



<b>Document de retour d'expérience</b>	
<b>Domaine thématique</b>	Coordination, élaboration et déploiement de politiques
<b>Description</b>	Ce document de retour d'expérience présente une synthèse de l'élaboration d'une politique efficace de mise en place, de déploiement et de maintien des programmes de PEC-C, ainsi que ses difficultés principales et les liens entre politique de PEC-C et autres politiques de santé.
<b>Organismes contribuant à ce retour d'expérience</b>	L'UNICEF et la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH)
<b>Contexte</b>	
<p>En Afrique subsaharienne, l'élaboration et la mise en œuvre de la PEC-C se sont répandues. La plupart des pays africains ont désormais établi des politiques de PEC-C pour le paludisme et la diarrhée. Un nombre croissant d'entre eux dispose également de politiques de PEC-C pour la pneumonie. Cependant, très peu de pays ont établi des politiques de PEC-C pour les soins néonataux. La mise en œuvre de la PEC-C a impliqué d'importants financements et le soutien de partenaires pour le développement extérieurs.</p>	
<b>Méthode de documentation</b>	
<p>Les principales sources de ce document de retour d'expérience sur l'élaboration d'une politique de PEC-C consistent en une série d'études de cas nationales. Il s'agit d'études de cas rétrospectives et qualitatives sur la politique de PEC-C, exploitant des analyses documentaires, des entretiens semi-directifs et des ateliers de validation nationaux. Les études de cas ont été menées au Burkina-Faso, au Kenya, au Malawi, au Mali, au Mozambique et au Niger par une équipe de chercheurs dirigée par la JHSPH avec le financement de USAID-TRACTION et de l'UNICEF. Ces pays ont été volontairement choisis de façon à refléter les écarts maximaux des états des politiques de PEC-C, des sous-régions d'Afrique et des modèles d'ASC. Une étude approfondie, portant sur les acteurs internationaux dans la politique de PEC-C, a été conduite. Elle comporte également une analyse documentaire ainsi que des entretiens en profondeur. Une synthèse des conclusions principales de ces études de cas est disponible dans :</p> <p>Bennett S, George A, Rodriguez D, Shearer J, Diallo B, Konate M, Dalglish S, Juma PA, Namakhoma I, Banda H, Chilundo B, Mariano A, Cliff J., <i>Policy challenges facing integrated community case management in sub-Saharan Africa</i>. (Manuscrit soumis pour publication)</p> <p>S'appuyant sur des enquêtes sur la PEC-C antérieures, une enquête quantitative transversale sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de PEC-C dans les pays d'Afrique subsaharienne a été entreprise par l'UNICEF en 2013. Cette enquête, dont les conclusions doivent être publiées sous peu dans le <i>Journal of Global Health</i> (<a href="http://www.jogh.org">www.jogh.org</a>), a été utilisée pour la prise en considération de la validité externe des conclusions des études de cas.</p>	
<b>Stratégies réussies</b>	
<p>Les facteurs suivants ont facilité l'élaboration d'une police efficace facilitant la mise en œuvre de la PEC-C.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le <b>financement extérieur</b> fournissant les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'une</li> </ul>	

politique de PEC-C (en en finançant, par exemple, les médicaments et/ou des effectifs d'ASC) a été crucial à la bonne élaboration des politiques, les promesses de financement constituant en elles-mêmes un encouragement à cette élaboration.

- **L'engagement politique en faveur des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**, et la volonté de progresser de façon à les atteindre, a incité les pays à élaborer une politique de mise en œuvre de la PEC-C, admettant que les stratégies existantes tendant vers OMD 4 ne permettaient pas un progrès suffisamment rapide.
- Les **données probantes** ont véritablement permis de convaincre les responsables des pays du besoin de mettre en place une politique de PEC-C. Diverses, ces données probantes ont joué différents rôles. Les données probantes obtenues à l'échelle du pays ont été utilisées pour discerner les difficultés les plus importantes. Les données probantes provenant de recherches ont quant à elles été utilisées dans l'identification des interventions et la définition de ses priorités. Les organisations internationales, telles que les institutions spécialisées de l'ONU et les ONG, ont joué un rôle clé dans la propagation et la mise en valeur des données probantes.
- La **nature et l'histoire du système de santé en place** a eu une incidence sur la rapidité de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de PEC-C. Ainsi, cette élaboration et cette mise en œuvre ont été plus rapides dans les pays disposant d'une structure d'ASC développée et inscrits depuis un certain temps dans une démarche de soins de santé primaires.

### **Stratégies peu réussies**

Les facteurs suivants se sont avérés des obstacles à l'élaboration d'une politique efficace en faveur de la PEC-C.

- **Les défenseurs de la PEC-C haut placés étaient peu nombreux et tous les acteurs essentiels n'ont pas été impliqués.** L'élaboration de la politique a en général été stimulée par des fonctionnaires des ministères de la Santé. Les communautés elles-mêmes n'ont pas été suffisamment impliquées dans l'élaboration des politiques. Il ne faut cependant pas présumer de leur soutien à la PEC-C. Les ministères des Finances ne se sont également pas impliqués, en dépit des difficultés de financement.
- **Les influences internationales sur la politique de PEC-C n'ont pas toujours été cohérentes.** Les différentes institutions ont parfois des opinions contradictoires tandis qu'il est fait abstraction de certains acteurs essentiels. Ceci a également eu lieu à l'échelle nationale.
- Dans certains pays, **d'autres acteurs se sont opposés à ce que les ASC disposent du droit de prescription dans le cadre de la PEC-C**, les groupes de médecins étant les plus actifs en ce sens.
- **L'intégration dans toutes les conditions de PEC-C s'est avérée variable.** Les pays disposant de programmes verticaux correctement financés (pour le paludisme, par exemple) ont parfois rencontré plus de difficultés à l'intégration.
- Les **doutes des responsables de la politique quant à l'applicabilité des données probantes** de la PEC-C d'autres pays, ainsi que des **données probantes de PEC-C au niveau local limitées**, ont parfois retardé la politique.
- **L'élaboration d'une politique de PEC-C néonatale a pris un retard notable** en comparaison avec d'autres activités de PEC-C, le traitement de la septicémie néonatale et la réanimation n'étant toujours assurés que dans les établissements sanitaires dans la plupart des pays africains. Cette évolution plus lente est la conséquence du lien entre soins néonataux et soins maternels (qui implique des groupes de politiques différents dans la plupart des pays) ainsi que des préoccupations quant aux bonnes compétences des ASC en matière de prestation des soins adaptés et adéquats.

### **Retour d'expérience**

**L'élaboration d'une politique de PEC-C fonctionne par étapes** ; elle n'implique que rarement une

politique indépendante. Les documents des politiques de hauts niveaux diffèrent souvent dans leurs références explicites aux ASC ou aux composantes de la PEC-C ; la documentation sur les programmes et les directives de formation sont en général plus cohérentes. L'élaboration pour la PEC-C de cadres de politiques de hauts niveaux n'a pas toujours été réalisée avant l'établissement de directives de mise en œuvre régionales. Les pays ont souvent considéré la politique de PEC-C comme héritée de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Cependant, les partenaires au niveau international n'ont pas toujours bâti la PEC-C comme une prolongation ou un prolongement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Parmi les difficultés auxquelles font face les politiques en faveur de la mise en œuvre de la PEC-C, on trouve fréquemment des **barrières transversales** à toute politique concernant les systèmes de santé d'une façon générale, par exemple une **absence de priorité politique ainsi qu'un financement insuffisant**. De façon individuelle, les pays font par ailleurs face à des difficultés liées à des aspects particuliers de la politique de PEC-C, en particulier concernant les ASC et la chaîne d'approvisionnement. La PEC-C a été conçue comme une stratégie internationale, mais chaque pays a eu à envisager la meilleure façon de la lancer dans le contexte politique, les structures institutionnelles et le système de santé qui lui sont propres.

La viabilité de la politique de PEC-C et sa mise en œuvre reste un problème essentiel, même dans les pays dans lesquels les progrès sont importants. Les ministères de la Santé ont joué un rôle crucial, mais des partenaires extérieurs continuent dans la plupart des pays de constituer la principale source de financement et jouent souvent un rôle important dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques. Les principaux frais de la PEC-C sont les salaires des ASC ainsi que l'achat des médicaments et d'autres fournitures. **Les inquiétudes quant au financement constituent le principal facteur de dissuasion de l'élaboration d'une politique de PEC-C dans de nombreux pays**. Elles menacent également les progrès des pays qui en ont déjà mis une en place. Le débat concernant la politique de PEC-C doit être généralisé à travers un dialogue sur la politique du système de santé et des discussions sur le personnel de santé, plutôt que de voir la PEC-C rester une activité dissociée, financée et soutenue par des partenaires extérieurs.

En progression dans de nombreux pays, l'élan en faveur d'une couverture sanitaire universelle, avec l'accroissement des ressources fiscales allouées par chaque pays aux services de santé, offre une possibilité de faire de la **PEC-C une stratégie principale et économique d'augmentation de la couverture en services de santé, et ce de façon juste**. Ce faisant, l'adaptation de la PEC-C aux différences inhérentes aux structures actuelles des systèmes de santé de chaque pays devront également être examinées.