont proposé que la DPS joue un rôle plus important dans la planification et la coordination de l'approvisionnement en ATPE dans le cadre de son contrôle de la CDR. Un informateur a proposé que l'UNICEF finance directement la DPS qui, à son tour, pourrait demander à la CDR d'acheter des ATPE et de les mettre à disposition dans les magasins centraux.

Si l'UNICEF passait un contrat directement avec la DPS, nous pourrions passer un contrat avec la CDR. Tous les intrants arrivent au niveau de la CDR. À partir de la CDR, comme au niveau du bureau de soutien par l'intermédiaire du service de logistique médicale, les plans seraient définis, validés, [et] nous pourrions transmettre ces données aux zones de santé. À ce moment-là, un membre du PRONANUT pourrait transporter, accompagner la CDR dans le transport des intrants - mais tant que chaque partenaire essaie de se sécuriser auprès de ces organisations c'est compliqué.

—Informateur clé du gouvernement de la province

L'UNICEF nous a informés qu'il mène actuellement un projet dans le cadre du projet multisectoriel de nutrition et de santé financé par la Banque mondiale, dans le cadre duquel il est prévu d'intégrer des produits nutritionnels dans la chaîne d'approvisionnement en médicaments. L'approche prévue consiste à signer des contrats directement avec la CDR. Toutefois, les activités n'ont pas encore commencé en raison de retards dans la signature des accords avec la CDR. Le projet pilote se déroulera dans quatre provinces seulement. Toutefois, il pourrait s'agir d'un travail dont on pourrait s'inspirer à l'avenir.

Création de stock commun en ATPE

La moitié de nos informateurs clés affiliés aux Nations Unies ont exprimé le besoin d'un approvisionnement plus flexible en fournitures d'ATPE, y compris en stocks tampons. Comme indiqué précédemment, il existe des restrictions sur la manière dont les intrants achetés par des bailleurs de fonds spécifiques peuvent être utilisés, ce qui limite la capacité de l'UNICEF à utiliser les fournitures d'un bailleur de fonds pour répondre à des besoins inattendus dans une région soutenue par un autre bailleur de fonds.

[Une suggestion] que nous avons [est] si nous pouvons également avoir un panier commun de stocks entre les différents bailleurs de fonds. Car, actuellement, nous travaillons ou nous fonctionnons par projet. Une fois les besoins définis, ils restent cloisonnés dans des zones géographiques spécifiques. Il ne s'agit pas de dire « nous avons 1 000 000 enfants souffrant de malnutrition en RDC, et tous les bailleurs de fonds apportent leur contribution pour atteindre au moins 80 pour cent de ces enfants dans les différentes aires spécifiques ». Il y a eu un ciblage spécifique préalable des aires géographiques avec différents partenaires, avec très peu de flexibilité pour pouvoir répondre à d'autres urgences, alors qu'il peut y avoir des intrants disponibles et des stocks tampons disponibles pour ces aires de santé.

—Informateur clé affilié aux Nations Unies

Enfin, la nécessité d'une stratégie nationale avec une « véritable coordination nationale ciblée au niveau des provinces et même des zones critiques » et un renforcement de la communication avec les bailleurs de fonds a été exprimée par un informateur clé affilié à l'ONU.



Une mère nourrit son enfant avec des ATPE sur un site de l'UNTA soutenu par l'UNICEF à Bandundu, dans l'ouest de la RDC.

CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOMIEU

DISCUSSION



CRÉDIT PHOTO : GWENN DOUBOURTHOUMIEU

Une femme reçoit une ration d'ATPE pour son enfant. Grâce au renforcement continu de la chaîne d'approvisionnement en ATPE en RDC, il est à espérer que toutes les femmes et tous les enfants auront accès à ce produit salvateur chaque fois qu'ils en auront besoin.

DISCUSSION

Notre analyse a détaillé les moyens très variables et imprévisibles par lesquels les ATPE sont acheminés des producteurs internationaux vers les aires de santé en RDC.

La structure des filières varie considérablement en termes de fréquence des livraisons, de types de transport utilisés et de structure d'entreposage. Dans de nombreux cas, il y avait même une variabilité au sein d'une même filière, en fonction de la saison ou de circonstances imprévues (par exemple, insécurité, pannes de véhicules). Il est difficile de tirer des conclusions claires sur la structure la plus performante. Cependant, nous avons noté que l'utilisation de l'entrepôt du BCZ à Cilundu comme lieu de stockage des ATPE avant sa distribution aux établissements de santé semblait avoir des avantages non seulement en termes de réduction des ruptures de stock au niveau des établissements, mais aussi en termes de perception positive de la performance de la chaîne d'approvisionnement par les parties prenantes du gouvernement.

La variabilité susmentionnée des filières et leurs variations, et dans certains cas leur nature ad hoc, ont rendu impossible toute forme de comparaison directe des coûts entre les filières. La fréquence des livraisons et le mode de transport utilisé n'étaient pas suffisamment cohérents pour nous permettre d'estimer les coûts moyens. Toutefois, ces deux aspects sont d'importants facteurs de coûts globaux.

En ce qui concerne l'évaluation de la performance de la chaîne d'approvisionnement - bien qu'une filière, celle des ATPE importées par Save the Children, ait obtenu des résultats légèrement meilleurs que les autres - toutes les filières ont été confrontées à des problèmes de ruptures de stock et de faibles niveaux de stocks dans leurs entrepôts au moment de nos visites sur le terrain (par exemple, moins d'un mois de stock disponible).

Selon nos informateurs clés, le défi le plus courant et presque universel à la livraison des ATPE est le transport. Des infrastructures extrêmement médiocres rendent de nombreuses zones inaccessibles pendant la saison des pluies, et le manque d'options de transport routier et aérien adéquates limite la fréquence des livraisons et les quantités d'ATPE qui peuvent être livrées. L'insécurité qui règne dans certaines régions ne fait qu'ajouter à la complexité de la situation en obligeant à faire des détours importants, et parfois internationaux, pour livrer les produits en toute sécurité. Le transport étant très imprévisible, il ne nous a pas été possible de déterminer les différences de coûts spécifiques entre les filières. Il n'est pas surprenant non plus que plusieurs informateurs aient souligné les difficultés rencontrées pour planifier et budgétiser les transports de manière adéquate dans ces circonstances.

Bien que ce travail n'ait porté que sur quatre filières d'ATPE et n'ait couvert qu'un petit nombre de zones de santé et d'aires de santé, les défis que nous avons identifiés sont similaires à ceux relevés dans d'autres études portant

sur les ATPE. Une étude exploratoire sur les ATPE achevée en 2020 a révélé que les obstacles à l'extension du traitement de l'émaciation sévère par les ATPE sont le coût, la disponibilité et la régularité de l'approvisionnement (Mates et Sadler, 2020). L'étude exploratoire a également noté que les parties prenantes s'accordent sur la nécessité d'améliorer la notification et l'analyse des ruptures de filière d'ATPE. Elle a également constaté que le financement humanitaire à court terme pour les fournitures d'ATPE est ce qui « ajoute de la complexité à la garantie d'un approvisionnement continu », ce que notre analyse corrobore comme étant vrai en RDC.

L'étude exploratoire 2020 a également mis en évidence les limites des chaînes d'approvisionnement nationales qui peuvent entraver la livraison des ATPE. L'étude note que les ATPE sont des produits « volumineux », qui posent des problèmes aux infrastructures de santé existantes pour les transporter et les stocker de manière appropriée (Mates et Sadler 2020).

Un autre effort récent pour comprendre l'accès aux ATPE postule que le plus grand obstacle à l'accès aux ATPE est le financement. On estime que le financement actuel des ATPE couvre au maximum 25 pour cent des besoins mondiaux (R4D 2021). Ces travaux notent également que la plupart des fonds destinés aux ATPE proviennent de sources humanitaires, alors que le fardeau en matière d'émaciation est plus élevé dans les contextes non humanitaires. Ils appellent à une augmentation des financements provenant de toutes les sources et à une meilleure coordination au niveau national des budgets consacrés à la nutrition. Cela rejoint les demandes formulées par certains informateurs clés en vue d'une meilleure coordination, voire d'une mise en commun des ressources pour les ATPE, afin de garantir que toutes les régions aient accès aux fournitures disponibles, en particulier en cas d'urgence imprévue ou de rupture de stock.

De manière assez surprenante, la production locale d'ATPE n'a pas été mentionnée par les parties prenantes en RDC comme une solution potentielle aux problèmes de la chaîne d'approvisionnement du pays, bien que de petites quantités d'ATPE (environ 1 000 cartons par mois) aient été produites par une entreprise locale certifiée par l'UNICEF à Lubumbashi dans le cadre du réseau PlumpyField de Nutriset (Mathys et Remancus 2010 ; Troubé 2012). On ignore quand et pourquoi ces opérations ont cessé. L'opinion mondiale est quelque peu divisée sur l'option de la production locale, la division des approvisionnements de l'UNICEF investissant massivement dans la diversification de ses fournisseurs d'ATPE. Les informations d'avril 2019 montrent que l'UNICEF a acheté 59 pour cent des ATPE auprès de « pays bénéficiant de programmes. » : des pays dans lesquels les ATPE sont produits et également utilisés (UNICEF 2019). Toutefois, les ATPE produits localement sont souvent plus chers en raison de la nécessité d'importer certaines matières premières pour la production. Pourtant, l'argument est souvent avancé qu'un approvisionnement en ATPE produit localement pourrait favoriser un accès plus durable et présente d'autres avantages, notamment un impact environnemental plus faible (Mates et Sadler 2020). Cependant, d'autres analyses soulignent que les prétendus avantages environnementaux sont réduits à néant lorsque des intrants clés doivent encore être importés, et que les décisions concernant les

fournisseurs d'ATPE devraient être basées sur la meilleure combinaison de prix, de performance et de sécurité d'approvisionnement (R4D 2021). Il s'agit là de facteurs importants que les partenaires qui importent des ATPE en RDC doivent prendre en considération, en particulier lorsqu'ils envisagent des options pour un plan plus coordonné d'approvisionnement en ATPE.

RECOMMANDATIONS

Les défis auxquels est confrontée la chaîne d'approvisionnement en ATPE en RDC sont complexes et ne peuvent être résolus par le seul secteur de la nutrition. Cependant, plusieurs opportunités mises en évidence par nos informateurs clés sont gérables dans le secteur de la nutrition et méritent d'être suivies et prises en compte par les acteurs de la nutrition en RDC, y compris les bailleurs de fonds, le gouvernement, les agences des Nations Unies et les partenaires de mise en œuvre.

- **Évaluer l'état de préparation de la chaîne d'approvisionnement nationale à l'intégration des ATPE.** Les ATPE ont été inclus dans la liste des médicaments essentiels de la RDC, ce qui constitue une première étape importante dans le processus d'intégration. Toutefois, comme indiqué précédemment, il est rare de trouver des ATPE dans les magasins médicaux nationaux, tels que la CDR. Il sera important de s'inspirer des enseignements tirés du projet pilote d'intégration des ATPE mené par l'UNICEF dans quatre provinces pour déterminer les actions nécessaires à la faisabilité de l'intégration des ATPE dans les systèmes nationaux. L'infrastructure d'entreposage sera un élément clé, de même que les mécanismes de responsabilité visant à minimiser les fuites. Les infrastructures d'entreposage du gouvernement au niveau de la province et de la zone de santé sont actuellement inadéquates en termes de capacité de stockage requise pour conserver la quantité d'ATPE nécessaire pour traiter le nombre d'enfants souffrant d'émaciation. Il sera également important d'évaluer de manière approfondie les points d'entrée les plus appropriés pour l'intégration, tels que la collaboration avec la DPS, la CDR ou l'ASRAMES, et d'examiner les compromis entre l'intégration, la collaboration, l'efficacité et le rapport qualité-prix. Comme le souligne une série d'études de cas de l'UNICEF sur l'intégration des produits nutritionnels dans les chaînes d'approvisionnement des systèmes de santé, l'intégration des ATPE dans les chaînes d'approvisionnement nationales nécessite souvent un renforcement des systèmes de santé avant de pouvoir être réalisée - une considération essentielle avant de se lancer dans cette tâche dans un contexte difficile comme celui en RDC (Sorensen, Codjia, Hoorelbeke, Vreeke, et Jille-Traas 2016).
- **Élargir le rôle du groupe sectoriel sur la nutrition dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement.** Le groupe sectoriel sur la nutrition a mis en place certains mécanismes pour tenter de contrôler et de coordonner les stocks d'ATPE dans le pays, notamment ses efforts d'analyse au niveau national et les GTT au niveau des provinces. Toutefois, les informations ne sont pas partagées systématiquement par tous les partenaires, ce qui limite l'utilité et la

solidité de ces efforts. Les acteurs de la nutrition devraient envisager de formaliser et de renforcer le rôle du groupe sectoriel sur la nutrition dans la chaîne d'approvisionnement. Une action importante pourrait consister à ajouter des rapports plus formels et standardisés sur les ATPE aux autres rapports de routine sur l'émaciation que les partenaires humanitaires fournissent déjà régulièrement au groupe sectoriel sur la nutrition. Le groupe sectoriel sur la nutrition pourrait également jouer un rôle important de plaidoyer pour mettre en évidence les problèmes d'infrastructure (par exemple, les routes et les entrepôts) que les acteurs de la nutrition ne sont pas en mesure de résoudre directement.

- Examiner les critères de ciblage et les formules d'estimation de l'offre.** La sous-estimation des besoins aux stades de la proposition, de l'achat et de la passation des marchés contribue à la pénurie d'ATPE dans les établissements de santé. D'après les informations communiquées par les informateurs clés, il semble que les stocks supplémentaires destinés à couvrir les mouvements de population, les rechutes et les chocs imprévus doivent être mieux pris en compte dans les formules d'estimation de l'offre et des stocks tampons. Les estimations sont souvent réalisées à partir de données de prévalence obsolètes en raison d'un manque général de données nutritionnelles actualisées en RDC. D'autres hypothèses d'estimation, telles que le facteur de correction de l'incidence, qui est une hypothèse de durée de la maladie pour les cas d'émaciation sévère utilisée pour estimer le nombre de cas, doivent être revues. Pour les estimations du PAH 2022, un facteur d'incidence de 2,8 a été utilisé pour tenir compte d'une légère augmentation des cas attendus en raison de la COVID-19 (le taux d'incidence standard est de 2,6). Cependant, des recherches menées par Harvard en RDC suggèrent que le facteur de correction devrait être de 5 (Maximiser la qualité du renforcement de Nutrition Plus 2020). Si c'est le cas, le nombre de cas est sous-estimé, ce qui ne fera qu'aggraver la pénurie d'approvisionnements. En outre, plusieurs informateurs ont mentionné que les décisions globales en matière d'approvisionnement sont prises au niveau central sur la base des taux de consommation aux niveaux inférieurs. Compte tenu de la forte prévalence des ruptures de stock, il est difficile d'utiliser la consommation pour mesurer les besoins futurs, car la consommation serait probablement beaucoup plus élevée si le système était en mesure de maintenir les niveaux inférieurs bien approvisionnés en ATPE. Dans ce contexte, l'utilisation des données de consommation réelle pour prévoir les besoins futurs peut perpétuer à la fois les ruptures de stock et la sous-déclaration des besoins qui en découle. L'implication des représentants du gouvernement dans les processus de ciblage et de planification des ATPE pourrait être un moyen d'améliorer ces chiffres et de faire un pas vers une plus grande appropriation de la chaîne d'approvisionnement en ATPE par le gouvernement.
- Renforcer la coordination des bailleurs de fonds en ce qui concerne le financement et la fourniture d'ATPE.** L'UNICEF ne reçoit pas un financement suffisant pour répondre pleinement aux

besoins en ATPE en RDC. Toutefois, d'autres bailleurs de fonds, dont le BHA et la Banque mondiale sont deux exemples cités, qui financent l'achat d'ATPE par d'autres moyens. Les ONG achètent également des ATPE avec leur propre financement. Bien qu'un certain niveau de duplication dans la chaîne d'approvisionnement puisse être utile pour pallier les défaillances dans différentes parties du système, il peut également entraîner des lacunes involontaires dans la couverture et un manque de flexibilité dans l'utilisation des stocks au niveau national. Une meilleure coordination et, idéalement, un certain niveau de collaboration entre les bailleurs de fonds, les partenaires de mise en œuvre et le gouvernement, sont nécessaires pour garantir que le système de fourniture d'ATPE est mis en place de manière transparente, réactive et équitable.

- Poursuivre les efforts visant à réduire les obstacles à l'importation des ATPE.** Enfin, comme il n'est pas possible, ni nécessairement souhaitable, que l'UNICEF soit le seul importateur d'ATPE pour la RDC, il convient d'uniformiser les règles du jeu pour les autres acteurs qui importent des ATPE dans le pays. Bien qu'il faille mettre en place un système garantissant que seuls des produits sûrs et de qualité sont autorisés à être distribués aux enfants, ce système doit être rationalisé afin de réduire les retards dans ce processus. Le plaidoyer du groupe sectoriel sur la nutrition devrait être renforcé par le soutien des bailleurs de fonds pour demander au gouvernement de réviser ses systèmes ou d'accélérer les exemptions pour les partenaires qui importent ce produit qui sauve des vies.

CONCLUSIONS

Les pénuries et les ruptures de stock d'ATPE ne sont en aucun cas un problème exclusif à la RDC, et de nombreux travaux ont été réalisés au niveau mondial pour comprendre comment relever au mieux ce défi. Cette étude a permis d'identifier des problèmes communs à toutes les filières, tels que, des infrastructures routières et d'entreposage en mauvaise état, qui empêchent la livraison rapide, fiable et adéquate des ATPE aux établissements de santé. Cependant, étant donné que ces défis signifient que la fréquence des livraisons, les modes de transport et les quantités livrées ne sont pas uniformes, le coût du transport des ATPE n'a pas pu être comparé entre les filières. Toutes les filières ont connu des problèmes de performance, plus de deux tiers des établissements ayant enregistré une rupture de stock au cours des six derniers mois et la quasi-totalité des établissements ayant moins d'un mois d'approvisionnement au moment de notre visite. Compte tenu de la diversité des contextes, même dans une province donnée, il est difficile de dire avec certitude si les structures des filières ou les contextes dans lesquels les filières sont exploitées ont eu un impact plus important sur les performances globales. Une enquête continue sur les problèmes identifiés est nécessaire pour éclairer la mise en œuvre des recommandations visant à renforcer la livraison des ATPE en RDC. Nous espérons qu'en détaillant certains exemples de terrain en RDC, ce rapport pourra contribuer à la fois à la réflexion globale et à l'action dans les pays sur les solutions pratiques et les meilleures pratiques.

RÉFÉRENCES

- Chaîne d'approvisionnement mondiale en matière de santé - Global Health Supply Chain – Technical Assistance, Francophone Task Order Annual Report, Période de référence : 1er octobre 2018-30 septembre 2019. Washington, DC : USAID.
- GNC/UNICEF (Groupe sectoriel sur la nutrition mondial). 2023. « République démocratique du Congo. » Consulté le 28 janvier 2023. <https://www.nutritioncluster.net/country/democratic-republic-congo>.
- Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC). 2022. *République démocratique du Congo : Analyse de l'insécurité alimentaire aiguë et de la malnutrition aiguë de l'IPC Juillet 2022-Juin 2023*. https://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/docs/IPC_DRC_Acute_FoodInsec_Malnutrition_July2022Jun2023_Report_French.pdf
- John Snow, Inc. 2020. *The Supply Chain Manager's Handbook: A Practical Guide to the Management of Health Commodities*. Arlington, VA : John Snow, Inc.
- Mates, E., et K. Sadler. 2020. *Ready-to-use Therapeutic Food (RUTF) Scoping Study* Kidlington, Oxfordshire, Royaume-Uni : Emergency Nutrition Network.
- Mathys, Ellen et Sandra Remancus. 2010. *USAID Office of Food for Peace Food Security Country Framework for the Democratic Republic of Congo FY 2011–FY 2015*. Washington, D.C. : Projet d'assistance technique en matière d'alimentation et de nutrition II (FANTA-2), AED.
- Ministère de la Santé. 2020. *Liste nationale des médicaments essentiels*. Kinshasa : Ministère de la Santé.
- Ministère de la Santé Publique. 2020. *Manuel descriptif du système d'Information en gestion logistique des produits de santé en RDC*. Kinshasa : Ministère de la Santé publique.
- Management Sciences for Health (MSH). 2014. *DRC LMIS Assessment (Draft)* Soumis à l'USAID par les programmes SIAPS, SCMS, IHP, et USAID | PROJET DELIVER. Arlington, VA : MSH.
- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSHPH). 2021a. *Enquête nutritionnelle anthropométrique et de mortalité selon la méthodologie SMART : Zones de santé rurales de Tshilenge et Kasansa Province du Kasai Oriental République démocratique du Congo*. Kinshasa : MSHPH.
- MSHPH. 2021b. *Enquête nutritionnelle SMART Zone de Santé de Kibua Province du Nord Kivu*. Kinshasa : MSHPH.
- MSHPH. 2022. *Surveillance nutritionnelle et suivi des alertes précoces : Période analysée : Juillet à Septembre 2022*. Kinshasa : MSHPH.
- Maximiser la qualité du programme de renforcement de la nutrition Plus « Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition Plus (MQSUN+) ». 2020. *Final Report for Real Time Learning Review on Nutrition Response in the Democratic Republic of the Congo* Washington, DC : PATH.
- Résultats pour le développement (R4D). 2021. *Increasing Access to Ready-to-Use-Therapeutic-Foods for the Treatment of Severe Wasting Policy*. Washington, DC : R4D. <https://r4d.org/wp-content/uploads/Increasing-Access-to-RUTF-Policy-Brief.pdf>
- Sorensen, Thomas, Patrick Codjia, Patricia Hoorelbeke, Ed Vreeke et Ingeborg Jille-Traas. 2016. « Integrating Nutrition Products into Health System Supply Chains: Making the Case ». *Field Exchange* 51 :142. www.enonline.net/fex/51/integratingnutritionproducts
- Troubé, Christian. 2012. « Nutriset, A Company at the Heart of the Nutritional Revolution » *Rapports scientifiques sur les Actions sur le terrain* [En ligne], Numéro spéciale 5.<http://journals.openedition.org/factsreports/1408>

Organisation des Nations Unies (ONU). 2021. *DRC Global Action Plan on Child Wasting Country Roadmap*. New York : ONU. <https://www.childwasting.org/the-gap-framework>

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). 2019. *Evaluation of Innovation in UNICEF Work Case Study: Ready-to-Use Therapeutic Foods Scale-Up*. New York : UNICEF.

UNICEF. 2022. *Severe Wasting: An Overlooked Child Survival Emergency*. Alerte à l'enfant de l'UNICEF. New York : UNICEF. <https://www.unicef.org/media/120346/file/Wasting%20child%20alert.pdf>

USAID en action pour la nutrition. 2022. *Renforcer le continuum de soins pour la prise en charge de l'émaciation par la coordination et la collaboration : Résultats de l'apprentissage facilité en République démocratique du Congo*. Arlington, VA : USAID en action pour la nutrition.

USAID | PROJET DELIVER, Ordre de mission I. 2008. *Logistics Indicators Assessment Tool (LIAT)*. Arlington, Va. : USAID | PROJET DELIVER, Ordre de mission I. [Pnadm798.pdf\(usaid.gov\)](#)

USAID | PROJET DELIVER, Ordre de mission I. 2011. *The Logistics Handbook: A Practical Guide for the Supply Chain Management of Health Commodities*. Arlington, Va. : USAID | PROJET DELIVER, Ordre de mission I.

OMS et UNICEF. 2017. *Report of the Fourth Meeting of the WHO-UNICEF Technical Expert Advisory Group on Nutrition Monitoring (TEAM)*. Genève : OMS et New York : UNICEF.

ANNEXE I. SITES VISITÉS

Province	Zone de santé		Aire de santé	Type de point de prestation de services et distance
Kasaï Oriental	Cilundu	Cadre : Rural Groupe sectoriel sur la nutrition Priorisation : Moyenne Modalité : Approvisionnement des ONG Partenaire : Save the Children	Bashingala	UNTA km du BCZ : 18
			Luanga	UNTA km du BCZ : 13
			Cijjiba	UNTA km du BCZ : 42
			Cilundu	UNTI km du BCZ : 2
			Bakua Nsumba	UNTA km du BCZ : 50
	Dibindi	Cadre : Urbain Priorité au groupe sectoriel sur la nutrition : Faible Modalité : ACP Partenaire : CDS	Centre Hospitalier Presbytérien de Mbuji-Mayi	UNTI/UNTA km du BCZ : 0
			Merveille	UNTA km du BCZ : 9
			Centre de Santé Presbytérien au Congo de Kasavubu	UNTA km du BCZ : 7
			Bupole	UNTA km du BCZ : 7
			Référence	UNTA km du BCZ : 3
	Kasansa	Cadre : Groupe sectoriel sur la nutrition rural Priorisation : Moyenne Modalité : Approvisionnement des ONG Partenaire : Save the Children	Kasansa	UNTI/UNTA km du BCZ : 23
			Lac lombaa	UNTA km du BCZ : 10
			Groupe sectoriel sur la nutrition	UNTA km du BCZ : 17
			Priorisation : Moyenne	UNTA km du BCZ : 2
			Lukalaba Est	UNTA km du BCZ : 3

Province	Zone de santé		Aire de santé	Type de point de prestation de services et distance	
Nord Kivu	Kibua	Cadre : Rural	Matchumbi	UNTI km du BCZ : 46	
		Groupe sectoriel sur la nutrition	Lubonga	UNTA km du BCZ : 12	
			Kishanga	UNTA km du BCZ : 17	
		Priorisation : Moyenne	Karambi	UNTA km du BCZ : 25	
	Modalité : Approvisionnement des ONG				
	Partenaire : PUI				
	Goma	Cadre : Urbain	Groupe sectoriel sur la nutrition	Centre Chrétien du Lac Kivu	UNTA km du BCZ : 5
				CARMEL	UNTA km du BCZ : 3
				Hôpital Heal Africa	UNTI/UNTA km du BCZ : 2
	Walikale	Cadre : Rural	Priorisation du groupe sectoriel de la nutrition : Élevée	Bilobilo	UNTI km du BCZ : 30
				Sacré Cœur	UNTA km du BCZ : 1
				8ème Communauté des Églises de pentecôte en Afrique Centrale	UNTA km du BCZ : 1
Ndjingala				UNTA km du BCZ : 45	
Biruwe				UNTA km du BCZ : 73	
	Modalité : PRODOC	Partenaire : PRONANUT			



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

USAID EN ACTION POUR LA NUTRITION

Mis en œuvre par :
JSI Research & Training Institute, Inc.
2733 Crystal Drive
4e étage
Arlington, VA 22202

Téléphone : 703-528-7474
Courriel : info@advancingnutrition.org
Site Web : advancingnutrition.org

Juin 2023

L'USAID en action pour la nutrition est le projet phare multisectoriel de nutrition de l'Agence, qui s'attaque aux causes profondes de la malnutrition pour sauver des vies et améliorer la santé et le développement à long terme.

Ce rapport a été rendu possible grâce au soutien généreux du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international. Le contenu relève de la responsabilité de JSI Research & Training Institute, Inc., et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.