



Document de retour d'expérience	
Domaine thématique	Évaluation des coûts, rentabilité et financement.
Description	Ce document de retour d'expérience examine les données probantes de la rentabilité des programmes de PEC-C.
Organismes contribuant à ce retour d'expérience	Management Sciences for Health (MSH)
Contexte <p>En dépit de certaines réussites de la PEC-C dans plusieurs environnements à faible revenu, de nombreux pays n'ont pas encore mis en œuvre ni développé la PEC-C, en partie en raison d'un manque de données probantes sur la rentabilité des programmes de PEC-C. Afin que les pays puissent exploiter au maximum les ressources restreintes, il est nécessaire de bien cerner la rentabilité et ses moteurs. L'analyse coût-efficacité est un type d'évaluation économique qui prend en compte les conséquences aussi bien en termes de coûts que de santé des stratégies d'intervention alternative. Il s'agit d'une analyse comparative du coût d'une intervention par rapport à son efficacité, mesurée par des résultats sur la santé naturelle (par exemple le nombre de cas évités ou les années de vie gagnées). Une analyse coût-efficacité peut par exemple comparer le coût du traitement réussi d'un enfant souffrant de pneumonie et soigné dans la communauté avec celui des mêmes soins prodigués en établissement sanitaire.</p> <p>L'hypothèse du coût peu élevé des programmes de PEC-C (en raison du statut souvent bénévole des ASC) ne prend pas forcément en compte l'importance du besoin de structures de supervision et de soutien logistique. Cependant, l'idée que les programmes de PEC-C sont trop coûteux en raison des coûts d'investissement élevés ne prend pas toujours en considération la diminution finale des coûts de traitement en conséquence des économies d'échelle et de celles liées à la prise en charge des services au niveau de la communauté plutôt qu'à celui des établissements sanitaires. Ces problèmes peuvent être éclaircis par le biais d'une analyse coût-efficacité lors de la planification ou de l'évaluation d'un programme de PEC-C. <i>Ceci est un document complémentaire au document de retour d'expérience sur l'évaluation des coûts préparé dans le même domaine thématique.</i></p>	
Méthode de documentation <p>Management Sciences for Health (MSH) a, par le biais du projet TRAction financé par USAID, développé l'outil d'évaluation des coûts et de financement de la PEC-C et l'a appliqué au Malawi, au Rwanda et au Sénégal. Financé par la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF), cet outil a en outre été mis en pratique au Cameroun, en Éthiopie, en Ouganda, en République démocratique du Congo (RDC), au Sierra Leone, au Soudan du Sud et en Zambie. Tout au long du développement de l'outil et pendant sa mise en pratique dans ces dix pays, MSH a collecté et recueilli un certain nombre de retours d'expérience sur la rentabilité des programmes de PEC-C.</p>	
Stratégies réussies <p>Les stratégies suivantes se sont avérées contribuer à une meilleure rentabilité des programmes de PEC-C.</p>	

- Les programmes de PEC-C les plus rentables ont été ceux mettant en œuvre des stratégies conduisant à un **nombre élevé de traitements de PEC-C par bénéficiaire**.
- L'une des stratégies les plus importantes est l'investissement suffisant dans le système de santé de façon à **éviter au maximum les perturbations dans l'approvisionnement en médicaments**. Ceci s'est avéré être particulièrement important dans les pays rendant compte d'une utilisation faible liée à des ruptures de stocks de médicaments de base. *Consultez les retours liés dans le document de retour d'expérience sur la chaîne d'approvisionnement.*
- Les programmes ayant investi dans des **activités de génération de la demande** et s'étant préoccupé des sollicitations de soins ont tendance à avoir des niveaux d'utilisation des services de PEC-C plus élevés, ce qui a ensuite pour conséquence une meilleure rentabilité. Ces programmes disposaient par ailleurs de structures de supervision solides, fréquemment constituées de **superviseurs à temps plein**.

Stratégies peu réussies

Les stratégies suivantes se sont avérées constituer des obstacles à la rentabilité des programmes de PEC-C.

- **Les stratégies n'assurant pas un approvisionnement continu en médicaments** ont abouti à une utilisation faible, ce qui a rendu le programme moins rentable, en particulier dans le cas de coûts de supervision et de gestion élevés. Dans de nombreux pays, les fréquentes ruptures de stocks de médicaments ont conduit à une perte de confiance dans les ASC. Les populations étaient alors moins à même d'utiliser les services de PEC-C même lorsque les médicaments étaient disponibles.
- Les programmes de PEC-C financés aussi bien par les ONG que par les gouvernements impliquaient souvent des coûts de gestion élevés, en raison d'effectifs importants mais qui assuraient parfois les mêmes tâches. Il faudrait réduire ces coûts de gestion élevés de façon à ce qu'ils soient viables dans l'éventualité d'une entière prise en charge du programme par le gouvernement. Cela pourrait cependant avoir des conséquences négatives sur la qualité et l'utilisation des services de PEC-C.
- Dans certains pays, des **taux élevés de perte d'effectifs** parmi les ASC ont conduit à des dépenses supplémentaires considérables pour la recherche, la formation et l'emploi des ASC remplaçants. Les programmes de PEC-C par le biais desquels les ASC n'ont pas été suffisamment encadrés, reconnus et incités ont connu des pertes d'effectifs plus importantes. Au lieu de continuer à exercer au sein de leurs communautés, des ASC ont également été embauchés par des centres de santé.
- **Les politiques de financement ne prenant pas en considération les capacités de paiement des patients** et facturant des honoraires aux utilisateurs ont d'une façon générale fait face à une utilisation moindre des services de PEC-C, en particulier dans les pays dont les établissements sanitaires offrent des services de santé gratuits ou subventionnés. Par ailleurs, les politiques prévoyant le financement par les communautés des coûts de démarrage des programmes de PEC-C (la construction de cases de santé, par exemple) ont souvent échoué.

Retour d'expérience

- **Pour être rentables, les programmes de PEC-C doivent être correctement utilisés.** Les programmes de PEC-C ont un certain niveau de coûts fixes qui comprennent la formation, l'équipement, la supervision, la gestion, l'approvisionnement, le transport et le stockage des fournitures ainsi que la gestion et la communication des archives et, dans certains cas, les salaires. Pour être rentables, ces coûts fixes doivent être répartis sur un volume de services élevé. Ces programmes doivent donc être correctement utilisés, sans quoi l'investissement peut ne pas s'avérer valable.
- **Tout programme de PEC-C implique en général un investissement dans le système de santé.** Un

programme de PEC-C peut être mis en place là où le système de santé primaire est peu développé. Cependant, en l'absence de soutien de ce système de santé, et particulièrement dans la supervision et la gestion de la chaîne d'approvisionnement, il est possible que le programme soit peu utilisé et qu'il ne soit pas rentable. Par conséquent, le système de santé le soutenant doit également être suffisamment financé.

- **Des données probantes supplémentaires sur la rentabilité des programmes de PEC-C s'imposent.** Lorsque l'on consulte la documentation existante, le besoin de données probantes supplémentaires sur la rentabilité des programmes de PEC-C apparaît clairement. Les personnes les mettant en œuvre et les chercheurs devraient se baser sur les conclusions de ce Colloque d'examen des données probantes sur la PEC-C pour évaluer la rentabilité des différents modèles de PEC-C, des programmes de PEC-C en comparaison avec d'autres programmes communautaires, ainsi que des autres niveaux de prestation de services, afin de s'assurer de l'optimisation du rapport qualité/prix.