

Synthèse et conclusions du colloque

Du 3 au 5 mars 2014, à l'occasion du Colloque d'examen des données probantes¹ de la prise en charge des cas de maladies de l'enfant dans la communauté (PEC-C), 400 personnes originaires de 35 pays d'Afrique subsaharienne et représentant 59 organismes internationaux partenaires se sont retrouvées à Accra, au Ghana. Les objectifs de ce colloque étaient doubles. Il visait en effet tout d'abord à passer en revue les dernières nouveautés dans la mise en œuvre de PEC-C en rassemblant chercheurs, donateurs, gouvernements, acteurs et partenaires, de façon à étudier le paysage actuel et l'état de leurs données probantes dans les zones principales de programmes de PEC-C, afin de faire ressortir les priorités, les conclusions et les manquements pour améliorer la santé infantile, maternelle et des nouveaux-nés. Par ailleurs, le colloque avait pour objectif d'aider les pays d'Afrique dans l'intégration et la prise de mesures en termes de résultats de pointe essentiels tels qu'ils ont été présentés pendant le Colloque d'examen des données probantes autour de huit domaines thématiques:

1. *Coordination, élaboration et déploiement de politiques*: la situation actuelle en matière de politiques de PEC-C en Afrique et les difficultés d'élaboration et de déploiement de politiques.
2. *Ressources humaines et répartition* : la sélection des agents de santé communautaire (ASC) ainsi que la couverture géographique, la motivation et le maintien en poste de ceux-ci.
3. *Supervision et garantie de la qualité de la performance*: les stratégies de garantie de soins de qualité, y compris les stratégies de bonne formation, l'utilisation de modèles de supervision alternatifs et le rôle de la m-santé dans le soutien aux ASC et leur motivation à fournir des soins de qualité.
4. *Gestion de la chaîne d'approvisionnement*: les systèmes garantissant la continuité de l'approvisionnement et les meilleures méthodes d'estimation des besoins.
5. *Coûts, rentabilité et financement*: l'identification des moteurs de coûts, l'amélioration de la rentabilité et l'importance de la minimisation des coûts liés au patient.
6. *Suivi et évaluation et systèmes d'information de gestion de la santé*: les innovations en termes de suivi, l'intégration aux systèmes d'information de gestion de la santé, l'utilisation des résultats pour la prise de décision et les améliorations de programme, la conception de l'évaluation et les méthodes d'évaluation.
7. *Génération de la demande et mobilisation sociale*: le lien entre PEC-C et sollicitation de soins, l'utilisation et l'observation des traitements, les stratégies efficaces de génération de la demande.
8. *Évaluations de l'impact et du résultat*: analyse de 18 études de programmes de PEC-C comprenant des données de couverture et de mortalité.

Conclusions

Les données probantes présentées permettent d'aboutir à plusieurs conclusions évidentes et peuvent, le cas échéant, servir de recommandations dans le cadre d'une future mise en œuvre de PEC-C:

- La gestion par le gouvernement est fondamentale.
- La PEC-C doit être intégrée aux systèmes de santé nationaux et considérée comme un moyen prioritaire de prestation de soins. Elle doit être partie intégrante – avec un coût défini et une ligne budgétaire claire – de la stratégie nationale de santé.
- Il est nécessaire que soient intégrés tous les programmes liés à la santé au niveau de la communauté (eau et assainissement, nutrition, etc.).
- Les mécanismes de coordination doivent être élargis à d'autres secteurs au-delà de celui de la santé (la finance, par exemple).
- Le soutien du modèle de PEC-C est fondamental à sa généralisation.
- Il n'existe pas de modèle unique de gestion des ressources humaines pour les interventions à l'échelle de la communauté. Certains pays ont des ASC salariés tandis que d'autres fonctionnent avec des ASC bénévoles, voire disposent d'ASC relativement qualifiés travaillant de concert avec des bénévoles.
- L'existence d'honoraires fait baisser le niveau d'utilisation.
- Une supervision élevée va de pair avec une augmentation de la qualité, de l'utilisation et de la motivation.

¹ La PEC-C est une stratégie d'élargissement de la prise en charge des cas de maladies de l'enfant au-delà des établissements sanitaires, de façon à favoriser l'accès d'un nombre accru d'enfants à des traitements visant à sauver des vies. Selon les contextes, le champ d'intervention de la PEC-C peut différer. Cependant, il comprend en général la diarrhée, la pneumonie et le paludisme ainsi que, dans certains cas, la santé néonatale et la malnutrition. Dans le cadre de la PEC-C, les agents de santé communautaire (ASC) sont reconnus et formés au diagnostic et au traitement des maladies infantiles fondamentales ainsi qu'à l'identification des enfants nécessitant une référence immédiate. (Source : CCM Central, <http://ccmcentral.com/about/>).

- Moins les ruptures de stocks sont fréquentes, plus l'utilisation est élevée.
- La prestation de traitements conjoints du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée augmente l'utilisation des services pour chacune des maladies.
- L'utilisation de tests de diagnostic rapide (TDR) entraîne une diminution des traitements du paludisme et de la pneumonie, ce qui sous-entend une utilisation plus adaptée des antibiotiques/antipaludiques ainsi qu'une meilleure qualité de traitement.
- Il est nécessaire d'envisager les partenariats public-privé en tant que vecteur de mise en œuvre de la PEC-C. La PEC-C peut par ailleurs être utilisée comme moyen d'amélioration du secteur privé dans des contextes dans lesquels le secteur privé assure une part importante des soins infantiles.
- Les nouvelles technologies, telles que RapidSMS, mHealth, and mTRAC peuvent faciliter le suivi et la gestion.
- Les programmes de PEC-C doivent être correctement documentés, régulièrement analysés et évalués afin d'accompagner la mise en œuvre à grande échelle.

Ce colloque a par ailleurs mis en évidence deux impératifs essentiels :

Augmenter l'utilisation de la PEC-C afin qu'elle soit plus rentable et que son impact soit maximal :

- en déployant les services dans les zones en ayant le plus grand besoin;
- en évaluant les barrières à la demande et en leur faisant front par le biais de l'engagement et de la mobilisation de la communauté;
- en élaborant une supervision et une gestion abordables et efficaces;
- en assurant la qualité des services, la continuité de l'approvisionnement et des niveaux élevés de rapports standardisés.

Utiliser des données de rapport de routine pour évaluer la progression et ne procéder à des évaluations finales de l'impact qu'une fois que le programme est développé à grande échelle (c'est-à-dire lorsque 80 % des prestataires sont formés et équipés) et que son utilisation soit forte depuis au moins 1 an.

- Il faut étudier les données de routine pour savoir si les taux de traitements adaptés sont importants.
- Lorsque les données de routine indiquent des taux de traitement élevés, il est nécessaire de collecter des données concernant la couverture et la qualité, et de présenter la mortalité selon l'outil Lives Saved Tool (LiST).
- Les évaluations finales devraient comprendre les données de sources de routine ainsi que des données de contexte, qualitatives, de couverture, de qualité des soins et de coût.
- Sachant que les traitements de PEC-C ont un effet positif sur la baisse de la mortalité, et étant donné qu'il est méthodologiquement difficile d'attribuer expressément à la PEC-C des résultats et un impact, il peut sembler plus crucial de mener une recherche opérationnelle soutenant les programmes dans l'augmentation des taux de traitement plutôt que de procéder à des « évaluations de l'impact de la PEC-C ». Il est également important d'utiliser des données de programme de routine pour suivre les indicateurs, ainsi que des enquêtes (initiales et de suivi) sur les ménages de façon à mesurer les comportements en termes de sollicitation de soins, de source et de rapidité de traitement pour évaluer la bonne progression de ces résultats.

Voie à suivre

L'année 2015 approchant, c'est maintenant que la mise en œuvre de la PEC-C doit être améliorée. Nous disposons d'interventions efficaces et adaptées, qui répondent aux principales causes de mortalité. Il existe des données probantes de la réussite de la prestation de traitements au niveau de la communauté. Par ailleurs, des innovations favorisant les programmes communautaires sont désormais disponibles, parmi lesquelles les tests de diagnostic rapide (TDR) et les technologies mobiles. Il existe par ailleurs de nouvelles possibilités conséquentes en matière de mobilisation des ressources nationales ainsi que des fonds extérieurs (par exemple le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) ainsi que, dans nombre de pays, d'intégration des partenariats public-privé aux systèmes gouvernementaux.

À la suite des discussions sur les possibilités et les difficultés propres à leurs pays, les participants sont désormais en mesure de s'assurer, avec leurs collègues et partenaires, que les programmes de PEC-C se fondent sur les données probantes les plus récentes et sont adaptés et intégrés aux systèmes de santé et aux contextes qui leurs sont propres.

C'est grâce au soutien généreux du gouvernement canadien et de la Fondation Bill & Melinda Gates, ainsi qu'au soutien d'USAID, que ce colloque a vu le jour. Il a été organisé par l'UNICEF, de concert avec l'U.S. Fund for UNICEF, MCHIP, John Snow, Inc., l'International Rescue Committee, Malaria Consortium, Management Sciences for Health, Population Services International, la MDG Health Alliance, Save the Children, l'Organisation mondiale de la Santé, UNICEF Canada, TDR et le Journal of Global Health. Ces organismes approuvent les conclusions de ce colloque et encouragent tout pays à fonder son programme de PEC-C sur les données probantes présentées.

Vous trouverez plus d'informations concernant le colloque sur www.iccmsymposium.org.