



■ Revue documentaire

OBSTACLES ET FACTEURS FAVORABLES À LA MISE EN OEUVRE DE LA PCIME

CONTEXTE

Au cours des 25 dernières années, la mortalité infantile a diminué de plus de la moitié, mais, dans le monde, des millions d'enfants meurent encore chaque année avant d'atteindre leur cinquième anniversaire, la plupart du temps à cause de maladies évitables ou traitables.¹ En 1995, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) ont lancé la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), une approche intégrée qui vise à réduire les décès, les maladies et les infirmités, et à promouvoir une meilleure croissance et un meilleur développement chez les enfants de moins de cinq ans. La PCIME comporte trois volets : l'amélioration des compétences des agents de santé en matière de prise en charge des cas, l'amélioration des systèmes de santé dans leur ensemble et l'amélioration des pratiques de santé familiale et communautaire.

La PCIME est une norme de soins pour la prestation de services de santé infantile qui vise à fournir des interventions de manière intégrée. Elle a été appliquée à des degrés divers dans plus de 100 pays et constitue l'une des pierres angulaires de la lutte contre la mortalité infantile évitable. Au niveau des établissements de santé, la PCIME est mise en œuvre sous la forme d'un algorithme de prise en charge des cas qui permet aux prestataires de santé travaillant dans des contextes à faible ressources de diagnostiquer, classer et prendre en charge plus facilement les maladies infantiles. Une série de questions simples guide les agents de santé pour diagnostiquer et trier les symptômes, la gravité et les signes de danger.² Lorsqu'elles sont correctement mises en œuvre, il a été démontré que les directives améliorent la qualité des soins.³ La mise en œuvre de la stratégie de la PCIME peut réduire la mortalité infantile ; plusieurs études ont examiné si les taux de mortalité diminuent avec la mise en œuvre de la PCIME.⁴⁻⁶ Une analyse rétrospective menée en Égypte a montré que la mise en œuvre de la PCIME était associée à un doublement du taux annuel de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (3,3 % contre 6,3 %).⁴ Au Pakistan, un essai contrôlé randomisé (ECR) a été mené qui n'a pas montré d'impact de la mise en œuvre de la PCIME sur la mortalité au cours des premières années de mise en œuvre, mais a démontré un effet au cours des années suivantes.⁵ Un ECR mené en Inde a démontré l'impact de la mise en œuvre de la PCIME sur la réduction de la mortalité infantile et néonatale.⁶

Malgré les grands succès remportés par la PCIME au cours des 25 dernières années et le fait que la plupart des pays considèrent toujours la PCIME comme une stratégie importante et efficace pour fournir des interventions permettant de sauver des vies, très peu de pays ont réussi à étendre complètement la mise en œuvre de la PCIME et la couverture demeure faible.^{7,8} Un examen stratégique du programme de la PCIME réalisé par l'OMS, intitulé « Towards a Grand Convergence for Child Survival and Health: A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI », (Vers une grande convergence pour la survie



et la santé de l'enfant : Un examen stratégique des options pour l'avenir en s'appuyant sur les leçons tirées de la PCIME), a indiqué qu'après 20 ans, la PCIME souffrait d'un manque d'intérêt et d'une baisse de financement, ce qui rend difficile la couverture de la PCIME à grande échelle.⁷ Il n'est pas surprenant que la mise en œuvre de la PCIME ait été la plus difficile dans les pays dotés de systèmes de santé faibles,^{9,10} et qu'elle ait été la plus réussie dans les pays dotés d'un gouvernement fort et de l'engagement politique nécessaire pour permettre une approche systématique de la planification et de la mise en œuvre. Les agents de santé ont souvent du mal à fournir des services de PCIME en raison de la priorité accordée à divers programmes verticaux dans les programmes de santé infantile. Parmi les exemples de programmes verticaux figurent des programmes concurrents tels que l'eau/assainissement/hygiène (WASH), le paludisme, la vaccination et la nutrition, ainsi que des programmes sur la pneumonie et la diarrhée dans certains pays.

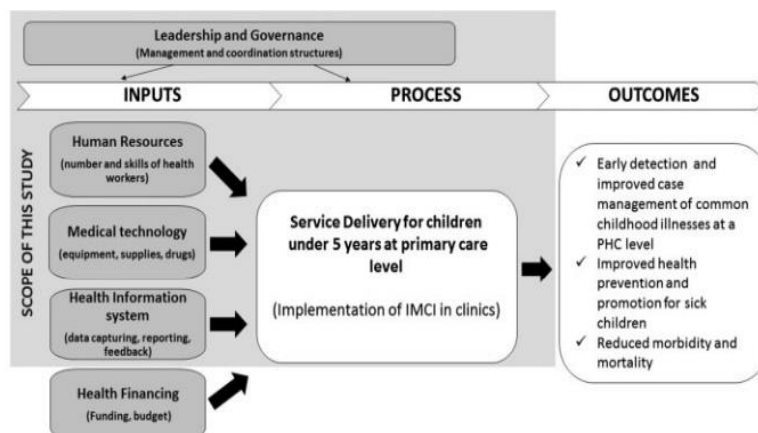
Si la PCIME a été largement acceptée en tant que stratégie, on n'a pas accordé suffisamment d'attention aux défis complexes des systèmes de santé qui entravent la mise en œuvre de la PCIME, notamment des facteurs complexes tels que les ressources humaines, la chaîne d'approvisionnement, les systèmes d'information sanitaire, la gouvernance et le financement. Bien que ces défis soient répandus dans tous les programmes, les programmes de PCIME manquent spécifiquement de gouvernance et de leadership, ce qui rend ces problèmes plus prononcés. Il est important de comprendre les raisons profondes pour lesquelles la PCIME ne fonctionne pas bien - au niveau des systèmes de santé des pays, des districts et des établissements de santé - afin d'exploiter au maximum le grand potentiel de la PCIME pour réduire davantage la mortalité néonatale et infantile et améliorer la qualité de vie des enfants. La grande majorité des études sur les problèmes liés à la mise en œuvre de la PCIME ont porté sur l'adhésion au protocole de la PCIME et sur les difficultés rencontrées au niveau des établissements de santé. Cette revue documentaire est unique en ce sens qu'elle examine la mise en œuvre de la PCIME du point de vue des systèmes de santé et qu'elle étudie les difficultés et les facilitateurs à différents niveaux du système de santé, en mettant l'accent sur la gouvernance et la gestion.

MÉTHODES

L'objectif de cette revue documentaire est d'explorer les obstacles et les facteurs favorables à la mise en œuvre de la PCIME, en examinant spécifiquement les composantes des systèmes de santé et des compétences des agents de santé de la PCIME. En utilisant un certain nombre de bases de données électroniques (PubMed, Science Direct, Bibliothèque Cochrane, Bulletin de l'OMS et Bibliothèque de l'UNICEF) pour rechercher des publications à partir de 2015, les critères de recherche utilisés étaient une combinaison des termes suivants : PCIME ET Obstacles dans la mise en œuvre ou Obstacles dans la mise en œuvre ou Opérationnalisation ou Facteurs favorables ou Facilitateurs, ou Moteurs. Les références des articles identifiés lors de la recherche ont souvent été consultées également, et quelques publications importantes antérieures à 2015 ont été incluses. En outre, les rapports d'examen approfondis de la PCIME suivants ont également été inclus dans l'examen : Rapports d'évaluation de la PCIME (projet ASSIST de l'USAID), Examen stratégique de la PCIME de l'OMS 2016, Rapport d'enquête mondiale sur la PCIME 2017, et Rapport et supplément d'enquête 2018 de la revue médicale britannique BMJ.

Nous avons utilisé un cadre dynamique des systèmes de santé (Figure 1) mis au point par Pandya et al. pour organiser les informations recueillies dans notre revue documentaire des articles et des rapports, car il présente succinctement un cadre détaillant la manière dont les différents éléments constitutifs du système de santé fonctionnent dans le contexte de la mise en œuvre de la PCIME.¹¹ Pandya et al. (2018) ont dérivé ce cadre en s'intéressant plus particulièrement à la mise en œuvre de la PCIME à partir du cadre plus connu des six éléments constitutifs du système de soins de santé de l'OMS.^{11,12} Ils ont utilisé ce cadre pour encadrer les idées qualitatives sur les facteurs du système de santé qui influent sur la mise en œuvre de la PCIME en Afrique du Sud. Nous utiliserons ce cadre exact dans la présente revue pour approfondir l'expérience collective des pays à partir des dernières études sur les facteurs du système de santé qui favorisent ou entravent la mise en œuvre de la PCIME.

FIGURE 1: CADRE DYNAMIQUE DES SYSTÈMES DE SANTÉ POUR LA PCIME. (DÉVELOPPÉ PAR PANDYA ET. AL



Selon l'interprétation de Pandya et al. le cadre décrit la mise en œuvre du paquet d'interventions de la PCIME au niveau de l'établissement de santé comme étant synonyme de « prestation de services » en tant que processus. D'autres éléments constitutifs agissent comme des intrants, qui influencent le processus de prestation de services, à savoir les ressources humaines, la technologie et les fournitures médicales, les systèmes d'information sanitaire et le financement de la santé. Le leadership et la gouvernance constituent un bloc global qui affecte à la fois les intrants et le processus. S'ils sont correctement mis en œuvre, ces éléments permettent d'améliorer la mise en œuvre de la PCIME et la santé des enfants. Cette revue porte sur les intrants et les processus du cadre, à l'exclusion du financement de la santé.

RÉSULTATS

À l'aide du cadre dynamique des systèmes de santé de la PCIME décrit ci-dessus, les résultats sont présentés ci-dessous par éléments constitutifs des systèmes de soins de santé, avec des thèmes communs mis en évidence par l'examen des articles et des rapports. Si les obstacles sont utilisés pour décrire les sections des différents modules, les facteurs favorables à la mise en œuvre de la PCIME sont également abordés dans ces sections.

RESSOURCES HUMAINES

La formation et le maintien d'un nombre suffisant d'agents de santé compétents en matière de PCIME sont essentiels au succès de la mise en œuvre de la PCIME. Les responsables de la mise en œuvre des programmes à l'échelle mondiale ont beaucoup mis l'accent sur la formation à la PCIME, mais l'histoire a montré qu'il faut se préparer bien davantage à la planification des ressources humaines après la formation pour s'assurer que des ressources humaines suffisamment qualifiées sont disponibles en permanence. Au cours de cette revue, plusieurs thèmes sont apparus concernant les obstacles et les facteurs favorables aux ressources humaines dans le cadre de la mise en œuvre de la PCIME.

PÉNURIE DE PERSONNEL DE SANTÉ FORMÉ ET COMPÉTENT

Dans le cadre d'une enquête mondiale sur la mise en œuvre de la PCIME, 95 pays participants ont été interrogés sur les principaux obstacles à la mise en œuvre de la PCIME. La principale réponse des personnes interrogées occupant des postes au niveau régional/district était la rotation du personnel, avec 84 % des personnes interrogées qui ont donné cette réponse. La réponse la plus fréquente des personnes interrogées au niveau de l'établissement de santé était la rétention du personnel, avec 80 % des personnes interrogées

qui ont donné cette réponse.¹⁰ En outre, notre examen de la littérature a révélé que le manque de personnel est l'un des problèmes les plus courants qui entravent les progrès de la PCIME, en particulier le manque d'agents de santé formés pour garantir qu'au moins un agent de santé formé à la PCIME soit disponible dans chaque établissement de santé.¹³⁻¹⁷ Il est évident que l'un des problèmes les plus urgents de la mise en œuvre de la PCIME est de maintenir le nombre recommandé de personnel formé.

En plus de la pénurie de personnel formé à la PCIME, les problèmes d'adhésion à la PCIME et de compétences des agents de santé qualifiés ralentissent également les progrès. Une étude menée en Tanzanie sur le respect des directives relatives à la PCIME par les agents de santé qualifiés a révélé un faible niveau d'adhésion, puisque seulement 28,4 % des tâches pertinentes de la PCIME ont été effectivement accomplies pendant l'évaluation.¹³ Les résultats d'une étude qualitative complémentaire ont montré que les principales raisons de la faible adhésion étaient le manque de capacité et le manque de motivation pour suivre les directives.¹³ Une autre étude portant sur l'adhésion dans quatre pays (Namibie, Kenya, Tanzanie et Ouganda) a également révélé de faibles taux d'adhésion à l'utilisation correcte des directives d'évaluation de la PCIME,¹⁸ bien que les raisons en soient inconnues car l'étude ne comportait aucun élément qualitatif.

Une analyse récente du projet Soutenir les résultats en matière de santé par le secteur privé (SHOPS Plus) a regroupé les données relatives à l'adhésion à la PCIME obtenues à partir des évaluations de la prestation de services de sept pays.¹⁹ L'analyse a révélé, par le biais de l'observation, que les agents de santé n'adhéraient que très peu aux directives de la PCIME dans presque tous les domaines qu'ils étaient censés évaluer. Les principales lacunes en matière d'adhésion (< 10 %) concernaient la vérification des signes de danger, la vérification des œdèmes et la vérification des infections par le VIH. En outre, seulement 10 à 20 % d'adhésion ont été notés pour la vérification de la déshydratation et le traitement correct de la diarrhée, la vérification des signes vitaux, la pesée des enfants et la vérification de la pâleur. Il est clair qu'il est nécessaire d'étudier plus avant les raisons pour lesquelles les taux d'adhésion des agents de santé aux directives de la PCIME sont si faibles.

Malgré l'hypothèse relativement courante selon laquelle l'inclusion d'une formation à la PCIME dans la formation de base des infirmières et d'autres cadres permettra d'accroître l'exposition aux pratiques de la PCIME et la compétence dans ce domaine, il existe en réalité très peu de preuves pour soutenir cette idée.^{15,16} Une étude réalisée au Bangladesh a comparé deux cadres de prestataires de services publics de premier niveau ayant reçu différents niveaux de formation de base, dont aucun ne comprenait la PCIME.²⁰ Après avoir appliqué aux deux groupes l'intervention consistant en une formation à la PCIME et une supervision continue, la qualité des soins fournis par le cadre de service inférieur ayant reçu moins de formation de base (18 mois) était la même que celle des soins fournis par le cadre ayant reçu plus de formation de base (quatre ans). Ces résultats montrent qu'une formation et une supervision de bonne qualité en matière de PCIME peuvent conduire à des soins de haute qualité entre des cadres de prestataires ayant des niveaux de formation de base très différents, ce qui suggère que le transfert des tâches et la PCIME de haute qualité peuvent être assurés par des prestataires de services à des niveaux de soins inférieurs.

FAIBLE QUALITÉ DE LA FORMATION ET MANQUE DE FORMATIONS DE RECYCLAGE POUR PROMOUVOIR LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

L'analyse de la littérature a révélé que plusieurs études ont souligné que la qualité de la formation à la PCIME était un problème,¹⁷ tandis que d'autres études ont cité le manque de temps pour la pratique des compétences pendant la formation.⁷ On pense que les facteurs qui contribuent le plus à la faible de la formation sont le faible nombre de facilitateurs de formation à la PCIME qualifiés et le faible nombre de superviseurs de la PCIME formés.

La formation de recyclage de la PCIME est une solution prometteuse pour promouvoir le maintien des compétences.^{10,13,21} Dans une enquête récente sur les prestataires de soins de santé formés à la PCIME au Malawi, on a constaté une association positive statistiquement significative entre le niveau de connaissance

de la PCIME et le fait d'avoir reçu une formation de recyclage, ce qui indique qu'un niveau plus élevé de connaissance de la PCIME est corrélé au fait d'avoir reçu une formation de recyclage récente.²² Ce résultat est d'autant plus intéressant que la formation seule, sans formation de recyclage, ne présente pas d'association statistiquement significative avec les connaissances en matière de PCIME.²² Malheureusement, d'après notre revue documentaire, les formations de recyclage sont rarement effectuées et il est donc essentiel de les planifier pour réussir la mise en œuvre de la PCIME.^{10,13,16,17}

Cependant, la formation seule ne garantit pas l'adhésion à la PCIME. Pour rester compétents, les agents de santé formés à la PCIME doivent régulièrement mettre en pratique leurs compétences. Un thème commun de cette revue documentaire est le fait que les agents formés ont déclaré qu'ils n'avaient pas été affectés à un poste de service pour la PCIME après avoir été formés et qu'ils n'avaient donc jamais eu l'occasion de mettre en pratique ce qu'ils avaient appris ou qu'au moment où ils ont été affectés à un poste de service pour la PCIME, ils avaient oublié un grand nombre de compétences.¹¹

MANQUE DE SUPERVISION ET DE SOUTIEN POUR LES AGENTS FORMÉS

Dans notre revue, l'absence minimale ou totale de supervision après la formation figure parmi les points faibles de la mise en œuvre de la PCIME cités par la plupart des études et des rapports.^{11,15,23,24} Une enquête mondiale sur la mise en œuvre de la PCIME menée en 2018 a révélé que sur l'ensemble des pays interrogés, seuls 15 % (10/66 pays) ont déclaré que plus de 75 % des établissements de santé de premier niveau avaient reçu au moins une visite de supervision au cours des six derniers mois.¹⁰ Ces résultats sont comparables à ceux d'autres études qui ont révélé des taux très faibles de supervision des prestataires de santé après la formation à la PCIME.^{8,13}

En raison du manque de supervision et de soutien, les agents de santé déclarent perdre leur motivation.²³ Les agents de santé reçoivent souvent peu ou pas de reconnaissance de la part de leurs superviseurs dans les pratiques quotidiennes, et peu de feedback sur les rapports qu'ils soumettent régulièrement à l'administration du district.¹⁴ Sans motivation pour soumettre de bons rapports de données, ceux-ci commencent souvent à être affectés, ce qui se traduit par des données moins solides et rend donc difficile la prise de décision et l'utilisation des données.

Une étude menée aux Philippines a demandé aux superviseurs censés assurer la supervision de la PCIME pourquoi ils ne le faisaient pas.¹⁴ Ils ont invoqué le manque de temps, le manque de formation sur la façon de mener la supervision et le manque d'outils pour la supervision spécifique de la PCIME. Une étude menée en Tanzanie a indiqué qu'en l'absence d'allocation budgétaire pour la supervision de la PCIME, le suivi de la PCIME était combiné au suivi souvent incohérent d'autres programmes.¹⁷

TECHNOLOGIES/APPROVISIONNEMENTS MÉDICAUX

Le fait de ne pas disposer des médicaments et du matériel nécessaires à la PCIME a une incidence sur la capacité des agents de santé à effectuer des évaluations adéquates de la PCIME et à soigner de manière appropriée. Notre examen de la littérature a montré que les ruptures de stock temporaires et l'insuffisance des fournitures pour la PCIME sont assez courantes. Les avis sont toutefois partagés quant à savoir si les ruptures de stock temporaires sont considérées comme l'un des principaux obstacles à la mise en œuvre réussie de la PCIME.^{11,22}

RUPTURES DE STOCK DE MÉDICAMENTS ET DE FOURNITURES DE LA PCIME SONT COURANTES

Les ruptures de stock temporaires et l'insuffisance des fournitures de la PCIME sont fréquemment signalées. Les ruptures de stock sont fréquentes même pour certains des médicaments les plus essentiels de la PCIME, tels que les médicaments contre la pneumonie, le paludisme et la diarrhée.²² Notre revue a montré que les ruptures de stock sont également fréquentes pour les minuteurs de fréquence respiratoire, le matériel de

surveillance de la croissance, les médicaments de déparasitage et la vitamine A.¹¹ Dans des études menées aux Philippines et en Afrique du Sud, les personnes interrogées ont décrit des situations où les systèmes d'approvisionnement prennent tellement de temps et exigent tellement de documentation que lorsque les médicaments ne sont pas disponibles, c'est aux aidants qu'il incombe d'aller acheter le médicament ailleurs.^{14,16} Elles ont décrit comment les aidants manquent souvent des fonds nécessaires pour acheter les médicaments, et les enfants ne sont donc pas traités ou ne peuvent pas suivre un traitement complet comme recommandé.

MANQUE DE COMPÉTENCES ET DE LEADERSHIP POUR LA PREVISION ET L'APPROVISIONNEMENT DES FOURNITURES DE PCIME

La planification sanitaire des districts pour la PCIME se concentre souvent sur la formation de base, sans tenir compte de la logistique nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie de la PCIME, comme la logistique des prévisions et de l'approvisionnement.^{10,17} Les plans globaux de formation à la PCIME doivent prévoir des moyens d'accroître la capacité des responsables à tous les niveaux à prévoir et à acheter des fournitures pour la PCIME. Ces systèmes d'approvisionnement doivent être intégrés dans les systèmes nationaux pour garantir la pérennité.

SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE

La grande majorité des articles et rapports portant sur les systèmes d'information sanitaire inclus dans cette revue ont souligné la difficulté généralisée à recueillir des données de qualité sur la PCIME. En l'absence de données de qualité, il est extrêmement difficile de suivre les progrès et les besoins en matière de mise en œuvre de la PCIME. Au cours de cette revue, nous avons constaté que les obstacles suivants aux systèmes d'information sanitaire reviennent fréquemment.

NON DISPONIBILITÉ DE FORMULAIRES D'ENREGISTREMENT DE DONNÉES STANDARDISÉES DE PCIME

De nombreux pays qui mettent en œuvre la PCIME n'utilisent pas de formulaires d'enregistrement et de registres spécifiques standardisés de la PCIME.¹⁴ Sans données cohérentes et de qualité, il est donc difficile de suivre les progrès et les lacunes de la PCIME. Pour recueillir de meilleures données sur les consultations d'enfants malades, les pays doivent utiliser un registre des enfants malades et un formulaire d'enregistrement comprenant tous les points de données de la PCIME. Dans une étude sud-africaine, l'obligation de remplir les formulaires de la PCIME lors de chaque consultation d'enfant malade a favorisé le respect du processus clinique de la PCIME, car les agents de santé étaient tenus de documenter les classifications et la prise en charge appropriée.¹¹

LES DONNÉES SUR LA QUALITÉ DES SOINS NE SONT PAS ENREGISTRÉES ET/OU UTILISÉES POUR LA PRISE DE DÉCISION

La qualité des soins étant un bon indicateur de la mortalité infantile, chaque programme devrait viser à recueillir et à utiliser non seulement des données sur le processus de la PCIME, mais aussi des données sur la qualité des soins. Les données relatives à la qualité des soins dans le cadre de la PCIME ne se limitent pas au suivi du nombre de cas d'enfants malades, mais portent sur des domaines tels que l'adhésion à une prise en charge de cas appropriée, la saturation des prestataires de soins de santé formés à la PCIME par établissement de santé, le nombre total de supervisions réalisées à l'aide d'une liste de vérification de supervision, etc. La qualité des soins peut être évaluée par des audits réguliers des données et l'observation de la prise en charge des cas de PCIME par les superviseurs. Au minimum, l'OMS recommande qu'une enquête sur les établissements de santé fournissant des informations détaillées sur la qualité des soins et l'adhésion des agents de santé à la PCIME soit collectée tous les cinq ans au niveau national et tous les deux ans au niveau provincial.³

Une étude réalisée en Afrique du Sud a montré que l'incapacité à collecter et à synthétiser de manière significative les données relatives à la PCIME, notamment en ce qui concerne la qualité de la prestation, a contribué à une compréhension limitée des succès ou des échecs de la stratégie.¹¹ L'amélioration de la qualité des données et de leur utilisation doit être une composante essentielle de toute activité d'amélioration des soins de la PCIME.

LES DONNÉES DE PCIME COLLECTÉES AU NIVEAU DE LA PRESTATION DE SERVICES ET AU NIVEAU INFRANATIONAL NE SONT PAS PARTAGÉES ET UTILISÉES

Un thème commun de notre revue documentaire était que les données sur la PCIME recueillies au niveau des établissements de santé et des sous-districts n'étaient pas utilisées au niveau des districts, des provinces et du pays pour la planification stratégique, la prise de décision et l'amélioration de la mise en œuvre.^{10,21} Les réunions périodiques régulières d'examen des données de la PCIME organisées au niveau des centres de santé, des bureaux de santé de district et même des bureaux de santé supérieurs permettront de s'assurer que les données de la PCIME sont utilisées à tous les niveaux du système de santé pour la prise de décision.

LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

Le leadership et la gouvernance sont des facteurs déterminants de la réussite de la mise en œuvre de la PCIME. Les thèmes suivants sont ressortis de notre revue documentaire sur le leadership et la gouvernance.

GOUVERNANCE FRAGMENTÉE DES PROGRAMMES VERTICAUX POUR ENFANTS QUI FONT PARTIE DE LA PCIME

L'attention étant tellement concentrée sur des domaines spécifiques de la santé de l'enfant (par exemple, la vaccination, le paludisme, la nutrition, etc.), la PCIME et la vision globale de la santé de l'enfant peuvent souvent être perdues dans les systèmes qui se concentrent sur la prestation de programmes verticaux.⁷ L'une des principales raisons de l'introduction de la PCIME était une stratégie visant à minimiser les approches verticales de la santé de l'enfant (Programme élargi de vaccination [PEV], VIH, paludisme, etc.). Cependant, les programmes verticaux dominent toujours dans les systèmes de santé disposant de peu de ressources et les superviseurs se rendent souvent dans les établissements de santé pour superviser les composantes spécifiques des programmes, tout en ignorant les aspects de la PCIME de ces programmes.¹⁰ Il y a un grand besoin d'harmoniser tous les programmes de santé infantile pour que leur mise en œuvre soit plus efficace et effective.

MANQUE D'APPROPRIATION ET DE PLANIFICATION AU NIVEAU DE LA GESTION SANITAIRE DES PROVINCES ET DES DISTRICTS

Le rapport de l'OMS intitulé « Towards a Grand Convergence for Child Survival and Health: A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI », a montré qu'une gestion solide au niveau des districts était un facteur clé du succès de la mise en œuvre de la PCIME et des améliorations significatives de la qualité des soins.⁷ Doherty et al. ont également présenté récemment des données qui montrent que l'existence d'un système de santé de district efficace joue un rôle essentiel dans la mise en place de programmes de PCIME de qualité.²¹ Il convient d'accorder une attention beaucoup plus grande aux détails opérationnels de la PCIME au niveau du district.

Notre revue documentaire a montré que si de nombreux pays ont décentralisé la gestion des services de santé au niveau du district, les autorités de district n'ont pas toujours reçu la formation et l'autorité nécessaires pour hiérarchiser, planifier, mettre en œuvre et contrôler efficacement les services.^{11,16,21} C'est particulièrement vrai pour la PCIME, qui manque le plus souvent des structures de gestion et de gouvernance des programmes verticaux.

MANQUE DE RÔLES, DE RESPONSABILITÉS ET DE COORDINATION DES PARTIES PRENANTES DE LA PCIME

La confusion autour des rôles et des responsabilités de la PCIME est courante, et la coordination de la mise en œuvre de la stratégie de la PCIME fait sérieusement défaut.^{3,7,10,11} Le personnel clé au niveau des districts et des provinces n'est souvent pas conscient des rôles et responsabilités qui lui incombent dans le processus de mise en œuvre.^{11,21} Cependant, cette confusion des rôles et ce manque de coordination semblent se produire à tous les niveaux du système de santé - mondial, national, provincial, de district et d'établissement de santé.

Le rapport de l'OMS intitulé « Towards a Grand Convergence for Child Survival and Health: A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI », précise que la fragmentation du soutien apporté par les partenaires mondiaux a entraîné une perte de la synergie inhérente à la PCIME, et que l'attention insuffisante accordée aux soins de santé primaires a parfois détourné l'attention de la PCIME.⁷ La pression exercée pour atteindre les objectifs mondiaux en matière de santé et de survie de l'enfant est peut-être à l'origine des nombreuses stratégies de santé verticales que l'on observe, avec des programmes introduits de force dans les districts sans l'attention nécessaire à la capacité de gestion, à la planification détaillée et aux ressources adéquates. Cela a probablement conduit les dirigeants des districts à ne pas s'approprier la PCIME comme ils auraient pu le faire.

PRESTATION DE SERVICES

Un certain nombre de thèmes récurrents sont apparus dans cette revue documentaire comme des obstacles à la prestation des services de la PCIME.

PEU DE DIRECTIVES SUR L'OPÉRATIONNALISATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PCIME

Pour que la PCIME soit mieux mise en œuvre, il est généralement admis qu'il faut davantage d'orientations politiques sur la manière de la rendre opérationnelle.^{8,15,22S} Une récente stratégie de la PCIME élaborée en Zambie a cité l'insuffisance des systèmes de santé pour mettre en œuvre la PCIME comme l'une des principales faiblesses.¹⁵ Une étude menée au Pakistan a révélé que les personnes interrogées au niveau des districts étaient très incertaines quant aux tâches qu'elles devaient accomplir dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de la PCIME, et que l'accent avait été mis trop lourdement sur la formation tout en ignorant d'autres aspects de la mise en œuvre de la stratégie de la PCIME.⁸ Il est clair que davantage de directives et de politiques de mise en œuvre contribueraient à renforcer la PCIME.⁸

Les outils manquent pour soutenir l'opérationnalisation de la mise en œuvre de la PCIME au niveau de l'établissement de santé afin d'accroître les compétences et la confiance des prestataires. Plusieurs études ont fait état d'une indisponibilité fréquente des cartes murales et livrets de la PCIME, des cartes de counseling et des outils d'enregistrement et d'établissement de rapports.^{14,17} La disponibilité d'outils pour la PCIME est la catégorie la plus fréquemment citée par les agents de santé interrogés à Mwanza, en Tanzanie, qui pensent que cela pourrait favoriser une mise en œuvre plus efficace de la PCIME.¹⁷ D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre quels sont les outils les plus utiles pour améliorer la compétence et la confiance des prestataires.

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MANQUENT DE TEMPS, DE CONFIANCE ET DE SOUTIEN POUR L'ÉVALUATION DE LA PCIME

Les contraintes de temps et une charge de travail élevée, comme nous l'avons vu dans la section Ressources humaines ci-dessus, jouent également un rôle dans la réduction de l'adhésion aux directives de la PCIME.¹³ De nombreux professionnels de la santé estiment que le protocole de la PCIME prend trop de temps, ce qui

se traduit par de longues files d'attente et des temps d'attente élevés pour les patients.^{13,14} Pour compenser, les prestataires de soins de santé ont dit sauter des activités telles que la classification de l'état nutritionnel, la vaccination, l'évaluation de l'alimentation et le conseil aux aidants. Certains agents de santé préfèrent utiliser leurs propres connaissances pour effectuer le triage, par opposition à l'algorithme de la PCIME, qui prend beaucoup de temps.^{11,13,14}

Notre revue a révélé que les agents de santé se sentent démotivés en raison de l'insuffisance considérable des systèmes de soutien à la réalisation de la PCIME.¹⁰ Les agents de santé ont du mal à suivre le rythme de l'évolution du système de santé, car il existe de nombreux programmes de santé infantile concurrents qui les empêchent de savoir à quoi donner la priorité.²³ Tout au long de cette revue, il a été dit à plusieurs reprises qu'une supervision facilitante, telle que décrite ci-dessus, était essentielle pour aider les prestataires de la PCIME nouvellement formés à hiérarchiser les soins, à apprécier le protocole de triage de la PCIME et à s'y conformer.^{10,11,13}

MANQUE D'ESPACE PHYSIQUE APPROPRIÉ POUR LES CONSULTATIONS DE PCIME

Souvent, les prestataires de services ne disposent pas de l'espace adéquat pour mener des consultations sur la PCIME.^{8,14} Plusieurs études incluses dans l'examen ont cité des agents de santé qui se sont déclarés épuisés et moins motivés en raison d'un espace de travail inadéquat.^{10,23} On pense qu'un espace clinique séparé pour les moins de cinq ans favorise la mise en œuvre de la PCIME, car il offre l'espace nécessaire pour les zones d'observation et de counseling (par exemple, un espace pour l'éducation et l'observation du traitement par la première dose et des coins de réhydratation avec un espace pour le counseling sur l'alimentation).

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Le succès de la PCIME dépendra probablement de la solidité des principaux éléments constitutifs du système de santé, en particulier dans les environnements où les ressources sont limitées. Malheureusement, la faiblesse des systèmes à tous les niveaux, de l'établissement de santé au niveau mondial, a limité la mise en œuvre de la PCIME. Pour surmonter ces obstacles importants, la revue documentaire a permis de dégager les recommandations clés suivantes pour renforcer la mise en œuvre de la PCIME.

RESSOURCES HUMAINES : METTRE L'ACCENT SUR UNE FORMATION DE RECYCLAGE DE QUALITÉ ET UNE SUPERVISION FACILITANTE POST-FORMATION POUR LES AGENTS DE SANTÉ

Si les avantages de la formation des agents de santé à la PCIME ont été documentés, il est évident que l'accès à une formation de base de qualité ne suffit pas à garantir la compétence des agents de santé et leur adhésion à la PCIME. La majorité des agents de santé formés ont besoin d'un soutien et d'une supervision facilitante après la formation pour réussir. Lorsqu'elle est menée de manière cohérente et appropriée, la supervision facilitante est censée réduire le stress lié au travail, favoriser le maintien des compétences et aider à identifier les agents de santé peu performants qui ont besoin d'un soutien et d'une formation supplémentaires.^{10,13} Des ressources doivent être allouées pour s'assurer que des structures de supervision de la PCIME sont en place et qu'il existe des outils et des ressources pour les superviseurs de la PCIME.

Notre revue a montré que les professionnels de la santé n'avaient souvent pas l'impression d'avoir l'occasion de mettre en pratique leurs nouvelles compétences en matière de PCIME.^{13,24} Pour s'assurer que les agents de santé formés restent compétents, les responsables doivent également veiller à ce qu'ils soient répartis sur plusieurs lieux d'affectation afin d'avoir la possibilité de mettre en pratique leurs compétences et d'être encadrés par d'autres prestataires de PCIME formés et plus expérimentés dans le même établissement de santé. En outre, il existe une corrélation entre la formation de remise à niveau et l'amélioration des connaissances en matière de PCIME, et cette formation doit également être dispensée.^{10,22}

TECHNOLOGIES ET FOURNITURES MÉDICALES : RENFORCER LA CAPACITÉ DES RESPONSABLES DE LA SANTÉ À PRÉVOIR ET À SE PROCURER DES FOURNITURES DE PCIME

Il est largement admis que les responsables de la santé manquent souvent de capacités pour mettre en œuvre les programmes de PCIME.^{11,21} Il est de la plus haute importance que les responsables de la santé comprennent mieux les prévisions concernant les médicaments et les fournitures et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Pour réussir la gestion de la chaîne d'approvisionnement de la PCIME, il est essentiel de veiller à ce que les médicaments et le matériel de la PCIME soient intégrés dans les processus nationaux d'achat de médicaments.¹⁰ Cela permettra de limiter au maximum les ruptures de stock et de s'assurer que les médicaments et le matériel nécessaires à la PCIME sont disponibles et prioritaires dans la budgétisation..

En plus des ruptures de stock, la capacité d'éduquer correctement les patients et les aidants sur l'administration des médicaments est souvent compromise par le fait que les médicaments ne sont généralement délivrés que par une pharmacie principale.¹¹ Il est donc difficile pour le prestataire de soins de santé d'éduquer le patient et de veiller à ce qu'il reçoive sa première dose du médicament nécessaire.^{22,24} Les équipes sanitaires des pays et des districts doivent examiner les protocoles de distribution des médicaments pour s'assurer qu'ils ne compromettent pas l'éducation des patients. Des solutions créatives sont nécessaires, comme des pharmaciens conseillant les aidants sur l'administration de la première dose.

SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE : INTÉGRER LES PRINCIPAUX POINTS DE DONNÉES DE PCIME DANS LES SYSTÈMES D'INFORMATION DE ROUTINE SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT ET RENFORCER L'UTILISATION DE CES DONNÉES

L'utilisation de formulaires et de registres standardisés d'enregistrement des enfants malades, avec l'obligation de remplir les informations lors de chaque consultation d'enfant malade, est censée augmenter l'adhésion à la PCIME ainsi que la qualité et la quantité des données de la PCIME pour la prise de décision.^{7,13,16} Il est indispensable que les pays utilisent des formulaires ou des registres d'enregistrement des enfants malades qui incluent tous les points de données de la PCIME. L'utilisation d'un outil standardisé facilitera également les processus d'audit des données, permettant aux responsables et aux superviseurs des établissements de santé d'examiner, de corriger et de suivre les données plus facilement. C'est ce qui s'est passé dans une étude sud-africaine, qui a montré que l'utilisation de formulaires standardisés a conduit à des processus d'audit plus approfondis, ce qui a permis d'améliorer l'adhésion des agents de santé à la PCIME.¹¹

En s'assurant que les données sont disponibles, on pourra mettre en place des processus d'amélioration de la qualité. Une fois que des données de qualité sur la PCIME sont disponibles, des réunions régulières d'examen des données sur la PCIME, organisées au niveau des centres de santé, des bureaux de santé de district et des bureaux de santé supérieurs, permettront de garantir que les données sur la PCIME seront utilisées à tous les niveaux du système de santé pour la prise de décision.

LEADERSHIP ET GOUVERNANCE : RENFORCER LA CAPACITÉ DES RESPONSABLES DE LA SANTÉ DES DISTRICTS ET DES MUNICIPALITÉS À OPÉRATIONALISER LA MISE EN ŒUVRE DE LA PCIME

La mise en œuvre de la PCIME est d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur une structure de programme dotée d'un leadership et d'une gouvernance solides, avec un personnel spécialement affecté à la mise en œuvre du programme de PCIME aux niveaux national, provincial et du district.¹¹ L'une des principales recommandations du rapport d'examen stratégique de la PCIME et d'autres documents inclus dans la présente revue est que les pays désignent un responsable de la PCIME au niveau du district et du système de santé national, qui se consacre exclusivement à la coordination des efforts de la PCIME et à l'intégration de la PCIME dans la planification sanitaire.^{18,21}

Les équipes de gestion de la santé au niveau des districts sont essentielles à la mise en œuvre, et une gestion solide au niveau des districts peut entraîner des améliorations significatives de la qualité des soins.⁷ Une recommandation commune est ressortie de cette étude : la nécessité d'une formation à la gestion de la PCIME pour les chefs de district, ainsi que la planification de facilitateurs de la PCIME disponibles localement et l'extension de la formation clinique à la PCIME aux cadres supérieurs.^{10,11,21,25} Sans une formation et une autorité appropriées, les chefs de district peuvent perdre leur motivation et ne pas se sentir habilités à guider la mise en œuvre. La formation à la gestion des chefs de district doit porter sur la planification, la mise en œuvre, la supervision et le suivi de la PCIME. Idéalement, la formation à la gestion devrait également inclure une formation aux outils de supervision afin de faciliter le suivi et la prise de décision. Si le rôle des équipes de gestion sanitaire de district est essentiel pour la réussite de la PCIME, il convient également de noter qu'une planification efficace de la PCIME ne peut se faire sans une orientation politique, une planification stratégique et des mécanismes de financement appropriés aux niveaux provincial et national.

L'intégration réussie de différents services et programmes de santé infantile reste difficile à atteindre, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre comment les pays intègrent les services et où pourraient se situer les succès de l'intégration. Les structures de gouvernance sont souvent fragmentées, car la gestion et la supervision se font souvent par le biais de programmes verticaux, et il arrive fréquemment que ces superviseurs ne soient pas formés ou bien informés sur la PCIME.¹¹

PRESTATION DE SERVICES : RENFORCER LES DIRECTIVES POUR LES LEADERS ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SUR L'OPÉRATIONNALISATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PCIME

Des directives de mise en œuvre, notamment des politiques et des directives de mise en œuvre clinique, sont nécessaires pour aider les responsables et les établissements de santé à rendre la PCIME opérationnelle sur le terrain. Il doit s'agir de directives fondées sur des données probantes qui décrivent les spécificités de la mise en œuvre (par exemple, des directives sur ce que comprend une formation de remise à niveau optimale, le moment idéal pour la proposer, la personne chargée de la supervision de la PCIME, les outils de supervision à utiliser et la fréquence suggérée des visites de supervision). D'autres études de recherche sur la mise en œuvre sont nécessaires pour aider à développer ces directives.

CONCLUSION

Si les pays cibles ont adopté la PCIME de manière quasi universelle, ils sont rarement en mesure de la mettre en œuvre à grande échelle.⁷ Pour que la PCIME reste pertinente près de trois décennies après sa création, certaines recommandations clés ont été formulées à l'issue de cette revue qui a examiné certains des obstacles et des facteurs favorables à la mise en œuvre de la prestation de services de PCIME et des systèmes de santé qui l'entourent.

Il est essentiel que les donateurs, les parties prenantes et les responsables des ministères alignent et intègrent les stratégies, la supervision et la documentation relatives à la santé de l'enfant afin d'éviter que les agents de santé ne doivent constamment s'adapter et passer d'un programme vertical à un autre. La PCIME nécessite le même engagement en matière de gestion et de supervision que celui qui est souvent lié aux programmes verticaux. Cet engagement peut être suscité en consacrant davantage d'attention et de fonds au renforcement des capacités et à l'orientation de la mise en œuvre pour les responsables de la santé, en particulier au niveau du district. Les points de contrôle des données de la PCIME doivent être inclus dans les systèmes de collecte de données de routine sur la santé des enfants malades afin de s'assurer que les données sont disponibles pour guider la mise en œuvre du programme. Enfin, il est essentiel de consacrer davantage de ressources au soutien post-formation (supervision, recyclage, etc.) des agents de santé nouvellement formés à la PCIME.

Pour que le programme de la PCIME reste pertinent, il faut poursuivre les recherches sur la mise en œuvre afin de comprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas au niveau de la mise en œuvre. Une recherche intégrée sur la mise en œuvre et des laboratoires d'apprentissage au niveau des districts permettraient de mieux comprendre comment bien mettre en œuvre la PCIME et de faire émerger des solutions locales.¹¹ Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour mieux comprendre quels sont les outils qui contribuent le plus à accroître la compétence et la confiance des prestataires de soins et comment mettre en œuvre et utiliser ces outils. L'intégration de la PCIME dans la formation de base est également un sujet qui mérite d'être approfondi, car le renforcement de la formation de base à la PCIME pourrait être une intervention peu coûteuse qui permettrait d'accroître la sensibilisation et la confiance des prestataires de santé dans la PCIME. D'autres recherches sont également nécessaires pour examiner les moyens d'intégrer de manière optimale les programmes de santé infantile et la gouvernance. Enfin, d'autres études sont nécessaires pour déterminer pourquoi l'adhésion des agents de santé aux protocoles de la PCIME est si universellement faible.¹⁹ Les questions de la revue documentaire devraient inclure la manière de soutenir au mieux à la fois les agents de santé et les superviseurs qui peuvent manquer de confiance ou penser qu'ils n'ont pas le temps de mettre en œuvre correctement la PCIME. Malgré les multiples obstacles à la mise en œuvre de la PCIME présentés dans cette revue, la mise en œuvre complète de la PCIME en vaut la peine, car elle permettrait de passer à une programmation plus globale et intégrée de la santé de l'enfant à l'échelle mondiale, ce qui pourrait réduire davantage les décès, les maladies et les infirmités chez l'enfant.

RÉFÉRENCES

1. UNICEF, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Groupe de la Banque mondiale, Nations unies, "Level and trends in child mortality," 2021. <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2021/12/UNICEF-2021-Child-Mortality-Report.pdf>.
2. OMS " Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : Chart Booklet", Genève, Suisse, OMS 2014. https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/imci-chart-booklet.pdf?sfvrsn=f63af425_1&download=true.
3. OMS, " Rapport d'enquête mondiale sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ", OMS, Suisse, 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258963>.
4. Rakha, Mona Ali et al. 2013. "Does implementation of the IMCI strategy have an impact on childhood mortality? A retrospective analysis of routine data from Egypt," *BMJ Open* 3 (1): E001852.
5. Arifeen, Shams E et al. 2009. "Effect of the Integrated Management of Childhood Illness strategy on childhood mortality and nutrition in a rural area in Bangladesh: a cluster randomized trial," *Lancet* 1 (374): 393-403.
6. Bhandari, Nita et al. 2012. "Effect of implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI) programme on neonatal and infant mortality: cluster randomized controlled trial," *BMJ* 344: e1634.
7. Costello, Anthony, Sarah Dalglish on behalf of the Strategic Review Study Team, "Towards a Grand Convergence for Child Survival and Health: A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI," WHO, Geneva, 2017.
8. Pradhan, Nousheen Akber, Narjis Rizvi, Neelofar Sami, Xaher Gul. 2013. "Insight into implementation of facility-based integrated management of childhood illness strategy in a rural district of Sindh, Pakistan," *Global Health Action* 6: 20086.
9. Schellenberg, Joanna Armstrong et al. 2004. "The Effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania.," *Journal of Health Policy* 19: 1-10.
10. Boschi-Pinto, Cynthia. 2018. "Global implementation survey of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): 20 years on," *BMJ Open* 8: e019079.
11. Pandya, Himani et al. 2018. "Health system factors affecting implementation of integrated management of childhood illness (IMCI): Qualitative Insights from a South African province," *Health Policy and Planning* 33: 171-182.
12. Olmen, J et al. 2012. "The Health Systems Dynamic Framework: The introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case-studies," *Health, Culture and Society* 2 (1).
13. Lange, Siri et al. 2014. "Why don't clinicians adhere more consistently to guidelines for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)?," *Journal of Social Science and Medicine* 104: 56-63.
14. Renosa, Mark Donald et al. 2021. ""The staff are not motivated anymore": Health care worker perspectives on the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) program in the Philippines," *BMC* 21 (1): 270.

15. Zambia MOH. "National Integrated Management of Newborn and Child Illnesses Strategic Plan (2019-2021)," Zambia MOH, 2019.
16. Fick, Candice. 2017. "Twenty years of IMCI implementation in South Africa: accelerating impact for the next decade," *South African Health Review* 207-214.
17. Kiplagat, Augustine. 2014. "Factors influencing the implementation of integrated management of childhood illness by healthcare workers at public health centers and dispensaries in Mwanza, Tanzania," *BMC Public Health* 14 (277): doi: 10.1186/1471-2458-14-277.
18. Kruger, Carsten et al. 2017. "Adherence to the integrated management of childhood illness guidelines in Namibia, Kenya, Tanzania, and Uganda: evidence from the national service provision assessment surveys," *BMC Health Services Research* 17(822): 822.
19. SHOPS PLUS, USAID, Abt Associates. 2020. "How well do health facilities adhere to Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) guidelines? Preliminary Findings."
20. Hoque, DM. 2014. "Improving and Sustaining quality of child health care through IMCI training and supervision: experience from rural Bangladesh," *Health Policy and Planning* 29 (6): 753-762.
21. Doherty, Tanya et al. 2018. "Role of district health management teams in child health strategies," *BMJ* 8 (01) 362.
22. Kilov, Kim et al. 2021. "Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI): a mixed-methods study on implementation, knowledge and resource availability in Malawi," *BMJ Paediatrics Open* 5 (1): e0010441.
23. Renosa, Mark Donald et al. 2020. "Key challenges of health care workers in implementing the integrated management of childhood illnesses (IMCI) program: a scoping review," *Global Health Action* 13:1-12.
24. Titaley, CR et al. 2014. "Challenges to the implementation of the integrated management of childhood illness (IMCI) at community health centres in West Java province, Indonesia," *WHO South-East Journal of Public Health* 3(2)161-170.
25. USAID Assist Project. "Assessment of Quality of Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Care in Uganda and Kenya," 2020. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00WKCF.pdf.

MOMENTUM

USAIDMomentum.org

TWITTER: @USAIDMomentum

FACEBOOK: USAID Momentum



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Cette revue documentaire est rendue possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'accord de coopération #7200AA20CA00002, mené par Jhpiego et ses partenaires. Le contenu est la responsabilité de MOMENTUM Leadership national et mondial et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.