

Manuel de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires 2.0

Aider les responsables à développer des services de sante communautaires efficaces, pérennes et complets

Avril 2020

Manuel de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires 2.0 : Aider les responsables à développer des services de santé communautaire efficaces, perenes, et complets.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), New York, 2020

Unité de l'Enfance et de la Santé Communautaire, Section Santé, Division Programme

UNICEF, 3 UN Plaza, New York, NY 10017

L'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires est un outil de l'UNICEF développé par Management Sciences for Health (MSH), au titre du contrat 43188968 financé par l'UNICEF à New York.

Toutes les marques déposées et de service, y compris Microsoft, MS, le logo XL de Microsoft Excel, et les logos de Microsoft Corporation, sont la propriété exclusive de Microsoft Corporation. L'utilisation de l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires exige d'avoir une licence pour le logiciel du tableur, comme Microsoft Excel sous licence de Microsoft Corporation. L'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires n'est ni un produit de Microsoft Corporation, ni approuvé par celle-ci.

Les appellations utilisées dans cet outil n'impliquent aucune opinion sur le statut juridique d'un pays ou d'un territoire ou de ses pouvoirs publics, ni sur la délimitation des frontières.

Ce document est un document de travail préparé pour faciliter les échanges de connaissances et stimuler la discussion. Les constatations, interprétations et conclusions exprimées dans ce document n'engagent que ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'UNICEF ou des Nations Unies.

Le texte a été révisé par MSH et l'UNICEF décline toute responsabilité en cas d'erreur. Les appellations utilisées dans cet outil n'impliquent aucune opinion sur le statut juridique d'un pays ou d'un territoire ou de ses pouvoirs publics, ni sur la délimitation des frontières.

Crédit photo de couverture: Todd Shapera

Table of Contents

Acronyms ii

Remerciements iii

Outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires 1

Overview of Handbook 3

Organisation et réalisation d'un exercice de planification et de calcul des coûts 6
- 1e étape. Définir les objectifs et la portée 6
- 2e étape. Déterminer les besoins pour la collecte données 8
- 4e étape. Collecter des données 15
- 5e étape. Produire les résultats sur les coûts 16

Préparation d'un modèle national de calcul des coûts 21

Analyse de financement 22

Analyse des goulots d'étranglement 23

Analyse « LIST » 24

Préparation d'un dossier d'investissement 26

Annexe 1. Exemple des termes de référence 34

Annexe 2. Ressources complémentaires 39
- Directive de l'OMS sur la politique de santé et le soutien au système pour optimiser les programmes de soins de santé primaires 39
- Matrice d'évaluation et d'amélioration des agents de santé communautaires (MEA ASC) 39
- Approche de renforcement des systèmes de santé de l'UNICEF 40
- EQUIST 42

Annexe 3. Panel d'experts 43

Annexe 4. Liste de contrôle centrale 46

Annexe 5. Questionnaire régional/de district 49

Annexe 6. Questionnaire à l'intention des centres de santé 52

Annexe 7. Questionnaire à l'intention des ASC 55

Annexe 8. Publications et rapports 58

Annex 9. Bibliographie 60

Acronyms

AIM	assessment and improvement matrix (matrice d'évaluation et d'amélioration)
ASC	agent de santé communautaire
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
HMIS	health management information system (système d'information de gestion de la santé)
LiST	Lives Saved Tool (outil de calcul des vies sauvées)
MSH	Management Sciences for Health
MSP	ministère de la Santé publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCIME-C	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire
PTN	protocole thérapeutique normalisé
SME	santé des mères et des enfants
SMNE	santé des mères, des nouveau-nés et des enfants
SSC	services de santé communautaires
SSP	soins de santé primaire
TB	tuberculose
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	US Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement international)
USD	dollar américain
VfM	value for money

Remerciements

Ce guide a été préparé par Management Sciences for Health (MSH) en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). L'élaboration de ce manuel a été dirigée par David Collins, Colin Gilmartin Sarah Birse, et Clarisse Uzamukunda de MSH avec l'examen et la contribution de Lakshmi Narasimhan Balaji, Hannah Sarah Dini, Ulla Griffiths, Jiawen Elyssa Liu et Jérôme Pfaffmann Zambruni de l'UNICEF.

L'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires correspondants (versions1.0 et 2.0) a été développé par David Collins et Zina Jarrah.

MSH et l'UNICEF remercient toutes les personnes et organisations qui ont contribué aux tests initiaux sur le terrain puis utilisé l'outil et la méthodologie. Il s'agit des membres suivants actuels et anciens de MSH: Sara Birse, Yohana Dukhan, Colin Gilmartin, Zina Jarrah, Bill Newbrander, Christopher Villatoro, et Sara Wilhelmsen, et des consultants indépendants suivants : Fadima Yaya Bocoum, Alfred Driwale, et Kemi Tesfazghi.

Nous souhaitons remercier nos collègues de l'UNICEF pour leur soutien et contribution technique au développement de l'outil et des analyses pays, il s'agit notamment de : Kerubo Adudans, Kyaw Aung, Penelope Campbell, Indrani Chakma, Anne Detjen, Hannah Sarah Dini, Ulla Griffiths, Paula de Beltrán Gutierrez, Kebir Hassen, Guilhem Labadie, Assiatta Kabore, Anne Laevens, Maria Montserrat Renom Llonch, Denis Muhoza, Salvator Nibitanga, Enrique Paz, Renato Pinto, Nuzhat Rafique, Susie Villeneuve, Mark Young, et Jérôme Pfaffmann Zambruni..

Nous remercions tout particulièrement le personnel des ministères de la Santé publique (MSP) de l'Angola, du Burkina Faso, du Sierra Leone, du Soudan du Sud, du Malawi et de Madagascar qui ont joué un rôle crucial pour guider la préparation de dossiers chiffrés de santé communautaire à l'aide de cet outil.

Et enfin, nous remercions les utilisateurs de l'outil pour leurs contributions et leurs suggestions d'améliorations apportées, lesquelles sont incorporées dans la nouvelle version de l'outil et ce manuel.

Outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires

L'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires (**Error! Reference source not found.**) calcule le coût des paquets de services de santé communautaires (SSC). Les résultats de cet outil aident à évaluer la performance, planifier les services et préparer des dossiers d'investissement. Ce tableur en code source ouvert et facile à utiliser est à l'attention des responsables des systèmes de santé. Il permet aux utilisateurs de calculer les coûts de toutes les composantes des paquets complets de SSC, y compris le démarrage, la formation, les coûts de prestation des services à l'échelle de la communauté, ainsi que les coûts d'appui, de supervision et de gestion à tous les niveaux du système de santé. L'outil comporte également une composante financière qui peut présenter les sources de financement des programmes ainsi que les insuffisances de fonds actuelles et futures.

Figure 1. L'outil de Planification et de Calcul des Coûts



L'outil utilise Microsoft Excel et permet à l'utilisateur d'afficher tous les calculs et résultats. Il a la capacité d'inclure jusqu'à 100 services et donne l'option d'utiliser une série de services pré chargés que l'utilisateur peut modifier ou compléter. L'utilisateur peut également choisir une option en blanc à personnaliser et entrer les données manuellement. Placé au niveau de la prestation des services, cet outil calcule les coûts de manière ascendante et en fonction de l'activité. Les coûts unitaires sont générés par service et par type de ressources (par exemple, les médicaments) puis multipliés par le nombre total estimé de services. Les autres coûts, comme la supervision et la formation, sont distribués de manière descendante. L'outil s'appuie sur les protocoles thérapeutiques normalisés (PTN) pour les services pour déterminer les coûts standard des services.

L'outil produit automatiquement les résultats clés suivants :

- Coûts totaux du programme pour l'année de référence et les projections sur cinq ans ;
- Coûts par habitant, par agent de santé communautaire (ASC), par contact, par programme et par type de ressource ;
- Coûts marginaux et de financement (démarrage et récurrents) ;
- Principaux facteurs de coûts et catégories de coûts en pourcentage des coûts totaux ; et

- Projections quinquennales du financement (et des écarts financiers) avec les sources de financement.

Grâce à la nature dynamique de l'outil, les résultats des coûts finaux s'appuient sur des variables clés comme les populations cibles, les taux d'incidence et les plateformes de prestation de services. Lorsqu'un utilisateur modifie ces variables, les changements se reflètent immédiatement et automatiquement dans toutes les composantes des coûts. Les outils de calcul dynamique des coûts sont bien adaptés à la planification parce que l'impact de variations dans les décisions de planification sur les coûts est immédiatement visible et réintégré dans le processus de planification.

Pour de plus amples informations, consultez le site https://www.msh.org/resources/community-health-planning-and-costing-tool

Overview of Handbook

Ce manuel, qui correspond à l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires version 2.0, décrit le processus de calcul des coûts des programmes et paquets de services de santé communautaires. Ses objectifs sont les suivants :

- **Informer** les utilisateurs de l'outil sur le calcul des coûts des programmes et/ou paquets de services.
- **Guider** les responsables et les décideurs sur la façon d'utiliser les résultats pour évaluer la performance, planifier les services futurs et préparer des dossiers d'investissement afin de mobiliser des ressources financières suffisantes.

Des détails complémentaires expliquant comment utiliser l'outil et entrer les données se trouvent dans le guide de l'utilisateur intégré dans l'outil Microsoft Excel. La version précédente était accompagné d'un guide de l'utilisateur séparé.

Les SSC constituent une stratégie clé pour promouvoir l'adoption de comportements sains et améliorer l'accès aux interventions de santé à fort impact pour les mères, les nouveau-nés et les enfants (SMNE), depuis la grossesse jusqu'à l'adolescence, surtout dans les communautés difficiles d'accès. Les faits démontrent clairement l'avantage d'investir dans les ASC et de fournir des paquets intégrés de SSC. Les ASC, lorsqu'ils sont correctement formés et soutenus, sont susceptibles de prévenir jusqu'à 3 millions de décès par an[1] et d'atteindre une rentabilité économique décuplant l'investissement. Ils contribuent ainsi à une société en meilleure santé et plus productive, à atténuer le risque d'épidémies coûteuses et à réduire les coûts pour les familles et les systèmes de santé.[2]

Les paquets de SSC les plus efficaces comportent une gamme complète de services, des normes de prestation standards, des incitations, de la formation et un appui. Pour être efficaces, les SSC ont besoin d'une plateforme sanitaire performante qui veille à ce que tous les éléments clés fonctionnent bien, à savoir la formation, le matériel, les médicaments et fournitures, la gestion et supervision, le transport, le financement, le système d'information, l'assurance et l'amélioration de la qualité, la génération de la demande et la gouvernance. Ces éléments doivent se combiner le plus efficacement possible pour maximiser les produits et les résultats. Il est tout aussi important de recourir à des incitations financières et non financières pour une meilleure rétention, motivation et performance des ASC.

Les avantages des SSC complets sont bien connus, mais leurs coûts le sont beaucoup moins. La combinaison de données sur les coûts et l'impact du SSC peut aider les pays à plaider, mobiliser et orienter l'allocation des ressources.[3] En l'absence de ces informations, les services et programmes manquent souvent de financement et de viabilité financière, parce qu'ils sont dépendants de financements externes variables. Par ailleurs, les possibilités de financement des SSC par l'intermédiaire de régimes d'assurance ou de nouveaux dispositifs de financement mondiaux sont souvent inexploitées.

Pour assurer un financement adéquat des SSC, il est impératif de connaître les coûts et ressources requises. Bien que l'estimation des coûts individuels de certains éléments des SSC (par exemple, paludisme, planification familiale, santé procréative prise en charge intégrée des maladies au niveau communautaire) ait été faite, il n'existe guère d'informations sur les coûts des paquets complets de SSC. Par ailleurs, il n'existait jusqu'à présent aucun outil de planification et de calcul des coûts pour les SSC complets.

En réponse à ce besoin, MSH et l'UNICEF ont développé l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires. Cet outil en code source ouvert aide à planifier les SSC plus efficacement et à produire les données nécessaires sur les coûts pour les dossiers d'investissement à promouvoir et financer. Dès lors que les besoins, priorités et objectifs du programme de santé communautaire ont été établis au niveau national ou infranational (par exemple, district), l'outil peut être utilisé pour modéliser ses coûts et besoins de financement. Ces résultats reposent

sur des données entrées par l'utilisateur, comme les détails sur le paquet de SSC, le nombre ciblé de services des ASC. En cas d'insuffisance de financement, les résultats peuvent servir à un plaidoyer pour mobiliser ou donner la priorité aux services dans un contexte de restriction budgétaire.

La conception et les concepts de l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires s'appuient sur l'expérience acquise antérieurement lors de la création et de l'utilisation de l'outil de calcul des coûts et de financement des prises en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C)[i] dans plusieurs pays. L'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires a été développé et piloté au Malawi et en Sierra Leone en 2016 et a depuis lors été utilisé par des gouvernements et des organisations non gouvernementales (ONG) dans les pays suivants : Angola, Burkina Faso, Comores, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Tanzanie, Togo et Zanzibar.

Nouvelles fonctionnalités de l'outil de Planification et de Calcul des Coûts des services de Santé Communautaire, version 2.0 :

- Protocol thérapeutiques normalisés (PTN) pré chargées pour réduire la collecte de données.
- Intégration du guide de l'utilisateur dans l'outil Excel pour aider les utilisateurs à naviguer la saisie des données.
- Possibilité d'ajouter différents cadres d'ASC et de superviseurs.
- Traduit en français.
- Tutoriel vidéo disponible en français et en anglais.

Une fonctionnalité clé de l'outil est sa capacité de montrer les coûts actuels et ceux des services futurs du projet. Les projections de coûts reposent sur les normes et standards de prestation de SSC de haute qualité. Par exemple, le coût unitaire de chaque service est dérivé du temps nécessaire estimé pour l'ASC et des tests diagnostiques, médicaments et fournitures requis. Les coûts obtenus indiquent les ressources nécessaires pour fournir les services de qualité raisonnable, avec des ASC correctement formés à la prestation du service et sans rupture de stock des produits de santé.

Il est recommandé d'utiliser l'outil pour calculer la totalité des coûts de SSC, y compris ceux encourus par tous les prestataires et bailleurs de fonds ainsi que les gouvernements et ONG, afin de produire une image complète des coûts des SSC. Il est recommandé d'inclure le coût des biens et services fournis gratuitement (par exemple, médicaments et matériel donnés) ainsi que la valeur du temps des ASC volontaires bénévoles, ce qui reflète leur coût d'opportunité.

L'outil a été conçu et utilisé pour présenter le coût des SSC du point de vue du prestataire. En d'autres termes, les frais non remboursés des patients ou coûts d'opportunité pour les bénéficiaires ne sont pas pris en compte, quoiqu'il soit souhaitable d'analyser ces coûts pour obtenir une image et une estimation complètes des coûts des SSC pour la société.

La suite de ce manuel[ii] décrit la méthodologie de calcul des coûts. Il comprend les sections suivantes :

- Assistance pour **l'organisation et la réalisation d'un exercice de planification et de calcul des coûts**
- Guide pour l'élaboration d'un **modèle national de calcul des coûts** ;
- Description de l'utilisation des résultats des coûts pour effectuer une **analyse de financement** ;
- Description d'un **processus complémentaire d'analyse des goulots d'étranglement**
- Description d'une **analyse complémentaire d'impact** utilisant l'outil **"Lives Saved"** ;

[i]Développé par MSH pour l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre du projet Translating Research into Action (TRAction). http://www.msh.org/resources/integrated-community-case-management-coûting-financing-tool

[ii] Le guide de l'utilisateur antérieur n'a pas été modifié pour correspondre à la version 2.0 de l'outil parce que le mode d'emploi est désormais incorporé dans l'outil lui-même.

- Assistance pour **l'élaboration d'un dossier d'investissement** ; et
- **Annexes** contenant des listes de données à obtenir et des guides d'entretien, des exemples de dossiers d'investissement et des rapports de coûts, ainsi que des références

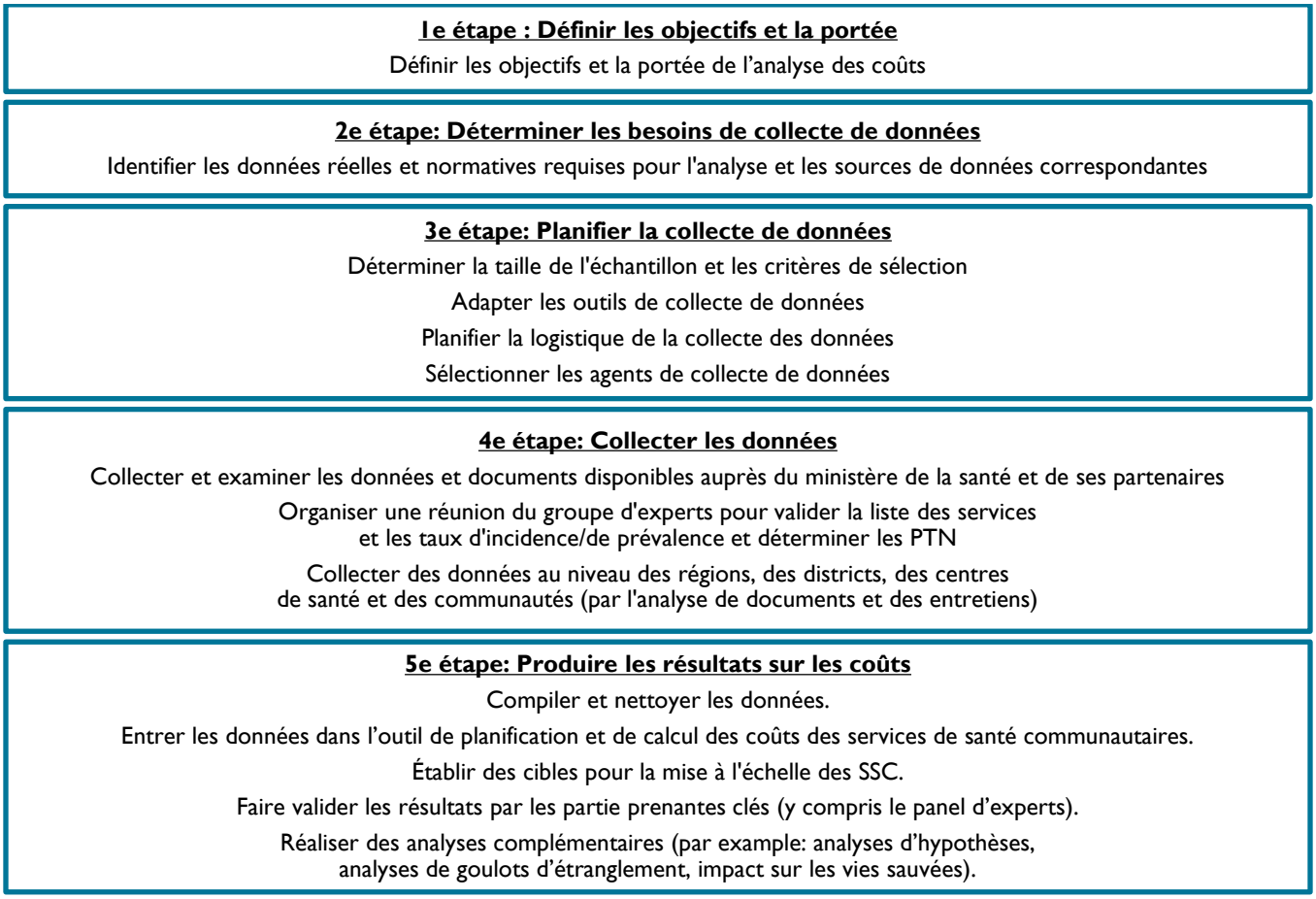
Compte tenu de l'intérêt et du besoin croissants des gouvernements et des donateurs de déterminer et d'améliorer l'optimisation des ressources (VfM – « value for money ») des ASC, un certain nombre de ressources complémentaires sont disponibles pour soutenir les analyses VfM. Les analyses VfM - qui, idéalement, évaluent les performances des programmes en termes d'économie, d'efficience, d'équité et d'efficacité - peuvent contribuer à renforcer l'impact des programmes et à mobiliser des ressources financières pour leur mise en œuvre.

Outil et ressources complémentaires
- Outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires version 2.0 pour la modélisation des coûts et du financement des services en fonction du paquet prévu et des cibles
- Dossiers et rapports nationaux d'investissement réalisés avec l'outil
- Tutoriel vidéo en français et en anglais.

Organisation et réalisation d'un exercice de planification et de calcul des coûts

Cette partie du manuel explique comment utiliser l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires pour analyser les coûts et le financement d'un programme de SSC. La méthodologie du calcul des coûts des SSC comporte un certain nombre d'étapes (**Error! Reference source not found.**). Il est recommandé qu'une personne connaissant globalement bien les domaines de SSC ainsi que le financement de la santé dirige ce processus avec l'assistance de personnes expérimentées et compétentes dans les domaines suivants : MS Excel, calcul des coûts/évaluation économique, épidémiologie, et santé publique. Des exemples de termes de référence sont inclus dans l'Annexe 1.

Figure 2. Étapes nécessaires pour organiser, collecter et analyser les données



1e étape. Définir les objectifs et la portée

Avant de se lancer dans l'exercice de calcul des coûts, il est important de définir ses objectifs et sa portée. Voici les questions utiles pour s'orienter :

- Quel est l'objectif de cette analyse ?
- Quel est le public visé ?
- Quel est l'horizon temporel de l'analyse ?

- De quel point de vue (par exemple, prestataire, gouvernement, ONG) cette analyse est-elle effectuée ?
- Quelles sont les interventions de santé spécifiques évaluées ?
- Quelles sont les limites de l'analyse et quels coûts ou niveaux de santé doivent être inclus et mesurés ?
- Des analyses complémentaires sont-elles requises (Annexe 2) ?

Si le calcul des coûts s'inscrit dans le cadre d'un exercice de planification, répondre aux questions suivantes :

- Qui utilisera principalement les résultats (par exemple, gouvernement national, ONG, secteur privé) et quelles sont les parties prenantes ?
- À qui faut-il communiquer les résultats ?
- Quel est le périmètre géographique du calcul des coûts (par exemple, nationale/infranationale) ?
- Quel est l'objectif du calcul des coûts (par exemple, établissement d'un projet pilote, déploiement suite à un projet pilote) ?
- Quels sont les services compris dans ce paquet et, le cas échéant, quels services faudrait-il ajouter ?
- Quelles sont les populations cibles (par exemple, communautés difficiles d'accès, enfants) ?
- Combien de services sont actuellement fournis au niveau de la communauté par rapport à celui des formations sanitaires ou des interventions de proximité et quelles sont les proportions attendues ?
- Certains des services du paquet sont-ils également proposés par des prestataires privés dans les communautés ?
- Quels sont les coûts pris en compte (par exemple, biens et services fournis par le gouvernement, financés par les bailleurs, donnés) ?
- Qui finance les SSC ?

Comme le calcul des coûts s'inscrit généralement dans le cadre d'une coentreprise plus ample, les objectifs généraux sont en général définis par ce dernier. Par exemple, un gouvernement ou une ONG peut souhaiter :

- Analyser un programme existant pour voir si on peut réduire ses coûts.
- Préparer un dossier d'investissement pour l'introduction d'un nouveau programme de SSC ou l'extension d'un programme existant.
- Consolider et rationaliser les SSC existants, par exemple s'ils sont fournis par différentes organisations.
- Ajouter des services à un paquet de SSC existant.
- Planifier la transition du financement d'un programme de santé communautaire au gouvernement ou à d'autres bailleurs.

L'une des principales décisions concerne la portée géographique du calcul des coûts et son niveau (national, provincial/régional, district ou sous-district). Si ce calcul s'effectue dans un exercice de planification plus vaste, il devra y concorder. Par exemple, l'outil a été utilisé pour l'élaboration de programmes nationaux chiffrés de santé communautaire à l'aide des données provenant de toutes les régions du pays. L'outil a également étayé la planification et le calcul des coûts à l'échelle des districts, qui sont en général le niveau de base pour la planification. Le calcul des coûts au niveau du district permet de prendre en compte la structure et les coûts de l'encadrement du district, et d'appréhender le système de santé ainsi que le rôle des SSC.

Pour calculer les coûts à l'échelle nationale, il est souhaitable d'analyser tout d'abord un échantillon représentatif de districts, afin de mieux comprendre les variations au niveau infranational des besoins et demandes de services ainsi que des coûts, lesquelles pourraient ne pas être évidentes au niveau national. Le calcul des coûts au niveau national pourra alors s'appuyer sur les résultats des districts échantillonnés, ce qui ne sera pas difficile étant donné que les mêmes normes et coûts standard peuvent s'appliquer à tous les niveaux. En cas de contrainte de temps ou de financement, un exercice de planification et de calcul des coûts peut se faire sans échantillonnage de districts et les résultats pourraient être suffisants pour une planification stratégique générale. Mais ils seront peut-être moins précis et, si les plans et coûts

sont alors utilisés aux niveaux inférieurs du système, des variations infranationales apparaîtront et pourraient rendre les plans inapplicables.

2e étape. Déterminer les besoins pour la collecte données

Une fois les objectifs et la portée définis et convenus avec les parties prenantes, l'étape suivante consiste à planifier la collecte des données. Cet outil et exercice s'appuie sur des composantes individuelles pour calculer les coûts et utilise deux types de données : des données de coûts normatives et réelles (Figure 3).

Les coûts réels sont ceux du programme de santé communautaire, compilés à partir de comptes-rendus sur les dépenses, de registre de prestations ou d'entretiens avec le personnel. Souvent, ces données sont collectées à l'échelle nationale ou infranationale en plus d'un échantillon de formations sanitaires et d'ASC participant au programme de santé communautaire. Par exemple, il est important de recueillir des données normatives sur le temps de travail et les coûts du personnel, mais il faut également collecter des données sur les dépenses et ressources réelles (dotation en personnel) pour l'année de référence de l'analyse.

Les données de coûts normatives reflètent le coût de prestation de services de haute qualité conformément à des normes et standards généralement détaillés dans une stratégie de santé communautaire. Il s'agit des informations suivantes : interventions fournies par les ASC ; nombre, temps de travail et coûts estimés du personnel travaillant pour le programme (par exemple, ASC, superviseurs, responsables) ; coûts prévus de la formation et de la supervision ; et coûts des services en fonction des PTS.

Figure 3. Aperçu de la collecte des données

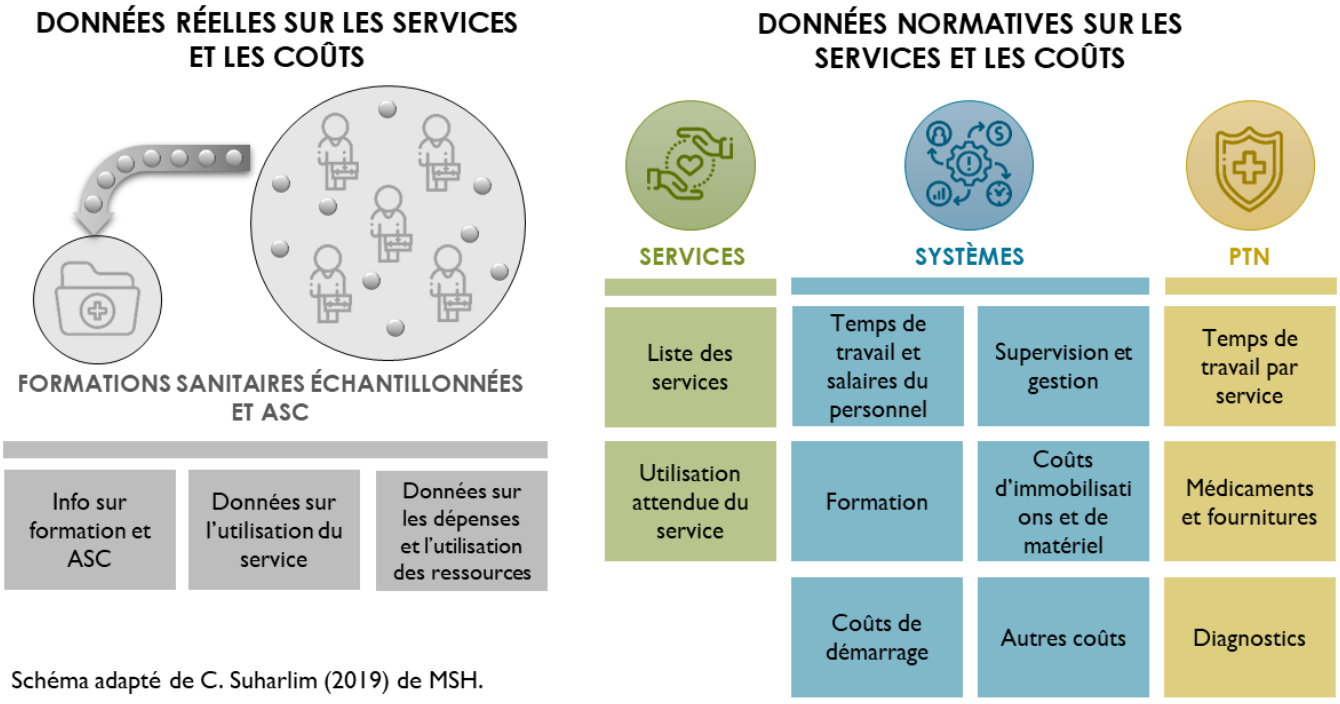


Schéma adapté de C. Suharlim (2019) de MSH.

Le Tableau 1présente les données nécessaires pour le calcul des coûts ainsi que leurs sources probables. La première étape de l'organisation des données consiste à trouver où on peut les obtenir. Il est recommandé de collecter et examiner les données de coûts normatives (en général à l'échelle nationale) en premier, puis de recueillir des données auprès d'un échantillon de formations sanitaires et d'ASC.

On peut en général obtenir la plupart des données nécessaires pour le calcul des coûts dans les registres du ministère de la Santé publique (MSP) ou auprès des ONG qui soutiennent les programmes de santé communautaire. Des panels d'experts peuvent également fournir des normes et standards pour les prestations et programmes (par exemple, PTS, temps nécessaire estimé par activité).

Mais le recueil de données auprès d'un échantillon de formations sanitaires et d'ASC aidera l'équipe de calcul des coûts à avoir une meilleure idée de la réalité et de savoir s'il faut modifier certaines hypothèses sur les coûts. Plus spécifiquement, obtenir et/ou valider des données sur la ventilation du temps et des activités des ASC, des superviseurs et des responsables, au moyen d'un échantillon d'entretiens. Quoique ces hypothèses puissent être formulées à un niveau plus général (en recourant à des experts), les entretiens sont l'occasion de les confirmer et de vérifier comment les activités sont réellement menées et de repérer les réussites et les difficultés (goulots d'étranglement) rencontrées par les ASC, les superviseurs et les responsables.

Dans le passé, les entretiens avec des ASC et des superviseurs se sont révélés utiles pour modifier les normes de certaines données particulières et repérer les goulots d'étranglement dans les programmes. Par exemple, bien que le salaire nominal des ASC soit de 10 USD par mois, les entretiens pourraient révéler qu'ils ne l'ont pas perçu ou que le paiement est versé en retard de plusieurs mois. Ou bien, les ASC doivent recevoir une visite de supervision mensuelle, mais en fait ne la reçoivent que tous les six mois. Dans ces cas, l'équipe de calcul des coûts peut décider de modifier les données normatives afin de refléter les faits.

Tableau 1. Sources des données

Donnée et lieu dans l'outil	**Sources principales**	**Sources secondaires (échantillon de sites)**
Données pays ▪ Taille et croissance démographiques nationales et infranationales ▪ Ventilation de la population par sexe et tranches d'âge ▪ Taux d'inflation annuel ▪ Nombre moyen de personnes par ménage ▪ Taux de change	Bureau national de statistiques Programme des Nations Unies pour le développement Banque mondiale Enquête démographique et de santé www.oanda.com	
Données programme (locales) ▪ Distribution de la population entre zones urbaines et rurales ▪ Niveaux du système de santé : nombre de districts, sous-districts, centres de santé, postes de santé et cliniques ▪ Sources de financement des ASC	Bureaux du MSP ou d'ONG	Responsable de district
Mise à l'échelle du programme ▪ Nombre actuel d'ASC et couverture géographique, utilisation des services, et niveaux prévus de mise à l'échelle	Dossiers et entretiens du MSP et des ONG	Responsable de district
Catégories d'ASC ▪ Types et nombres actuels et prévus d'ASC ▪ Nombres actuels et normatifs d'ASC par habitant et/ou par communautés ou ménages ▪ Taux d'attrition estimés ou réels des ASC ▪ Heures de travail normales ou attendues des ASC ▪ Incitations financières, y compris salaire/allocation et avantages ▪ Incitations non financières	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG	Responsable de district, ASC et superviseurs

Donnée et lieu dans l'outil	Sources principales	Sources secondaires (échantillon de sites)
Catégories de superviseurs ▪ Types et nombres actuels et prévus de superviseurs des ASC ▪ Nombres actuels et normatifs d'ASC par superviseur ▪ Durée normale ou attendue de la supervision des ASC ▪ Incitations financières y compris salaire et avantages ▪ Incitations non financières	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG	Responsable de district et superviseurs
Paquet ▪ Liste de services fournis par les ASC classés par zone de santé/type de programme (p. ex., SMNE ; planification familiale ; eau, assainissement et hygiène) et type de service (p. ex., curatif, promotionnel, préventif) ▪ Type d'ASC fournissant le service (p. ex., dans certains programmes, uniquement les ASC qui sont des femmes de zone rurale sont formées aux services de planification familiale) ▪ Catégorie de population ciblée pour chaque service (p. ex., la population ciblée pour la planification familiale est celle des femmes en âge de procréer) ▪ Lieu de prestation du service (si différents paquets sont fournis en zone urbaine et rurale) ▪ Taux d'incidence et de prévalence ainsi que taux attendus d'utilisation pour chaque service	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG Enquête démographique et de santé	Responsable de district, ASC et superviseurs
Couverture ▪ Nombre de services effectivement fournis pendant l'année de référence de l'analyse ▪ Nombre de services et/ou couverture cible pour chaque année future de l'analyse (maximum de cinq ans)	Dossiers du MSP ou des ONG, registre des formations sanitaires et ASC, et/ou données du système d'information sanitaire	Responsable de district
Supervision ▪ Nombres et coûts des visites et réunions de supervision	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG	Responsable de district, superviseurs
Encadrement ▪ Types et nombres actuels et prévus de responsables de programme ▪ Durée normale ou attendue nécessaire pour l'encadrement du programme de santé communautaire ▪ Incitations financières, y compris salaire et avantages ▪ Incitations non financières ▪ Nombres et coûts des visites et réunions d'encadrement	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG	Responsable de district
Formation ▪ Types de sessions de formation (pour ASC, superviseurs, et responsables) ; fréquence ; nombre de participants et coûts	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG	Responsable de district, ASC et superviseurs
Equipement ▪ Quantités de matériel, coûts unitaires et fréquence de remplacement pour les ASC, superviseurs et responsables	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG	Responsable de district, ASC et superviseurs
Médicaments ▪ Coûts unitaires et marges unitaires (les types de médicaments et fournitures sont dérivés des PTN)	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG (y compris listes de prix des médicaments)	Responsable de district, ASC et superviseurs
Autres coûts récurrents ▪ Descriptions, quantités, fréquence de remplacement et coûts	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG	Responsable de district, ASC et superviseurs
Coûts d'investissement ▪ Descriptions, quantités, fréquence de remplacement et coûts	Dossiers, règlements et entretiens du MSP et des ONG	Responsable de district

Donnée et lieu dans l'outil	Sources principales	Sources secondaires (échantillon de sites)
Financement ▪ Sources de financement et montants annuels pour l'année de référence et chaque année future de l'analyse (maximum de cinq ans).	Dossiers, règlements et entretiens des partenaires financiers internationaux et intérieurs, du MSP et des ONG	Responsable de district, superviseurs, et ASC en ce qui concerne les paiements des patients
Protocoles thérapeutiques normalisés (PTN) ▪ Pour chaque service fourni par les ASC : description ; population cible ; temps de travail par service ; et quantités de tests, médicaments et fournitures	Panel d'experts	Entretien d'ASC pour valider les temps de travail normalisés

Dans certains cas, la taille de l'échantillon sera limitée en raison de contraintes financières et/ou de problèmes d'insécurité. Par exemple, les dossiers d'investissement préparés dans le passé dans le Soudan-Sud et au Burkina Faso se sont appuyés principalement sur la collecte de données au niveau national en raison de problèmes d'insécurité et du manque de fonds. Les données utilisées pour ces exercices n'étaient pas considérées comme robustes, mais elles étaient suffisantes pour estimer les coûts futurs des programmes nationaux de santé communautaire et pour mobiliser des ressources.

Et enfin, les utilisateurs des résultats du calcul des coûts (personnel du MSP ou partenaire d'exécution) devraient donner des conseils sur la taille et les critères de sélection des échantillons parce qu'ils doivent être satisfaits des résultats. Un échantillonnage important peut toutefois exiger un effort considérable. Il faut donc tenir compte du temps et des ressources disponibles pour déterminer la taille de l'échantillon.

Exemples de critères de sélection utilisés :

- Représentativité géographique
- Diversité socioéconomique
- Accessibilité – distance de la formation sanitaire la plus proche et de la capitale du district
- Une combinaison de zones urbaines et rurales représentées dans les districts sélectionnés
- Taille de population pour avoir une combinaison de population nombreuse et faible
- Leadership solide du district et forte volonté de collaborer sur la base d'une expérience antérieure
- Groupe actif d'ASC participant aux SSC
- Maturité du paquet de services (depuis combien de temps le programme est en place)
- Diversité culturelle et ethnique
- Travail complémentaire des ONG et des autres partenaires

Le temps nécessaire pour les visites dépendra des éléments suivants :
- Taille de l'échantillon
- Nombre de personnes participant à l'activité de collecte de données (p. ex., nombre d'agents de collecte de données)
- Contexte géographique et accessibilité (facilité de voyager)
- Disponibilité des personnes à interroger, surtout des fonctionnaires et partenaires

Le temps nécessaire pour la collecte des données déprendra des critères et facteurs mentionnés ci-dessus. Un exemple de calendrier est présenté dans la Figure 4. Dans les exercices récents de calcul des coûts, les agents de collecte des données ont typiquement passé entre deux et cinq jours dans chaque district, y compris le déplacement, en fonction de la distance. Ceci comprend entre une demi-journée et une journée complète à la Division de District de santé publique et une demi-journée dans chaque centre de santé (durant laquelle ils peuvent interroger le personnel du centre de santé et les ASC). Il faut programmer les visites en fonction du temps nécessaire pour les déplacements ainsi que la disponibilité du personnel à interroger. Il faut affecter du temps supplémentaire pour les retards inattendus ou problèmes logistiques.

Figure 4. Exemple de calendrier de collecte des données dans un district

	Activité
Jour 1	Visite du personnel de la Division de District de santé publique pour donner une vue d'ensemble de l'étude, mener les entretiens nécessaires et collecter les données
Jours 2–5	Matin : Visite d'une formation sanitaire et entretiens de superviseurs des ASC et d'ASC

Adapter les outils de collecte de données

L'utilisation des questionnaires facilite les entretiens des responsables au niveau central, des responsables de district, des superviseurs des ASC (Annexe 3 - Annexe 7). Ces questionnaires sont utilisés à chaque niveau du système de santé (central, district, centre de santé, ASC) et pour les partenaires concernés (Section 5). Après avoir défini l'objectif de l'analyse et terminé la recherche préparatoire, les questionnaires devraient être adaptés pour refléter exactement les données nécessaires. Le cas échéant, les outils de collecte de données doivent être traduits dans la ou les langues locales.

Outre l'utilisation des questionnaires, il est important de collecter des données écrites pendant les visites sur le terrain. Il est particulièrement important d'obtenir une copie des données du système d'information de gestion de la santé (HMIS) ventilées par centre de santé, puisque les données au niveau national ne comportent en général que des données cumulées des districts. Par ailleurs, il faut souvent collecter les données sur les services des ASC dans les centres de santé visités parce que les données des centres de santé sont souvent cumulées au niveau du district.

Planifier la logistique de la collecte des données

Avant la collecte des données sur le terrain, le MSP doit fournir à l'équipe de calcul des coûts l'autorisation écrite de visiter les districts et centres de santé sélectionnés et de mener des entretiens. La collecte des données sur le terrain doit être effectuée conformément au règlement du MSP (p. ex., l'équipe du calcul des coûts demande que les ASC se rendent dans les centres de santé, leurs frais de transport devraient être remboursés conformément au règlement du MSP). Avant les visites sur le terrain :

- Adaptation des outils de collecte des données au contexte local et au paquet de services
- Finalisation et confirmation de la liste de personnes à interroger, y compris leurs coordonnées
- Programmation des entretiens (heure et lieu)
- Organisation du transport pour les agents de collecte des données ou remboursement (des reçus écrits peuvent être exigés)
- Recrutement et formation d'agents de collecte des données ou interprètes (voir section ci-dessus sur la sélection et la formation des agents de collecte des données). Ceci peut comprendre la préparation de classeurs pour les agents de collecte des données (avec une copie papier de l'outil et du protocole de collecte des données) ; du papier pour prendre des notes (p. ex., papillons adhésifs, blocs-notes) ; stylos ; et feuille d'enregistrement avec les noms et coordonnées des personnes à interroger et les heures et lieux des rencontres. Certains agents de collecte des données peuvent préférer avoir une version numérique de l'outil de collecte des données pour les saisir directement.
- Indemnités journalières/indemnités (et petites coupures) pour les chauffeurs, personnes interrogées, et agents de collecte des données, si nécessaire
- Fonds pour le carburant, les hôtels, les repas et frais divers, si nécessaire
- Boissons/collations pour les agents de collecte des données et les personnes interrogées, si nécessaire
- Téléphone portable pour organiser les entretiens et communiquer avec les personnes interrogées
- Appareil photo pour photographier les ASC, bénéficiaires et/ou données disponibles uniquement sur papier
- Ordinateur, en cas de documentation électronique des entretiens, avec batterie de rechange (dans les zones sans électricité) ou un chargeur

On peut tirer un certain nombre d'enseignements des exercices de calcul des coûts déjà effectués à appliquer aux exercices futurs :

La Localisation :

- Pour accélérer la collecte des données, la personne chargée de l'entretien devrait demander aux ASC de se réunir dans un lieu central (p. ex., un centre de santé) pour les entretiens, au lieu de se rendre au domicile de chaque ASC, ce qui pourrait prendre beaucoup de temps.
- Veillez à ce que les véhicules disposent de suffisamment de carburant pour couvrir la distance à parcourir.
- Fixer un lieu pour les entretiens qui est différent du centre de santé où les ASC et superviseurs travaillent normalement permet des conversations plus ciblées et ouvertes. Par exemple, le lieu de rencontre pourrait être à l'extérieur ou dans une autre salle ou un autre bâtiment.
- Pour assurer des réponses franches et honnêtes, il est souhaitable de mener séparément les entretiens des ASC et ceux des superviseurs. Si les deux groupes sont interrogés ensemble, il est peu probable que les ASC discutent ouvertement des difficultés de leur travail et/ou fournissent des réponses toutes correctes (p. ex., « mon superviseur me rend visite tous les mois »).

Budget et financement :

- Préparer un budget avant la collecte des données sur le terrain pour tous les frais nécessaires (p. ex., indemnités journalières, carburant, hôtels, repas, frais divers, impression, crédit pour téléphone portable).
- Si des distributeurs de billets de banque ne sont pas disponibles dans les districts sélectionnés, il est souhaitable d'apporter suffisamment d'argent liquide.
- Avoir suffisamment d'argent liquide, de préférence en petites coupures, pour les paiements ainsi que du carburant et des fonds de réserve pour les urgences.
- Si les ASC sont normalement remboursés pour leur déplacement dans le centre de santé, calculer le montant à rembourser pour assurer le respect des règlements en place du MSP et des interprétations des partenaires.
- Avoir suffisamment d'argent liquide en petites coupures pour les paiements ainsi que pour le carburant et une marge pour les impondérables.
- Fournir une feuille de présence pour relever le nom et les coordonnées des participants et confirmer réception du paiement, le cas échéant.

Avant les entretiens :

- Les déplacements avec les homologues du MSP ou les partenaires d'exécution pour faire les présentations et faciliter la collecte des données.
- Veiller à ce que les agents de collecte des données soient bien préparés et aient étudié à l'avance la liste des questions de l'entretien.
- En fonction de la région géographique des districts sélectionnés, veiller à ce que les agents de collecte des données parlent la langue locale et puissent traduire les réponses nuancées des personnes interrogées.
- Programmation des entretiens :
  - Programmer tous les entretiens et réunions bien à l'avance et maintenir une liste consultable des numéros de téléphone de chaque personne interrogée.
  - Confirmer, la veille, l'heure et le lieu de l'entretien avec chaque personne interrogée. À cette occasion, mentionner également les types de questions qui seront posées, des données à collecter et la durée prévue de l'entretien (~1–2 heures chacun). Ceci permettra aux personnes interrogées de rassembler les documents nécessaires avant celui-ci. Il est utile de reconfirmer l'entretien le matin même également.

Pendant les entretiens :

- Pendant les entretiens, les données peuvent être collectées sous forme papier ou entrées dans un ordinateur, selon la préférence et la disponibilité de l'agent de collecte des données. Si celui-ci ou celle-ci souhaite documenter les réponses sur un ordinateur, il ou elle doit continuellement sauvegarder les informations pour s'assurer de ne pas perdre de données. En outre, comme les entretiens peuvent prendre toute la journée, il est utile d'apporter une batterie de rechange ou un chargeur pour l'ordinateur.
- Souvent, les données sur les ASC ou les centres de santé (p. ex., données sur la population de la circonscription, liste des ASC) ne sont pas disponibles sur papier. Dans ces cas, l'agent de collecte des données devrait photographier les documents et noter sur la photo leur type et provenance.
- Il peut être inapproprié de poser des questions confidentielles, comme au sujet du salaire mensuel ou annuel, selon le contexte. Au lieu de demander un chiffre spécifique, on peut demander une estimation ou l'échelon salarial, qu'on peut alors consulter dans l'échelle salariale du MSP.

Les enseignements suivants ont été tirés des entretiens de groupe d'ASC :

- Demander aux ASC de s'asseoir en demi-cercle avec l'agent pour créer un environnement plus naturel favorable à la conversation.
- Bien connaître le questionnaire pour pouvoir l'administrer de façon conversationnelle (plutôt que dans un strict format de question-réponse).
- Si possible, se rencontrer en dehors du centre de santé concerné pour avoir une discussion plus détendue et franche avec les ASC.
- Un groupe de trois personnes (l'une qui pose les questions, une autre qui entre les réponses et un deuxième preneur de notes) est en général une bonne solution. Avoir un homologue du pays qui comprend la tâche et peut aider à traduire dans la langue locale (le cas échéant) permet de faire progresser la conversation et d'assurer la collecte d'informations exactes.

Sélectionner les agents de collecte de données

La sélection des agents de collecte des données doit tenir compte de leur capacité de comprendre et communiquer dans la langue locale et leur connaissance et expérience des techniques d'entretien. La connaissance des activités des ASC et/ou de santé communautaire est également utile, parce que cela les aidera à obtenir et documenter les réponses.

Une fois que les agents de collecte des données ont été sélectionnés, préparer un bref protocole de collecte des données comprenant les outils de collecte des données, les techniques d'entretien et les procédures. Former les agents de collecte des données à ce protocole avant le lancement des activités de collecte de données. Pendant la formation, il faudrait fournir des informations sur le contexte et l'historique locale, afin d'assurer l'uniformité de la collecte des données par les agents et les aider à utiliser les questionnaires de façon plus appropriée.

Une fois formés, les agents de collecte des données devraient tester les questionnaires sur le terrain sous la supervision des principaux utilisateurs de l'outil. Ainsi, non seulement les agents de collecte des données utiliseront uniformément les techniques mais également les outils adaptés au contexte local.

4e étape. Collecter des données

Collecter et examiner les données et documents du ministère de la santé et de ses partenaires

Un élément important de la collecte initiale de données est l'examen de règlements et directives écrites, ainsi que les rapports récents, études et plans concernant les ASC. Ces documents aideront à préparer une analyse de situation et à guider le processus de collecte des données. En général, il s'agit des documents suivants :

- Plan stratégique national pour le secteur de la santé
- Stratégie de santé communautaire et profil des ASC
- Descriptions de postes des ASC et superviseurs
- Plans stratégiques nationaux pour les programmes de santé spécifiques pris en charge par les ASC (p. ex., SMNE, VIH/sida, paludisme, maladies tropicales négligées)
- Enquête démographique et de santé
- Données brutes du système de gestion de données sur la santé (HMIS) pour l'année de référence et les deux années précédentes pour chaque district (afin de comprendre les tendances d'utilisation)
- Ensemble national d'avantages sociaux
- Paquets de services dans les centres de santé et au niveau communautaire
- PTN
- Description du HMIS et du flux de données à différents niveaux du système de santé
- La répartition de la population et de la densité démographique par sexe et tranche d'âge pour chaque district

Les Données Centrales

Les informations à obtenir au niveau central sont les suivantes :

- Stratégie nationale en matière de SSC
- Politique nationale relative aux ASC
- Types d'ASC, salaires et pourcentage du temps consacré au programme de SSC (y compris supervision, formation et réunions)
- Protocoles thérapeutiques nationaux
- Données du système d'information sur la santé au niveau des districts, ventilées par formation sanitaire et communauté
- Manuel national de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) / de prise en charge intégrée des maladies au niveau communautaire (PCIME-C)
- Description des modules standard de formation des ASC
- Paquet standard de SSC
- Information sur les médicaments
- Tous les frais d'utilisation pour le programme de SSC

Les Données des Partenaires

En fonction de la participation de partenaires non gouvernementaux dans le pays, il serait utile de mener des entretiens avec des partenaires qui soutiennent les services de santé communautaires afin d'identifier :

- Les districts dans lesquels les partenaires soutiennent la prestation des SSC
- La taille des effectifs soutenant les SSC, leur charge de travail et les coûts salariaux estimés pour la gestion des SSC
- Les données sur la formation, y compris les différents modules de formation, le nombre d'ASC formés, et les coûts unitaires et totaux

- Les données de supervision, y compris la fréquence des visites de supervision, le coût estimé par visite de supervision, et le montant total dépensé chaque année à chaque niveau (p. ex., supervision centrale des formations sanitaires, supervision communautaire des formations sanitaires)
- Coûts et quantités de médicaments et fournitures remises aux ASC pour les SSC (y compris transport, entreposage et autres coûts de marge)
- Les coûts de l'appui des ASC pour le MSP, y compris ceux pour la gestion, le mentorat et le rapportage
- Les budgets antérieurs et projetés pour les activités de SSC
- Incitations financières et non financières fournies aux ASC (p. ex., paiements, tee-shirts, transport)

Organiser une réunion du groupe d'experts

Un élément essentiel du calcul des coûts est le recours à un panel d'experts pour déterminer ou confirmer les PTN pour les services du paquet ainsi que les taux d'incidence, les nombres attendus de services, et d'autres aspects du programme de SSC. Cette activité doit se tenir au début de l'exercice de calcul des coûts et avant la collecte des données sur le terrain, durant lesquelles les hypothèses sur les données pourront être validées (p. ex., via des entretiens d'ASC et de leur superviseurs immédiats). Si possible, l'équipe de calcul des coûts devrait se réunir encore une fois avec le panel vers la fin de l'exercice de calcul des coûts pour passer en revue les conclusions, faire des commentaires et répondre aux questions non résolues. Voir Annexe 3 pour obtenir des conseils.

Il est recommandé que le panel comprenne des experts respectés dans le pays en matière de SSC et de soins de santé primaires. Si possible, le panel devrait comprendre des membres de différentes divisions du MSP participant à la planification et à la gestion des SSC, ainsi que des responsables et superviseurs immédiats (p. ex., infirmiers de centres de santé, superviseurs pairs) d'ASC étroitement impliqués dans les SSC. Le panel devrait comprendre des médecins de santé publique (à des fins de crédibilité ainsi que de connaissances) et au moins un infirmier de santé publique, un pharmacien et un superviseur ou responsable d'ASC.

Collecter les données à partir d'un échantillon identifié

Il faut collecter les données auprès de toutes les personnes impliquées dans les SSC au niveau du district, comme le responsable de la santé du district, le responsable financier, le responsable HMIS, le coordinateur PCIME, le superviseur des ASC et le pharmacien. Des données doivent également être collectées, le cas échéant, auprès du bureau régional ou national. Au niveau des centres de santé, les données doivent être collectées auprès du responsable du centre, du superviseur des ASC et du responsable du système d'information. Il faut collecter les informations sur la taille de la population du district, les taux d'utilisation et les coûts engagés pour ces centres et les communautés qu'ils servent. Au niveau de la communauté, les ASC devraient fournir les chiffres sur la population et l'utilisation dans leur circonscription particulière ainsi que des informations sur leur emploi du temps, leur salaire, et les exigences de supervision, la communication d'information, la formation et les réunions.

5e étape. Produire les résultats sur les coûts

Compiler et nettoyer les données

Une fois la collecte des données terminée, vérifier que les données sont complètes, claires et prêtes à être entrées dans l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires aux fins d'analyse. Dès que les données sont compilées, nettoyées et synthétisées, demander aux responsables nationaux du MSP et à un échantillon de responsables de programme de district et/ou de responsables de programme d'ONG de les vérifier. Il est également important de repérer les données manquantes et de prévoir le temps nécessaire pour les obtenir auprès des partenaires et autres contacts dans le pays.

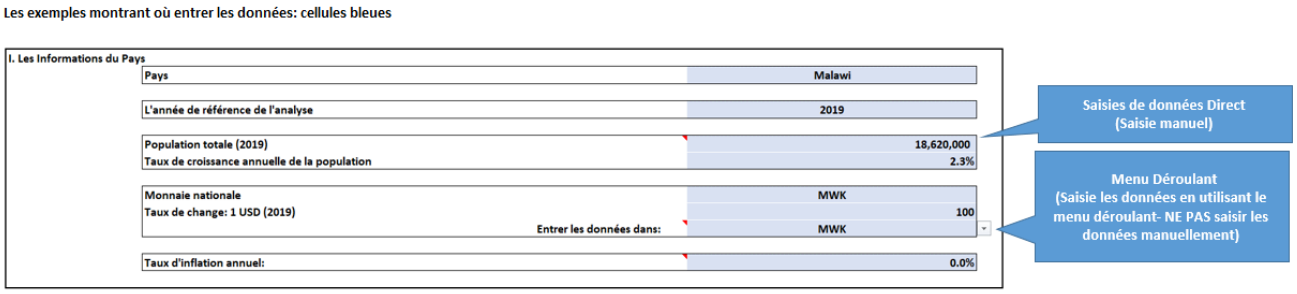
Une analyse préliminaire des données est nécessaire pour synthétiser les résultats des entretiens et de la collecte des données sur le terrain. Ceci se fait en compilant les résultats sur Microsoft Excel avec une colonne pour chaque entretien. L'équipe de collecte des données doit effectuer cette analyse préliminaire des données à la fin de la collecte dans chaque district de l'échantillon.

Comparer les données aux normes et standards fournies par le panel d'experts afin d'obtenir un consensus, identifier les domaines de désaccord, et relever les domaines importants à étudier dans les entretiens ultérieurs. Un domaine dans lequel on constate souvent des disparités importantes concerne les fenêtres de disponibilité indiquées par les ASC ainsi que le temps consacré à un service particulier (temps de déplacement et durée de prestation de service). Si les ASC sont censés travailler un certain nombre d'heures, utiliser ce chiffre pour l'estimation. Si le groupe d'experts a fourni une durée standard pour chaque service et la durée moyenne indiquée par les ASC est similaire, utiliser la durée standard. Si une durée standard n'a pas été fournie, utiliser la moyenne. Passer soigneusement en revue ces estimations avec les responsables, les superviseurs et le panel d'experts.

Entrer les données dans l'outil

Une fois les données résumées et vérifiées, on peut les entrer dans l'outil, qui comprend un guide de l'utilisateur avec des instructions détaillées (Figure 5). En cas de besoin, les utilisateurs peuvent contacter fintools@msh.org pour obtenir une assistance.

Figure 5. Exemple de guide d'utilisation pour la saisie des données



Pour une analyse à l'échelle nationale, créer un fichier principal (modèle) qui peut être utilisé pour mener des analyses d'hypothèses. Mais en cas d'analyses multiples infranationales (district), utiliser une version distincte de l'outil pour chaque district, et cumuler à terme les résultats dans une autre feuille de calcul. Si on combine les districts dans l'outil, il ne sera pas possible de désagréger les résultats par district.

Établir les cibles de mise à échelle

L'outil peut prendre en charge une année de référence indiquant les données réelles sur le nombre de services, les coûts, le financement et l'impact et jusqu'à cinq ans de projections pour les services, les coûts et le financement en fonction des cibles indiquées par l'utilisateur. Il comporte également des données pré chargées provenant d'autres pays, lesquelles peuvent guider l'utilisateur et réduire le temps de collecte des données. Il s'agit d'une liste de SSC courants, les coûts unitaires de médicaments, le temps nécessaire pour chaque service, et les taux d'incidence et de prévalence.

L'outil est adaptable et peut servir à évaluer les coûts et le financement de l'introduction et de l'expansion des SSC dans le contexte de pays à revenu faible et moyen avec différents niveaux de couverture par les services et de plateformes de prestation. Une fois le fichier principal élaboré et la couverture de service initiale entrée dans le modèle, l'utilisateur peut fixer des cibles de mise à échelle pour un maximum de cinq ans.

Dans le passé, différents modèles ont été créés pour les analyses de coûts au niveau national et infranational dans le but d'évaluer l'impact de la mise à échelle des services sur le coût total du programme. De nombreux pays souhaitent en particulier déterminer les variations de coûts entre les scénarios à faible couverture et ceux à forte couverture impliquant une plus grande utilisation des SSC par les bénéficiaires. L'outil permet de modifier la couverture en entrant le nombre total de SSC projetés chaque année ou la couverture attendue en pourcentage.

Interpréter et utiliser les résultats

L'analyse produit un certain nombre de résultats essentiels pour comprendre et justifier l'investissement dans les SSC. Des tableaux de résultats sont présentés ci-dessous à titre d'exemple (Figure 6 et Figure 7). Il est utile d'énoncer quelques principes :

- Faire preuve d'extrême prudence dans les comparaisons des coûts réels et normatifs entre les pays parce que le contexte (p. ex., taux d'incidence) et la combinaison de services peuvent varier considérablement. Le coût d'un paquet de SSC essentiellement préventifs et comportant des prestations de groupe est très différent de celui comportant une forte proportion de services individuels comme le conseil en planification familiale ou le diagnostic et traitement du paludisme.
- Faire preuve de prudence dans les comparaisons des coûts réels entre les districts parce que le contexte et la combinaison de services peuvent varier considérablement dans un pays.
- Des coûts plus faibles n'indiquent pas nécessairement une meilleure efficacité, ils peuvent également indiquer une moins bonne qualité. Par exemple, si un ASC passe moins de temps avec un patient atteint de paludisme, cela pourrait signifier qu'il bâcle le diagnostic. De même, des coûts plus élevés n'impliquent pas nécessairement une meilleure qualité, mais peuvent signaler un gaspillage ou une inefficacité de l'utilisation des ressources et/ou un prix trop élevé de ces ressources.
- Si les coûts réels sont proches des coûts normatifs, cela indique que le financement est suffisant, mais la distribution des ressources pourrait être suboptimale (p. ex., trop de personnel et trop peu de médicaments). Il est donc important d'examiner la ventilation des coûts et pas uniquement les coûts totaux.
- Les principaux facteurs de coût des programmes de SSC sont souvent la *supervision* et la *gestion*, surtout si les ASC sont des volontaires bénévoles. Les coûts de supervision comprennent le salaire du superviseur et les frais de transport des ASC sur le site. Il faut donc veiller tout particulièrement à la validation de ces coûts.
- Les coûts salariaux des superviseurs et responsables dépendent du temps qu'ils indiquent consacrer aux activités concernant les ASC. Ces temps de travail sont parfois exagérés, ce qui peut considérablement gonfler les coûts, il faut donc les vérifier s'ils semblent élevés.
- Le coût de remplacement des ASC qui démissionnent (attrition) n'est souvent pas compris dans les budgets. Il est toutefois important de les inclure parce que les ASC de remplacement doivent être formés et équipés, sinon le nombre d'ASC et leur couverture diminueront.
- De même, le matériel qui n'est plus utilisable doit être remplacé. La durée d'utilisation dépendra des circonstances. Par exemple, dans les zones où les routes sont mauvaises ou inexistantes, il faudra sans doute remplacer les vélos après quelques années.
- Les formations de rappel sont importantes parce que les compétences peuvent s'oublier, surtout lorsque les services curatifs ne sont pas fournis assez fréquemment.
- Veiller à ce que les échantillons de districts et les groupes d'ASC soient suffisants et représentatifs pour pouvoir estimer les coûts de mise à échelle nationale.
- L'un des avantages de l'outil est qu'il est dynamique et peut calculer l'impact de modifications dans le plan sur les coûts en temps réel. Si le financement disponible est insuffisant, le nombre d'activités peut être réduit en éliminant les interventions de priorité moindre, en diminuant les cibles ou en ciblant les populations les plus nécessiteuses. L'outil peut alors fournir de base pour l'élaboration des plans opérationnels en reliant les activités

et les ressources aux budgets. Il peut également servir à estimer rapidement le coût et la faisabilité de l'ajout d'un service (p. ex., un service préventif peut être ajouté sans augmentation des coûts si les ASC ont du temps disponible, mais il pourrait exister un coût d'opportunité s'ils sont pleinement occupés).

Figure 6. Tableaux de résultats (exemple 1)

TABLEAUX RECAPITULATIFS (MWK)

Exemple Région, Malawi

Sélectionnez la devis MWK

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Résumé Population						
Total Population of Exemple Région	1,708,930	1,748,235	1,788,445	1,829,579	1,871,659	1,914,708
Population totale couverte par le Programme de santé commu	690,408	881,111	901,376	922,108	943,316	965,013
Population urbaine couverte	109,372	167,831	171,691	175,640	179,679	183,812
Population rurale couverte	581,036	713,280	729,685	746,468	763,637	781,201
Nombre de travailleurs en santé communautaire						
SSR	300	375	450	450	450	450
SSU	60	80	90	90	90	90
	-	-	-	-	-	-
Total	360	455	540	540	540	540
Total des agents de santé en milieu urbain	60	80	90	90	90	90
Total des agents de santé en milieu rural	300	375	450	450	450	450
Par 1000 habitants agents de santé couverts par le programi	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6
Nombre moyen de services fournis par l'ASC par an						
SSR	377	725	909	1,257	1,613	1,992
SSU	377	725	909	1,257	1,613 Attention !	1,992 Attention !
	-	-	-	-	-	-
Moyenne (dans toutes les catégories des ASC)	377	725	909	1,257	1,613	1,992

Figure 7. Tableaux de résultats (exemple 2)

TABLEAUX RECAPITULATIFS (MWK)

Exemple Région, Malawi

Sélectionnez la devis MWK

		2019	2020	2021	2022	2023	2024
☑	Salaires ASC	44,940,000	57,844,200	70,133,364	71,536,031	72,966,752	74,426,087
☑	CHW Équipement	737,100	22,188,863	25,581,150	34,870,973	53,931,150	54,876,150
☑	Médicaments et fournitures	5,107,225	15,356,099	25,114,113	35,446,112	46,214,351	57,864,081
☑	Salaires supervision	34,041,600	44,367,552	53,125,321	54,187,827	55,271,584	56,377,016
☑	Équipement supervision	-	-	-	-	-	-
☑	Visites supervision	26,472,000	32,916,000	38,928,000	38,928,000	38,928,000	38,928,000
☑	Formation récurrente (ASC)	6,192,000	17,684,700	22,046,926	26,232,305	35,808,305	26,232,305
☑	La formation périodique (superviseurs)	192,000,000	188,000,000	208,000,000	222,000,000	222,000,000	222,000,000
☑	La formation périodique (gestionnaires)	4,400,000	9,800,000	11,800,000	13,600,000	13,600,000	13,600,000
☑	Salaires de gestion	1,400,000	1,530,000	1,560,600	1,591,812	1,623,648	1,656,121
☑	Équipement de gestion	23,100,000	-	-	-	-	33,075,000
☑	Réunions de gestion	1,118,532	1,248,132	1,377,732	1,377,732	1,377,732	1,377,732
☑	Autres coûts récurrents	1,380,000	1,710,000	2,040,000	2,040,000	2,040,000	2,040,000
☑	Formation initiale (ASC)	12,350,000	139,555,000	325,486,992	104,904,881	104,904,881	104,904,881
☑	Formation initiale (superviseurs)	-	15,600,000	15,500,000	15,150,000	15,150,000	15,150,000
☑	Formation initiale (gestionnaires)	-	300,000	-	-	-	-
☑	Les coûts de démarrage	200,000	150,000	-	-	-	-
☑	Les coûts en capital	18,000,000	-	-	-	-	-
	Total	371,438,457	548,250,546	800,694,198	621,865,673	663,816,403	702,507,373

Valider les résultats

Une fois les modèles de calcul des coûts développés et les résultats produits (souvent sous la forme d'un rapport PowerPoint), les valider avec les parties prenantes clés comme le panel d'experts, les responsables du MSP et les dirigeants des ONG.

Quoiqu'ils dépendent de la portée de l'exercice, les résultats clés suivants sont souvent présentés :

- Coûts totaux du programme, année de référence, et projections de coûts sur cinq ans.
- Coûts par personne, par ASC, par service, par programme, et par type de ressource.
- Coûts marginaux et financement marginal (initiaux et récurrents).
- Principaux facteurs de coûts et catégories de coûts en tant que pourcentage des coûts totaux.
- Quantités et coûts de chaque type de médicament nécessaire.
- Sources et insuffisances de financement.

Les résultats du calcul des coûts peuvent servir aux analyses suivantes :

- Planification et élaboration d'un budget pour un nouveau paquet ou programme, des ajouts ou modifications à un paquet ou l'expansion géographique d'un paquet.
- Comparaison du rapport coût-efficacité et de l'efficacité de différentes plateformes de prestation de services.
- Calcul des taux de remboursement pour le financement basé sur les résultats ou l'assurance.
- Calcul des coûts pour les scénarios d'hypothèses pour modéliser un paquet correspondant aux contraintes financières ou pour comprendre les implications en matière de coûts relatives à l'introduction de nouveaux services ou éléments dans le programme (p. ex., introduction d'incitations financières pour les ASC).
- Connaître les goulots d'étranglement et leur impact, les options pour les éliminer et les niveaux de coûts correspondants.
- Préparation de dossiers d'investissement et de lobbyisme pour obtenir le soutien (financier ou autre) de bailleurs ou partenaires.
- Des exemples d'analyses de pays et de dossiers d'investissement sont présentés dans l'Annexe 8.
- Il est recommandé de mener des analyses complémentaires (décrites ci-dessous) conjointement avec et en fonction des résultats de l'exercice du calcul des coûts.

Préparation d'un modèle national de calcul des coûts

Cette section décrit le calcul des coûts au niveau national, lequel peut s'appuyer sur les modèles de coûts des districts ou utiliser des données nationales.

La meilleure approche pour élaborer un modèle de coûts pour un plan national de SSXC consiste à chiffrer d'abord les coûts d'un échantillon de programmes de SSC de district, qui peuvent alors être utilisés pour développer un modèle de coûts au niveau national. Un minimum de trois districts est recommandé, ce qui permet d'avoir une certaine diversité entre les districts, par exemple géographique, culturelle, en ce qui concerne les paquets de SSC ou les prestataires de SSC (p. ex., publics ou ONG). Les PTN doivent être les mêmes dans tous les districts, mais certains coûts unitaires peuvent varier, comme c'est le cas pour les marges sur les médicaments et les fournitures, ou les incitations qui peuvent être plus importantes dans les zones reculées. Plusieurs options sont disponibles pour préparer un modèle national à partir d'un échantillon de districts :

- Une méthode consiste à préparer un modèle de district représentatif d'une moyenne des districts échantillonnés. Les données utilisées dans ce modèle doivent être pondérées en faveur des districts échantillonnés les plus représentatifs du pays dans son ensemble. Par exemple, si un district est représentatif des caractéristiques du pays, fonder les coûts utilisés pour le modèle moyen principalement sur ce modèle.
- Une autre méthode consiste à développer un modèle de district pour chacune des principales zones représentatives du pays. Présenter les résultats combinés pour le calcul national des coûts, ainsi que la moyenne nationale. Cette méthode a l'avantage de présenter les disparités régionales.
- Seules quelques-unes des données du modèle national doivent s'appuyer sur les moyennes des districts de l'échantillon. Ces données sont les suivantes :
  - Marges de manutention et transport pour les médicaments et fournitures
  - Temps de travail des ASC, des superviseurs et responsables des services des ASC
  - Taux d'attrition des ASC et des superviseurs
- Les autres séries de données pour un modèle national proviennent directement des données nationales, notamment :
  - Nombre de provinces, districts, centres de santé, postes sanitaires, et collectivités
  - Données démographiques
  - Nombres de services fournis pendant l'année de référence et cibles/projections pour les années futures
  - Nombre et rémunération des ASC, superviseurs et responsables
  - Type, durée et fréquence des événements de formation
  - Taux d'incidence et nombres de services attendus
  - PTN
  - Prix d'achat des médicaments, des fournitures et du matériel (même si les ONG payent différents prix dans différents districts, il vaut mieux utiliser les prix des achats faits au niveau national par les gouvernements ou les bailleurs)
  - Nombres de visites de supervision et de réunions de responsables
  - Coûts d'investissement (p. ex., bâtiments et matériel) et coûts d'élimination des goulots d'étranglement
  - Sources de financement

Si l'intention est de développer un modèle national sans échantillon de districts, tous les chiffres doivent s'appuyer sur des normes et estimations nationales, y compris les marges de manutention et transport pour les médicaments et fournitures, le temps de travail des ASC, des superviseurs et responsables des services des ASC, ainsi que le taux d'attrition des ASC et des superviseurs. Le panel d'experts joue un rôle essentiel pour fournir ces données.

Analyse de financement

L'outil projetant les coûts pour cinq ans, il est important d'identifier les sources de financement engagées afin de pouvoir repérer les lacunes et entreprendre le plaidoyer nécessaire pour les combler. Si le financement reste insuffisant, l'utilisateur peut ajuster des variables clés dans l'outil afin de réduire le coût. Par exemple, si les fonds sont insuffisants pour mettre en œuvre de nouveaux SSC dans l'ensemble du pays, on peut donner la priorité aux zones ayant le moins accès aux services en formation sanitaire.

Le financement peut être entré sous forme de montants forfaitaires généraux, comme le budget central pour la gestion et la supervision, ou bien il peut être relié à un élément particulier d'un programme, comme le financement de bailleurs pour les médicaments antipaludiques. Dans ce cas, le financement peut être relié aux coûts projetés des médicaments antipaludiques, lesquels changeront au fil du temps. Les changements de financement peuvent également être modélisés, comme la transition du financement de médicaments contre la pneumonie par un bailleur au gouvernement.

Bien qu'il soit essentiel que les gouvernements engagent des ressources suffisantes pour la mise en œuvre des programmes afin d'assurer leur durabilité, l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaire peut être et a été utilisé dans des contextes qui varient en fonction des ressources nationales disponibles et de la dépendance à l'égard du financement des donateurs. L'outil peut également être utilisé pour démontrer l'augmentation des ressources nationales en faveur de la santé communautaire et faciliter la transition vers l'abandon du financement des donateurs pour des éléments de programme spécifiques.

Analyse des goulots d'étranglement

L'analyse des goulets d'étranglement est un élément important du dossier d'investissement. Elle utilise généralement un mélange de méthodes quantitatives et qualitatives et rassemble une série de perspectives et d'expertises différentes pour identifier et comprendre un problème. L'analyse aide à identifier où les problèmes se produisent au sein du système de santé et pourquoi ils contribuent à la faible couverture des services de santé. Selon Tanahashi (1978), les cinq éléments de la couverture des services sont l'efficacité, le contact, l'acceptabilité, l'accessibilité et la disponibilité.[4]

Un goulot d'étranglement est considéré comme tout obstacle (par exemple, l'accès géographique, financier, socioculturel, les connaissances) qui restreint la demande, l'offre et/ou la qualité des services. Une analyse des goulots d'étranglement pour un programme de santé communautaire permettrait d'identifier des indicateurs pour les aspects de la couverture mentionnés ci-dessus et d'estimer la couverture pour chaque indicateur en utilisant les données disponibles. Par exemple, un indicateur de couverture efficace pourrait être le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui sont dépistés pour la malnutrition et la couverture serait le pourcentage réel dépisté (sur la base des données d'enquête ou de programme disponibles).

Pour chaque goulot d'étranglement identifié, un atelier pourrait être organisé pour discuter des causes de chaque goulot, de son impact sur les services et/ou les coûts, ainsi que du choix et du coût de la meilleure solution. Parmi les programmes de santé communautaire, les goulets d'étranglement les plus courants affectant la couverture des interventions comprennent, entre autres, les ruptures de stock de médicaments, le manque de personnel qualifié (c'est-à-dire ceux qui ne répondent pas aux critères de recrutement d'un ASC) et l'attrition des ASCs.

Il est essentiel pour le processus de planification de comprendre les goulots d'étranglement. Il faut tenir compte des contraintes imposées par un goulot d'étranglement sur la réalisation des cibles lors de l'établissement des cibles, sauf s'il est prévu d'éliminer ce goulot d'étranglement. Les cibles utilisées dans le calcul des coûts devront donc refléter la présence, ou l'élimination, de ces goulots d'étranglement. L'analyse des causes des goulots d'étranglement et leur impact sur l'utilisation des services et le calcul du coût de leur élimination peut s'avérer difficile et exige en général une analyse séparée. Par exemple, une pénurie de médicaments peut découler d'un manque de financement pour le transport au niveau du district, une pénurie d'installation d'entreposage au niveau de la province, ou une mauvaise quantification des besoins ou un système d'approvisionnement inadéquat au niveau national. Chacun de ces problèmes a différentes options de solution et peut nécessiter une étude pour identifier, évaluer et calculer le coût de ces options.

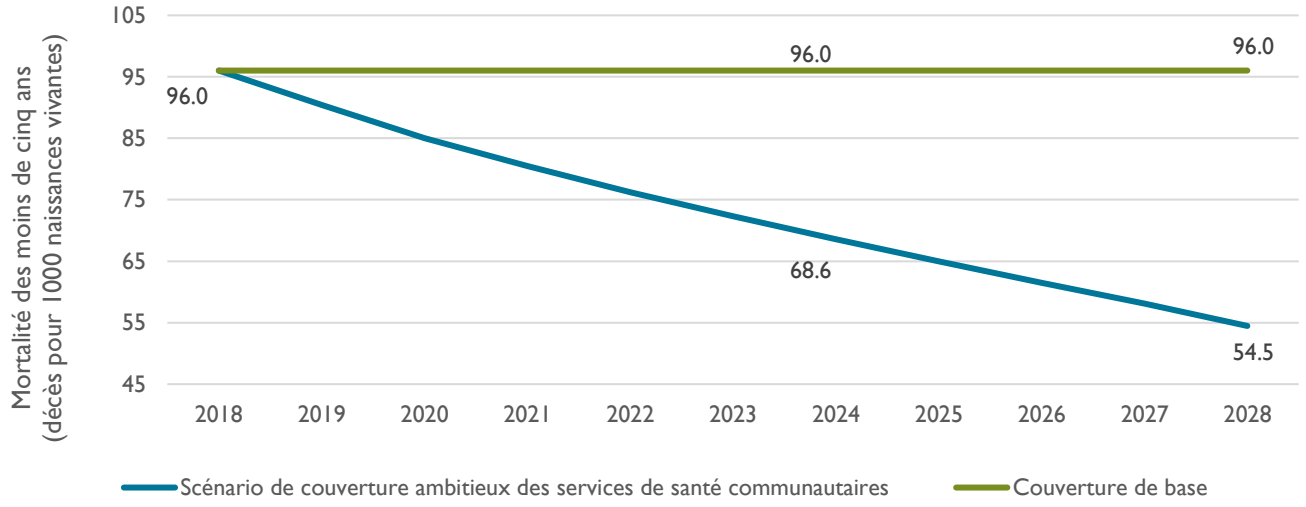
Certaines questions sont comprises dans la collecte des données pour le calcul des coûts en vue d'identifier les goulots d'étranglement, mais une analyse plus profonde est nécessaire pour avoir une image plus complète. Cette analyse s'inscrit dans le cadre des travaux de planification ; elle est décrite dans l'approche de l'UNICEF en matière de renforcement des systèmes de santé (Annexe 2).

Analyse « LIST »

Outre l'estimation du coût et du financement requis des programmes de santé communautaire, les gouvernements et les bailleurs ont de plus en plus besoin et souhaitent de plus en plus établir le *rapport qualité-prix* de l'introduction et l'expansion de l'accès aux SSC. Par exemple, les gouvernements du Burkina Faso, de Madagascar et du Soudan du Sud - dans le cadre de leurs récents investissements dans la santé communautaire - ont cherché à modéliser les coûts futurs et l'impact estimé sur la réduction de la mortalité en se basant sur différents scénarios de couverture des SSC. Pour faciliter ces analyses, l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaire a été utilisé conjointement avec l'Outil des Vies Sauvées (LiST) pour estimer les coûts de mise en œuvre ainsi que le nombre prévu de vies sauvées (c'est-à-dire les décès supplémentaires évités) et le pourcentage de réduction des taux de mortalité infantile et maternelle, respectivement.

LiST, développé par l'Institute for International Programs de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health et financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, est un outil de modélisation mathématique qui estime l'impact de la mise à échelle d'interventions de SMNE et de nutrition dans les pays à revenu faible et moyen. LiST estime l'impact de ces interventions sur les résultats de santé pour mesurer l'efficacité potentielle d'une intervention ou d'un paquet d'interventions. En d'autres termes, LiST peut être utilisé pour modéliser l'impact d'une couverture élargie de la population par une intervention unique (p. ex., sels de réhydratation orale pour la diarrhée) ou des interventions multiples (p. ex., PCIME-C pour la diarrhée, le paludisme et la pneumonie) tout en évitant le double comptage de l'impact. LiST peut également être utilisé pour examiner l'impact des modifications de couverture au niveau mondial, national ou infranational (Figure 8).

Figure 8. Exemple de l'utilisation de l'outil « Lives Saved Tool » pour indiquer l'évolution de la mortalité



L'outil s'appuie sur des bases de données pré chargées qui sont régulièrement mises à jour et que l'utilisateur peut modifier. Les données sur la couverture sont en général compilées à partir d'enquêtes nationales auprès de ménages représentatifs, notamment les enquêtes démographiques et de santé et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples. Les taux de mortalité proviennent du Groupe inter organisations pour l'estimation de la mortalité post infantile (Organisation des Nations unies) et de l' Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'UNICEF, du Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) et de la Banque mondiale. Les estimations des causes de décès sont préparées par le Groupe de l'OMS pour l'estimation de l'épidémiologie maternelle et juvénile.

Pour utiliser l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaire en conjonction avec le LiST, il existe un certain nombre d'instructions à suivre, étape par étape, qui sont décrites plus en détail dans l'outil (fichier MS Excel). Il s'agit de faire correspondre les interventions du paquet de SSC produit par le ministère de la santé avec celles incluses dans LiST, puis de s'assurer que leurs taux de couverture annuels correspondent également.

Il est important de noter que le paquet des SSC produit par le ministère de la santé comprend généralement plus d'interventions que ce qui est inclus dans l'ensemble prédéfini de services de LiST. Par exemple, LiST n'inclut pas un certain nombre de services promotionnels (par exemple, les visites à domicile et les messages communautaires) qui sont généralement fournis par les ASC et qui contribuent indirectement à la réduction de la mortalité et à d'autres résultats sanitaires. Par conséquent, le coût total du paquet des ASC peut ne pas correspondre entièrement aux résultats (c'est-à-dire les réductions de la mortalité) produits par LiST. Il convient donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats.

Suite à l'utilisation de LiST en conjonction avec l'Outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaire, Il est également important de noter les limites suivantes :

- L'impact indiqué des ASC en termes de mortalité évitée (vies sauvées) est restreint et ne tient pas compte des autres avantages sanitaires et économiques des ASC. De nombreux SSC visent à améliorer la qualité de vie des personnes et peuvent ne pas avoir d'impact sur la mortalité (par exemple, la santé mentale, les soins aux survivantes de violences basées sur le genre). L'impact peut également être exprimé en termes de morbidité en utilisant Années de vie ajustées sur l'incapacité (« Disability Adjusted Life Years) et années de vie ajustées sur la qualité (« Quality Adjusted Life Years); cependant, des analyses et des méthodes distinctes sont nécessaires.
- Certaines interventions figurant dans le modèle LiST pourraient ne pas correspondre exactement aux interventions dans la version préchargée de l'Outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires ou aux interventions définies par le panel d'experts/le programme de santé communautaire dans le pays.
- La définition et le calcul de la couverture dans LiST sont différents de ceux utilisés par l'Outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires. L'Outil définit et calcule la couverture comme « le nombre de services et d'activités fournis par les ASC (l'utilisation) », tandis que LiST définit la couverture comme « la proportion de la population recevant l'intervention de santé parmi ceux qui en ont besoin ». Par exemple, dans LiST, la couverture pour les antibiotiques par voie orale contre la pneumonie se définit comme « le pourcentage d'enfants présumés atteints de pneumonie (symptômes d'infection respiratoire aiguë) pour lesquels l'avis ou le traitement d'une formation sanitaire ou d'un prestataire a été demandé ». L'utilisateur ne peut toutefois pas voir le calcul de la couverture. Il serait donc incorrect de présumer qu'une augmentation du nombre de services fournis et d'activités menées par les ASC (selon l'Outil) correspond exactement à la même augmentation du pourcentage de la population qui a besoin de l'intervention de santé (selon LiST).
- Souvent, les programmes de santé communautaire ne disposent pas des données de couverture pour l'année de référence (on ne sait pas exactement combien de services les ASC ont fournis). Comme LiST quantifie le nombre de vies sauvées en fonction des augmentations annuelles des taux de couverture pendant l'année de référence, l'utilisateur peut utiliser des taux estimés de couverture ou fixer toutes les valeurs de référence à zéro s'il s'agit d'un nouveau programme de santé communautaire.
- Dans LiST, il n'est pas possible de mesurer l'impact des activités menées par les ASC en termes d'adoption accrue de comportements en matière de santé ou de couverture des interventions de santé fournies au niveau des formations sanitaires. Ceci limite les projections de l'impact des interventions et activités principalement promotionnelles des ASC. Par exemple, les ASC encouragent mais ne fournissent pas directement certaines prestations comme les consultations prénatales dans les formations sanitaires. En l'absence de ces données, l'utilisateur doit soit maintenir les taux de couverture inchangés, soit faire des hypothèses en fonction de l'opinion d'experts.

Pour accéder à LiST et consulter les directives, aller sur http://livessavedtool.org/.

Préparation d'un dossier d'investissement

L'objectif d'un dossier d'investissement sanitaire est de démontrer l'utilité d'une intervention et de présenter des arguments convaincants et objectifs en faveur de l'investissement de ressources. Bien que de nombreux gouvernements cherchent à développer des dossiers d'investissement spécifiques aux services communautaires, il est important qu'ils s'inscrivent dans une stratégie plus large d'investissement des ressources et de renforcement du système des soins de santé primaire (SSP). Il est typiquement préparé pour persuader les décideurs, les entités de financement du gouvernement (p. ex., ministères des Finances), et les bailleurs de ses avantages et plaider pour une allocation suffisante de ressources.

Dans la mesure du possible, un dossier d'investissement comportera les éléments suivants :[iii]

- Analyse de situation et énoncé du problème
- Solution proposée et coût des interventions
- Analyse des goulots d'étranglement et coût de leur élimination
- Cibles de mise à échelle des services et coûts par rapport aux chiffres actuels (de référence)
- Engagements financiers actuels et insuffisances de financement
- Analyse de l'impact, y compris effets sur la réduction des inégalités en matière de santé
- Effets sur la réduction des inégalités en matière de santé
- Comparaison de la situation sans investissement (statu quo) à celle d'un plan de mise à échelle[iv] et, si possible, à des investissements alternatifs[v]

Des renvois à des exemples de dossiers d'investissement sont présentés dans Annexe 6. Questionnaire à l'intention des centres de santé

Ce questionnaire est utilisé pour structurer la collecte de données auprès du responsable de la santé de l'établissement de santé, ainsi que du superviseur des ASC.

Questionnaire pour collecte des données – Centre de santé	
Nom du centre de santé :	
Nom de la personne interrogée :	
Intitulé de poste :	
Rang :	
Années de services au poste actuel :	
Salaire mensuel estimé :	
Sexe :	
Qualifications :	
Coordonnées :	
I. Rôles et responsabilités	
	Veuillez décrire votre rôle.

[iii] Toute l'analyse et la planification doivent tenir compte des dimensions de genre et d'équité. L'importance de l'équité est décrite dans Carrera et al. et Victora et al.

[iv] Le dossier d'investissement peut présenter plusieurs options de plan avec différents besoins de financement.

[v] L'investissement alternatif le plus pertinent renforcerait les services en formation sanitaire ; mais comme le problème est en général celui de l'accès, cela ne devrait pas être un argument difficile à présenter. Il est également important de noter que les SSC dépendent considérablement de la robustesse des centres de santé qui assurent le soutien et la supervision du système et de la référence. Si le système est faible, un plan réussi de SSC devra comprendre les activités et ressources nécessaires pour le renforcer.

	Quel est votre rôle en relation avec la santé communautaire ?
	Quels sont les acteurs principaux qui travaillent dans la santé communautaire ? En cas d'intervention d'ONG, veuillez énumérer chaque ONG et son rôle.
	Collaborez-vous avec un programme de santé communautaire (c.-à-d., nutrition, santé infantile) ? Listez toutes les réponses qui s'appliquent.
	Le cas échéant, veuillez décrire votre rôle spécifique dans le cadre des programme(s) de santé communautaire.
2. Population et nombre d'ASC	
	Quelle est la population desservie par ce centre de santé ?
	Combien d'autres centres de santé sont dans ce district ?
	Combien de villages ou communautés sont desservis par ce centre de santé ?
	Cette population est-elle desservie par d'autres prestataires de services (p. ex., poste sanitaire, sages-femmes traditionnelles) ?
	Parmi ces villages ou communautés, combien sont difficiles d'accès (c.-à-d., à plus de 5 km ou 10 km) ?
	Combien d'ASC font partie de ce district ? Pouvez-vous les ventiler par catégorie d'ASC et communauté dans laquelle ils sont déployés ?
	Où les ASC effectuent-ils leurs prestations (c.-à-d., leur domicile, au domicile des patients ou dans un point de service fixe) ?
3. Supervision des ASC par le centre de santé	
	Décrivez la structure de supervision et de gestion pour le ou les programmes de santé communautaire dans votre centre de santé.
	Listez tout le personnel au centre de santé participant à la gestion et à la supervision du programme de santé communautaire.
	Qui est le superviseur principal direct pour les ASC ?
	Quels sont son poste, son rang et le nombre d'années de service ?
	Quel est son salaire annuel (avantages sociaux compris) ?
	Quels sont les programmes de santé communautaires spécifiques avec lesquels ils travaillent (c.-à-d., nutrition, SME, TB) ?
	Quel est le pourcentage de temps de travail total consacré à la santé communautaire ?
	Quelle est la répartition de leur temps parmi différents programmes de santé communautaire ?
	Outre le superviseur direct, d'autres salariés du centre de santé supervisent-ils les ASC ?
	Pour chaque membre du personnel, veuillez fournir les renseignements suivants :
	Poste, rang et années de service.
	Salaire annuel (avantages sociaux compris).
	Programmes de santé communautaires spécifiques avec lesquels ils travaillent (c.-à-d., nutrition, SME, TB).
	Pourcentage du temps de travail total consacré à la santé communautaire.
	Répartition du temps parmi les programmes de santé communautaire.
	Le personnel du centre de santé organise-t-il des visites de supervision relatives à la santé communautaire ?
	Le cas échéant, à quelle fréquence et où ? Combien de temps durent les visites de supervision ?
	Décrivez les activités comprises dans les visites de supervision.
	Qui participe aux visites de supervision, notamment le personnel de soutien (p. ex., conducteurs) ?
	Quels sont les coûts de ces visites, et quelle est leur source de financement ?
	Les visites de supervision concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
4. Réunions et formations	
	Le personnel du centre de santé organise-t-il des réunions relatives à la santé communautaire ?
	Veuillez décrire ces réunions plus en détail : quel est le sujet, qui participe ?
	Les ASC participent-ils à ces réunions.
	Quelle est la fréquence de ces réunions et où se tiennent-elles ?
	Quels sont les coûts de ces réunions, et quelle est leur source de financement ?
	Si les ASC assistent aux réunions, reçoivent-ils des incitations ?
	Les réunions concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
	Quelles formations les salariés du centre de santé ont-ils reçues en rapport à la santé communautaire ?

	Veuillez décrire chacune de ces formations en plus de détails : s'agit-il de formations initiales ou de rappel ?
	Qui participe à la formation ? Qui sont les participants ? Qui sont les formateurs ?
	Quelle est la fréquence de ces formations, et où se tiennent-elles ?
	Quels sont les coûts de ces formations, et quelle est leur source de financement ?
	Les formations concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
	Le personnel du centre de santé participe-t-il à d'autres activités liées à la santé communautaire (c.-à-d., validation des données, S&E) ?
	Veuillez décrire chacune de ces activités plus en détail – quel est le sujet, qui participe ?
	Quelle est la fréquence de ces activités et où se tiennent-elles ?
	Quels sont les coûts de ces activités, et quelle est leur source de financement ?
	Les activités concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
5. SSC et couverture	
	Quels SSC sont fournis par les ASC dans votre circonscription ?
	Depuis quand les SSC sont-ils fournis ? Y a-t-il eu des changements dans les services fournis ?
	Quelle catégorie d'ASC fournit chacun de ces services ?
	Quels types de campagnes (p. ex. polio) sont offertes par le personnel du centre de santé ?
	Qui participe à ces campagnes ?
	Quelle est leur fréquence ?
	Les centres de santé fournissent-ils des services de proximité aux communautés ?
	Si oui, quels services sont fournis, et qui participe ?
	Quelle est leur fréquence ?
	Combien de SSC ont été fournis en 2015 ?
	Ventiler par type de service/prestataire de services/centre de santé ou communauté.
	Quelle est la couverture de chaque service ?
	Quelles sont les cibles pour la couverture des SSC ?
6. Communication de l'information	
	Décrivez le mécanisme de communication de l'information au sujet des SSC dans votre centre de santé.
	À quelle fréquence les rapports sont-ils remplis ? Comment sont-ils transmis du niveau communautaire aux niveaux des centres de santé et des districts ?
	Les services communautaires sont-ils ventilés au niveau des centres de santé ?
	Les SSC sont-ils inclus dans les données HMIS ?
7. Médicaments, fournitures, produits, matériel	
	Décrivez l'approvisionnement de médicaments et le processus de gestion des SSC dans votre centre de santé.
	Quels produits et matériel sont employés dans le cadre du programme de santé communautaire ?
	A-t-on rencontré des problèmes liés aux ruptures de stock (plus de sept jours) de médicaments ou de fournitures utilisés par les ASC ? Si oui, veuillez préciser.
	Veuillez décrire la chaîne d'approvisionnement pour la santé communautaire. Quels sont les modes de transport des médicaments et produits à destination/en provenance du district ?
	Dispose-t-on d'un budget pour la chaîne d'approvisionnement vers la communauté ? Si oui, combien le district reçoit-il pour transporter ces produits ?
8. Financement	
	Dispose-t-on d'un budget pour les activités de santé communautaire dans votre centre de santé ?
	Si oui, quel est le budget annuel ?
	Quelles activités sont financées à travers ce budget ?
	Rencontre-t-on parfois des retards dans la dotation budgétaire ?
	Recevez-vous, ou d'autres salariés reçoivent-ils, des incitations en nature pour vos services (p. ex., tee-shirt, casquette, vélo, téléphone portable, crédits de téléphone, parapluie) ?
	Dans l'affirmative, de quelle source provient l'incitation, et quel est son montant ?
	Les ONG fournissent-elles un financement supplémentaire ? Dans l'affirmative, pour quels produits et activités ?
9. Défis / réussites	
	Quels sont les défis/goulots d'étranglement dans la fourniture de SSC ? Réponses possibles :

	▪ Ruptures de stock de médicaments et de fournitures. ▪ Disponibilité du matériel. ▪ Accès géographique et en temps opportun des familles aux ASC. ▪ Nombres adéquats d'ASC. ▪ ASC adéquatement formés pour tous les services. ▪ Supervision régulière et adaptée. ▪ Frais dus par les patients.
	Quelles sont les principales difficultés s'agissant de fournir des SSC ?
	Quels sont des exemples de réussites des programmes de santé communautaire ?
	Quels sont des exemples de facteurs contribuant à la réussite des programmes de santé communautaire ?
Heure de fin de l'entretien :	
Durée (minutes / heures) de l'entretien :	

Annexe 7. Questionnaire à l'intention des ASC

Ce questionnaire est employé pour structurer les données recueillies par les ASC et collecter les coûts des produits dont les ASC ont besoin pour fournir les SSC, et comment ils fonctionnent pour pouvoir relier les coûts.

Questionnaire pour la collecte des données – Agent de santé communautaire	
Nom de l'ASC interrogé :	
Sexe :	
Nom du village ou de la communauté :	
Nom et site du superviseur direct :	
Centre de santé :	
District :	
1. Rôles et responsabilités	
	Veuillez décrire votre rôle en tant qu'agent de santé communautaire.
	Quand avez-vous commencé à travailler en tant qu'ASC ?
	Quels services fournissez-vous ?
	Ces services sont-ils liés à différents programmes (c.-à-d., PCIME, nutrition ?
	Existe-t-il un nom particulier pour votre type d'agent de santé communautaire ?
	Quelle est la taille du village ou de la communauté que vous servez (taille de la population et nombre de foyers) ?
	D'autres ASC que vous travaillent-ils dans le village ?
	Si oui, combien ?
	Fournissez-vous les mêmes types de services, ou différents services ?
	S'il s'agit des mêmes types, vous divisez-vous la population entre ASC ou couvrez-vous la totalité de la population en alternant les jours ou les horaires ?
	Si vous vous divisez la population, combien de foyers couvrez-vous et combien sont couverts par d'autres ASC ?
2. Temps et disponibilité	
	En général, combien d'heures par jour êtes-vous disponible pour travailler en tant qu'ASC ?
	Combien d'heures par jour passez-vous réellement à travailler en tant qu'ASC ?
	En général, combien de jours par semaine êtes-vous disponible pour travailler en tant qu'ASC ?
	Combien de jours par semaine passez-vous réellement à travailler en tant qu'ASC ?
	En général, travaillez-vous en tant qu'ASC toute l'année, ou prenez-vous certains jours/mois de congés ?
	Décidez-vous quand vous souhaitez travailler en tant qu'ASC, ou votre superviseur vous demande de travailler un certain nombre d'heures par jour et de jours par semaine ?
	Estimez-vous que vous pourriez passer plus de temps à fournir des services communautaires, ou bien que vous ne disposez pas de suffisamment de temps pour répondre aux besoins actuels de votre village ?
	Combien de temps consacrez-vous à différents programmes de santé communautaire ?
3. Activités	
	Veuillez énumérer toutes les activités que vous faites habituellement en tant qu'ASC ?
	En général, combien de cas voyez-vous ou de traitements dispensez-vous par semaine ?
	Réfléchissez à une semaine typique en ce qui concerne vos activités en tant qu'ASC.
	Énumérez les différents types d'activités que vous faites en tant qu'ASC au cours d'une semaine typique :
	Que faites-vous ?
	Combien d'heures consacrez-vous à chaque activité ?
	Pour chaque activité, où allez-vous ?
	Pour chaque activité, combien de temps vous faut-il pour les trajets (c.-à-d. aller-retour jusqu'à un foyer) ?
	Pour chaque activité, s'agit-il d'un programme particulier (c.-à-d., PCIME-C, nutrition) ?
4. Communication de l'information	
	À quelle fréquence vous déplacez-vous vers le centre de santé pour donner vos rapports ou obtenir une validation des données ?
	À quelle fréquence remplissez-vous des rapports d'activités ?

	Combien de jours par mois passez-vous à remplir le rapport mensuel ?
	À quelle fréquence vous déplacez-vous vers le centre de santé pour vous réapprovisionner en médicaments et fournitures ?
	Combien de temps faut-il pour aller au centre de santé, et à quelle distance se trouve-t-il ?
	Vous faut-il une journée complète pour vous rendre au centre de santé (aller-retour) ?
	À quand remonte la dernière visite de supervision de votre superviseur ?
5. Formations et réunions	
	Veuillez dresser une liste des différentes formations et réunions auxquelles vous avez participé l'année dernière.
	Pour chaque formation :
	Quel était le sujet de la réunion ou de la formation ?
	Où a été tenu la réunion ou la formation ?
	Quelle est la fréquence de la réunion ou de la formation (s'il s'agit de rappels) ?
	Combien de temps a duré la réunion ou la formation ?
	Avez-vous touché une indemnité journalière ou une incitation ? Si oui, combien ?
6. Traitements	
	Pour chacun des traitements que vous avez énumérés plus haut :
	Décrivez ce que vous faites pour chaque service ou traitement – quelles étapes suivez-vous ?
	Quels médicaments fournissez-vous ?
	Combien de temps faut-il pour fournir le diagnostic et le traitement ?
	Faites-vous une visite de suivi ? Si oui, combien de temps prend-elle ?
	Que faites-vous si un patient est trop malade pour subir un traitement ?
	Lorsqu'un patient est orienté vers le centre de santé, enregistrez-vous le patient dans votre registre ?
	Recevez-vous des réorientations du centre de santé ?
	Accompagnez-vous les patients au centre de santé ?
	Fournissez-vous traitement initial au patient avant de le référer ?
	Participez-vous à des activités périodiques liées à la santé communautaire, comme les campagnes de vaccination ou la distribution de moustiquaires imprégnées ?
	Si oui, énumérez les événements et leur fréquence.
7. Médicaments et équipement	
	Quels types de médicaments, diagnostics et autres produits recevez-vous ?
	Rencontrez-vous parfois des problèmes de rupture de stock de médicaments ?
	Que faites-vous si les médicaments ne sont pas disponibles ?
	Quels types de matériel non médicaux recevez-vous ?
	Avez-vous parfois des pénuries de matériel ?
8. Paiements et incitations	
	Facturez-vous les patients pour vos services en tant qu'ASC ?
	Si oui, combien facturez-vous ?
	Facturez-vous les patients pour les médicaments ?
	Si oui, combien pour chaque type de médicament ?
	Combien gagnez-vous pour chaque vente ?
	Achetez-vous vos médicaments auprès du centre de santé ?
	Recevez-vous d'autres formes de paiement pour vos services en tant qu'ASC ?
	Dans l'affirmative, de quelle source provient le paiement, et quel est son montant ?
	Recevez-vous des incitations « en nature » pour vos services en tant qu'ASC ?
	Dans l'affirmative, de quelle source provient l'incitation, et quel est son montant ?
	Existe-t-il d'autres avantages liés au rôle d'ASC (p. ex., reconnaissance publique, perspectives de promotion et perfectionnement professionnel) ?
9. Défis / réussites	
	Quels sont les défis/goulots d'étranglement dans la fourniture de SSC ? ▪ Ruptures de stock de médicaments et de fournitures. ▪ Disponibilité du matériel. ▪ Accès géographique et en temps opportun des familles aux ASC. ▪ Nombres adéquats d'ASC. ▪ ASC adéquatement formés pour tous les services.

	▪ Supervision régulière et adaptée. ▪ Frais dus par les patients.
	Quelles sont les principales difficultés s'agissant de fournir des SSC ?
	Quels sont des exemples de réussites des programmes de santé communautaire ?
	Quels sont des exemples de facteurs contribuant à la réussite des programmes de santé communautaire ?
Heure de fin de l'entretien :	
Durée (minutes / heures) de l'entretien :	

. Un dossier d'investissement résume pour un programme de santé communautaire au Soudan est présenté ci-dessous :[5]

Entre 2015 et 2019, la mise à échelle d'un paquet d'interventions choisies de nutrition ou sensibles aux questions de nutrition pour couvrir 90 % du Soudan aurait les impacts suivants :

- Réduction le taux de mortalité des moins de cinq ans de 73 à 49 sur 1 000 naissances vivantes
- Réduction de la prévalence des retards de croissance de 35% à 25 % et réduction de la prévalence de cachexie (taux de malnutrition aiguë globale) de 16,5% à 6 %
- Augmentation de l'allaitement exclusif de 41% à 63 %
- Réduction de l'anémie ferriprive chez les femmes enceintes de 58% à 26 %

> *Le coût annuel total de la couverture de 90 % du Soudan par un paquet d'interventions choisies de nutrition ou sensibles aux questions de nutrition serait de 524 millions USD, soit une augmentation de 443 millions USD par rapport à 81 millions USD. Des études indiquent qu'investir pour améliorer la nutrition peut entraîner une augmentation du produit intérieur brut de 3 %. Par rapport au produit intérieur brut du Soudan en 2013 (66,55 milliards USD), cela se traduirait en un gain annuel de 2 milliards UD par an pour le Soudan. La valeur des avantages serait considérablement supérieure au coût et représenterait un rendement quatre fois plus important que l'investissement.*

L'exercice de calcul des coûts des SSC est un élément essentiel de la préparation d'un dossier d'investissement pour des SSC en fournissant les coûts de différents paquets d'interventions à différents degrés de couverture ainsi que les ressources engagées et les insuffisances de financement. Avec l'inclusion des coûts additionnels d'élimination des goulots d'étranglement, le plan de prestation de services devient un plan d'investissement. Et avec l'ajout de l'impact sur le nombre de vies sauvées, le plan d'investissement devient un dossier d'investissement.

Annexe 1. Exemple des termes de référence

Les termes de référence suivants ont été élaborés par le ministère de la santé du Soudan du Sud et l'UNICEF pour le développement d'un dossier d'investissement pour la stratégie nationale de santé communautaire (Boma Health Initiative). Ils peuvent être adaptés pour être utilisés par d'autres pays.

Objectif	Aider le ministère de la santé de la République du Soudan du Sud à fournir une analyse des coûts et des investissements pour l'initiative sanitaire de Boma
Frais prévus	Professionnel de niveau intermédiaire
Lieu	Juba
Durée	3 mois
Date de début	Dès que possible
Rapport	Gestionnaire de la santé maternelle, infantile et néonatale sous la direction générale du chef de section

Contexte :

Le Soudan du Sud a une population estimée à 9 297 254 habitants, dont 1 952 423 enfants de moins de cinq ans et 2 324 314 femmes en âge de procréer (15-45 ans). Le pays présente des taux de mortalité, de fécondité et de sous-alimentation parmi les plus élevés. Le taux de mortalité infantile (IMR) et le taux de mortalité des moins de cinq ans (U5MR) sont respectivement de 75 et 105 pour 1000 naissances vivantes.

Les conflits civils pour l'indépendance du Soudan du Sud, de plus de deux décennies ont empêché la mise en place de structures de santé communautaires, ce qui a désavantagé la République du Soudan du Sud lors de son accession à l'indépendance en 2011. Malgré ce défi, diverses tentatives ont été faites pour engager les communautés dans la prestation de services de santé au Soudan du Sud, y compris pendant la période de mise en œuvre de l'accord de paix global (CPA) à ce jour. Depuis la signature du CPA en 2005, quelques ressources des communautés ont continué à servir sur une base ad hoc en dépit des efforts pour formaliser ou reconnaître la structure comme partie intégrante du système de santé national. Etant un domaine prioritaire du programme de lutte contre les inégalités, l'UNICEF soutient de nombreux pays en accélérant l'expansion des initiatives communautaires intégrées, en développant des traitements rentables pour les enfants souffrant des principales causes de mortalité infantile - pneumonie, diarrhée et paludisme - qui représentent la majorité des décès post-néonatals en Afrique. Lorsqu'ils sont bien équipés et formés, les agents de santé communautaires peuvent prévenir et traiter ces affections et réduire considérablement la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Les services de santé communautaire (SSC) constituent une stratégie clé pour promouvoir un comportement sain et améliorer l'accès à des interventions à fort impact en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, en particulier dans les communautés isolées. Il existe de plus en plus de preuves des avantages de la prestation de services communautaires, ce qui indique également que l'intégration des services de santé est importante et efficace. Le SSC a été identifiée comme un bon investissement - capable de prévenir jusqu'à 3 millions de décès par an, offrant un rendement économique allant jusqu'à 10:1 grâce à une productivité accrue et à la réduction de la charge des services dans les établissements de santé. Cependant, on en sait beaucoup moins sur le coût de programmes de santé communautaire efficaces, compréhensifs et intégrés. Sans ces informations, les programmes sont souvent sous-financés et financièrement non viables. En outre, les occasions d'inclure le financement des SSC dans des paquets d'assurance ou dans de nouveaux mécanismes de financement mondiaux (tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou le Global Financing Facility, GFF) sont souvent manquées. Les tentatives actuelles d'établissement de structures de santé communautaires sont largement dirigées par des partenaires ou sont spécifiques à une maladie, ceci impliquent de double emploi, fragmentations et existence des différents noms et paquets, ce qui entraîne l'absence d'une structure harmonisée. En outre, la structure, la composition, les rôles et les responsabilités au sein des initiatives de santé communautaire

existantes manquent de clarté, ce qui a entraîné un manque d'engagement des ressources pour la sélection, la formation et le fonctionnement des structures des initiatives de santé communautaire.

Lors du sommet sur la santé en mars 2017, le ministère de la santé a officiellement lancé la "Boma Health Initiative (BHI)", une stratégie de renforcement du système de santé communautaire qui fait officiellement partie du système de santé global du Soudan du Sud. La BHI est un modèle basé sur la communauté - comprenant des comités de santé de Boma (BHC), des équipes de santé de Boma (3 agents de santé communautaires) et des promoteurs de santé à domicile bénévoles (HHP) - qui est destiné à combler le fossé entre les établissements de santé et les communautés. Le BHI comprend un ensemble intégré de services de promotion de la santé, de prévention des maladies et de traitements sélectionnés (malaria, pneumonie et diarrhée) fournis par les équipes de santé de Boma avec le soutien des BHC et des HHP aux communautés et aux ménages. En outre, un système communautaire d'information sur la santé, la surveillance communautaire et l'enregistrement des naissances et des décès dans le Boma font partie des activités courantes de la BHT en collaboration avec les HHP. L'initiative sanitaire du Boma devrait permettre de réduire considérablement les décès et à moindre coût, d'accroître l'utilisation des services et la participation des communautés aux activités sanitaires, et de promouvoir l'appropriation et la durabilité de la structure sanitaire communautaire. Une première estimation des coûts a été réalisée pour la Boma Health Initiative, mais elle a été faite avant la dévaluation de la monnaie du Soudan du Sud. Il est donc nécessaire d'actualiser le calcul des coûts de la BHI et de développer un dossier d'investissement pour soutenir le financement et l'effet de levier de l'augmentation des ressources de la BHI par le gouvernement et les partenaires.

Justification :

La mauvaise situation sanitaire et les inégalités en matière de santé sont dus aux mauvais déterminants de la santé et des obstacles à l'accès aux soins de santé, qui relèvent de la compétence principale du ministère de la santé (MOH), tandis que d'autres déterminants de la santé, qui ne relèvent pas de la compétence du MOH, comprennent l'eau et l'assainissement, l'éducation, l'alimentation et l'agriculture, l'emploi, certaines pratiques culturelles dont on sait qu'elles favorisent ou nuisent à la santé. La pertinence de ces facteurs souligne la nécessité d'un programme global de promotion de la santé par le biais d'une collaboration intersectorielle afin d'identifier et d'améliorer les déterminants de la santé. Dans ce contexte, une initiative de santé communautaire - la Boma Health Initiative (BHI) - est essentielle pour accroître l'accès aux interventions de promotion de la santé, de prévention des maladies et de gestion des cas communautaires.

Jusqu'à présent, il n'existait pas d'outils adéquats pour aider à planifier et à chiffrer des SSC complètes et à utiliser les résultats pour préparer des cas d'investissement. Pour aider à répondre à ce besoin, MSH et l'UNICEF ont développé, en 2016, une méthodologie ainsi qu'un outil - l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaire. La méthodologie et l'outil sont destinés à aider les gestionnaires à planifier les SSC et à préparer les dossiers d'investissement pour le financement, et devraient faire partie d'un processus de planification sanitaire global. En cas de déficit de financement, les chiffres peuvent être utilisés pour plaider en faveur de l'obtention de fonds supplémentaires et, si cela n'est pas le cas, l'outil peut être utilisé pour redéfinir les priorités des activités et/ou réduire les coûts afin que le plan de santé communautaire qui en résulte soit entièrement financé.

Le ministère de la santé, avec le soutien de l'OMS, est en train d'élaborer un nouveau plan stratégique quinquennal pour le secteur de la santé, qui s'appuiera sur les plans et les activités des différents programmes. Étant donné l'avantage comparatif de l'UNICEF dans le domaine de la programmation et des services de santé communautaires en tant que stratégie pour atteindre les populations les plus vulnérables, l'UNICEF peut soutenir le ministère de la santé dans l'évaluation des coûts de l'initiative sanitaire de Boma et dans l'élaboration d'un dossier d'investissement global pour l'initiative sanitaire de Boma, qui constituera une contribution essentielle au nouveau plan stratégique du secteur de la santé. Un autre élément clé de la BHI qui présente une faiblesse est que la collecte de données communautaires et les outils peuvent être reliés au système d'information sur la gestion de la santé (HMIS) dans le cadre du DHIS2.

La réduction effective de la mortalité maternelle et infantile élevée et la sous-alimentation en République du Soudan du Sud nécessite un système de santé renforcé qui fournira un accès intégré et amélioré et un continuum de qualité de soins de santé maternelle, néonatale et infantile, du niveau communautaire aux établissements de santé, ce qui permettra d'obtenir de bons résultats en ce qui concerne l'état de santé des communautés. Cela renforcera le système de santé qui fournit efficacement les éléments du paquet de base des services de santé et de nutrition (BPHNS) au niveau communautaire afin de contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle par le développement de structures communautaires en tant que composante officielle du système de santé national au niveau de Boma, avec l'intention d'accroître l'accès à la promotion de la santé de qualité, à la prévention des maladies et à certains services curatifs grâce à l'engagement communautaire.

Le ministère de la santé a demandé le soutien technique et financier de l'UNICEF afin d'actualiser le calcul des coûts de l'initiative BHI et de finaliser les outils de collecte de données. Ce travail comprendrait l'externalisation d'un ou plusieurs experts internationaux ayant une solide expérience professionnelle dans la planification, le calcul des coûts et le suivi des programmes de santé communautaire. L'objectif principal de cette consultation est d'aider le ministère de la santé à finaliser les outils de calcul des coûts et de collecte des données pour l'initiative de santé de Boma et de développer un dossier d'investissement pour soutenir le financement du déploiement et de la mise a échelle du BHI.

Objectifs :

Le but et l'objectif de la mission est de terminer l'élaboration du dossier de calcul des coûts et d'investissement pour la BHI ainsi que de finaliser les outils de collecte de données communautaires. On espère que les résultats de cette consultation constitueront un argument convaincant pour l'investissement de ressources dans la BHI et persuaderont les principales parties prenantes et les donateurs des avantages de la BHI en matière de santé publique. Les résultats comprendront une analyse complète des coûts totaux du programme, du financement requis et des lacunes de financement, et la finalisation des outils de collecte de données communautaires liés au HMIS, qui aideront le gouvernement du Soudan du Sud à étendre l'initiative nationale de santé de Boma. Sous la direction générale de la Direction de la santé communautaire et des programmes spéciaux du ministère de la santé et du responsable de la santé maternelle, néonatale et infantile de l'UNICEF, le consultant sera en charge de:

1. **Élaborer une note de démarrage**, comprenant un plan d'action détaillé et un calendrier solide, guidé par le présent mandat, et en fournir des copies à la direction de la santé communautaire et des programmes spéciaux du ministère de la santé, à l'UNICEF et au groupe de travail technique de la BHI.
2. **Modéliser le coût de la mise en oeuvre du programme national BHI** - Des modèles de coûts devraient être élaborés pour calculer le coût de la mise en oeuvre de l'ensemble complet de services, en utilisant l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaire de l'UNICEF. Le coût devrait être basé sur les niveaux moyens actuels d'utilisation/de couverture pour un petit échantillon de programmes communautaires actuels et avec trois scénarios de mise à l'échelle (faible, moyen et élevé) sur une période de dix ans (2017-2027). Les modèles devraient inclure une répartition des coûts totaux du programme par paquet de santé (par exemple, éducation à la santé, iCCM, données communautaires /statistiques vitales) et par catégorie (par exemple, médicaments/équipements, formation et supervision).
3. **Préparer des options de financement pour le programme national BHI** - Des scénarios de financement doivent être préparés à l'aide de l'outil en fonction des promesses de financement actuelles et futures du gouvernement du Soudan du Sud et des donateurs. Les résultats seront utilisés pour effectuer une analyse des lacunes financières afin de plaider auprès des principales parties prenantes pour une augmentation des niveaux de financement du programme.
4. **Déterminer l'impact de l'investissement sur les décès évités** - L'outil Lives Saved Tool (LiST), devrait être utilisé pour modéliser l'impact attendu des trois scénarios de couverture sur les taux de mortalité des moins de cinq

ans et de mortalité maternelle sur la période de dix ans. Les résultats démontreront le retour sur investissement (c'est-à-dire l'évolution attendue de la baisse de la mortalité) associé à chaque scénario de mise à l'échelle.

5. **Identifier les principaux goulets d'étranglement** - Une analyse des principaux goulets d'étranglement doit être réalisée pour identifier l'effet sur les déterminants de la couverture (par exemple, l'accès géographique, financier, socioculturel, les connaissances, etc) et leur impact sur les coûts du program BHI et leurs causes.
6. **Fournir des recommandations clés** - Les recommandations se concentreront sur les solutions permettant de traiter les principaux goulets d'étranglement du côté de l'offre et de la demande pour une mise en œuvre et un impact durables du programme BHI.
7. **Finaliser les outils de collecte de données pour la santé** communautaire et incorporer les informations sur la santé communautaire dans le système d'information sur la gestion de la santé (HMIS) désagrégés à partir des données des établissements de santé (en collaboration avec la Direction des politiques, de la planification, du suivi et de l'évaluation)
8. **Soumettre les rapports finaux au ministère de la santé** - Direction de la santé communautaire et des programmes spéciaux - et à l'UNICEF.

Formation et expérience professionnelle :

- Diplôme de troisième cycle ou études supérieures en santé publique, systèmes de santé, économie de la santé, politique et gestion de la santé ou autre domaine d'expertise pertinent.
- Au moins cinq ans d'expérience professionnelle avérée aux niveaux national et international dans la planification et le calcul des coûts des programmes de santé communautaire ou de santé infantile dans les pays en développement
- Au moins cinq ans d'expérience professionnelle avérée dans les systèmes de santé et/ou les programmes de santé communautaire dans les pays à faibles et moyens revenus, y compris les systèmes d'information de gestion de la santé.
- Excellente communication, orale et écrite, compétences
- Capacité démontrée à produire des rapports d'évaluation et/ou d'analyse de haute qualité
- Bon esprit d'équipe, capacité à travailler de manière indépendante et dans des délais très courts, avec une pensée créative, une volonté de résultats et des engagements forts.
- Bonne relation interpersonnelle, même dans un environnement de travail défavorable.
- Une expérience professionnelle au Sud Soudan, ou dans des contextes similaires, est un avantage supplémentaire.

Langue : Anglais parlé et écrit couramment

Le ou les consultants seront affectés à plein temps au ministère de la santé de la République du Soudan du Sud, à la direction de la santé communautaire et des programmes spéciaux pour les besoins de la mission. Le ou les consultants rendront compte au directeur de l'UNICEF pour la santé maternelle et infantile et au directeur général de la santé communautaire et des programmes spéciaux du ministère de la santé. Il est prévu que le calendrier de paiement sera basé sur des produits spécifiques dans un délai donné. Le dernier paiement sera effectué lors de la présentation du rapport final avec une évaluation satisfaisante.

Rapports :

Des rapports d'avancement mensuels et un rapport final à la fin du contrat seront soumis à la Direction des SSP du Ministère de la Santé et à l'UNICEF

Résultats attendus (rapports sur papier et en ligne) :

- Note de mise en place
- Outil d'évaluation des coûts avec modèles de coûts/financement et modèles LiST correspondant aux trois scénarios de mise à l'échelle
- Rapport d'analyse qui comprendra une analyse de la situation avec les goulets d'étranglement identifiés ; une méthodologie définie du cas d'investissement ; des résultats sur les coûts, l'impact et le financement pour les trois scénarios de couverture ; et des recommandations pour la mise à l'échelle.
- Projet final du plan chiffré de la BHI et du dossier d'investissement

Durée de la mission :

Cette mission devrait durer environ 3 mois.

Annexe 2. Ressources complémentaires

La planification des SSC produit les meilleurs résultats lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre d'un exercice de planification sanitaire plus large puisqu'il est important de disposer d'un plan complet et intégré. Elle devrait prendre en compte d'autres services de santé primaires fournis dans les hôpitaux et centres de santé, et définir clairement les traitements et les références planifiées en amont et en aval. Il est préférable d'effectuer la planification et le calcul des coûts au niveau des soins de santé primaires (district), ce qui facilite l'évaluation et la planification des rôles des différents niveaux (hôpital, centre de santé et communauté).

Les responsables ont plusieurs ressources à leur disposition pour élaborer des plans de santé, dont plusieurs sont décrites ci-dessous.

Directive de l'OMS sur la politique de santé et le soutien au système pour optimiser les programmes de soins de santé primaires

Afin d'optimiser la conception et les performances des programmes d'aide humanitaire, l'OMS a élaboré, par le biais d'une analyse critique des données de pointe disponibles, un guide qui fournit des recommandations politiques clés pour soutenir et optimiser les programmes d'aide humanitaire. Destiné à être utilisé comme un outil par les décideurs politiques, les planificateurs et les gestionnaires nationaux, le guide fournit une synthèse des données probantes et une série de recommandations pour la conception, la mise en œuvre, la performance et l'évaluation de programmes efficaces de travail en équipe. Par exemple, le guide fournit des recommandations pour la sélection des ASC, la formation et la certification, la rémunération, la gestion et la supervision, l'intégration des ASC dans les systèmes de santé et l'engagement communautaire.

Bien que la directive reconnaisse que ces recommandations politiques auront des implications financières importantes, elle indique également qu'il y a peu de preuves sur les besoins en ressources des programmes de ASC. L'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaire de l'UNICEF peut être utilisé pour faciliter la prise de décision en identifiant les besoins en ressources et les coûts de ces décisions politiques au niveau national ou sous-national. La ligne directrice de l'OMS peut également être utilisée en conjonction avec l'outil AIM des ASC (voir ci-dessous).

Matrice d'évaluation et d'amélioration des agents de santé communautaires (MEA ASC)

MEA ASC[vi] (ou CHW AIM en anglais) est un outil conçu pour faciliter la conception, la planification et l'évaluation participatives des programmes de santé communautaire. Il se concentre sur dix composantes programmatiques clés (Figure 9), chacune pouvant être évaluée sur la base de quatre niveaux de fonctionnalité allant du non fonctionnel (niveau 1) au hautement fonctionnel (niveau 4), tels que définis par les meilleures pratiques suggérées. Dans certains cas, il peut ne pas être possible d'atteindre le niveau 4 (par exemple, en raison de contraintes de ressources dans le pays, certains gouvernements ne peuvent pas payer les salaires complets des agents de santé communautaires).

L'outil de planification et d'établissement des coûts de la santé communautaire de l'UNICEF peut être utilisé conjointement avec l'outil AIM pour la conception, la planification et l'évaluation des programmes des ASC. Plus

[vi] Disponible sur : https://chwimpact.org/

précisément, l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaire peut être utilisé pour estimer les coûts (passés, actuels, futurs), les besoins en ressources (par exemple, médicaments et fournitures) et le financement nécessaire pour différents modèles de programmes de santé communautaire.

Au cours de phases de conception/planification, l'Outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires et l'outil MEA sont utiles dans le cadre d'analyses d'hypothèses qui évaluent les conséquences financières des changements de politique (p. ex., l'hypothèse que le gouvernement a commencé à verser des incitations financières aux ASC, développé les formations des ASC en vue d'atteindre le niveau 4 [extrêmement fonctionnel] ou encore amélioré ses structures de supervision ?). Concernant l'évaluation des programmes de santé communautaire, on peut également utiliser l'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires pour évaluer les coûts et le rapport coût-efficacité des programmes de santé communautaires à l'aide des données programmatiques sur les populations touchées et le nombre de services fournis.

Figure 9. Dix composantes programmatiques clés des programmes de santé communautaire (outil CHW AIM)

Rôle et recrutement : Conception et définition précise du rôle de l'ASC par la communauté, l'ASC et le système de santé et lieu d'origine de l'ASC identifié et sélectionné.

Formation : Formation avant prise de fonction fournie à l'ASC pour le/la préparer à son rôle et assurer qu'il/elle développe les compétences nécessaires pour offrir des soins sûrs et de qualité ; formation continue assurée pour renforcer la formation initiale, enseigner de nouvelles compétences à l'ASC et assurer la qualité.

Certification : Évaluation et certification des connaissances et compétences en matière de santé avant d'exercer et renouvellement de la certification à intervalles réguliers pendant l'exercice.

Matériel et fournitures : Mise à disposition du matériel et des fournitures nécessaires, le cas échéant, pour assurer les services attendus.

Supervision : Mise en œuvre de la supervision formative afin de fournir régulièrement le renforcement des compétences, la résolution des problèmes, l'évaluation des résultats et la vérification des données.

Incitations : Offre d'un ensemble d'incitations équilibrées correspondant aux attentes liées au poste, notamment la rémunération sous forme de salaire, et les incitations non financières.

Participation communautaire : Appui de la création et du maintien du programme ASC par la communauté.

Perspective de promotion : Proposition d'évolution de carrière aux ASC.

Données : Flux des données au niveau communautaire entre le système de santé et la communauté, et utilisation de ces données à des fins d'amélioration de la qualité.

Liens avec le système de santé national : Mesure dans laquelle le MSP applique des politiques qui intègrent et incluent les ASC dans la planification et l'élaboration du budget du système de santé, et apporte un appui logistique pour maintenir les programmes ASC au niveau régional, national ou des districts.

Approche de renforcement des systèmes de santé de l'UNICEF

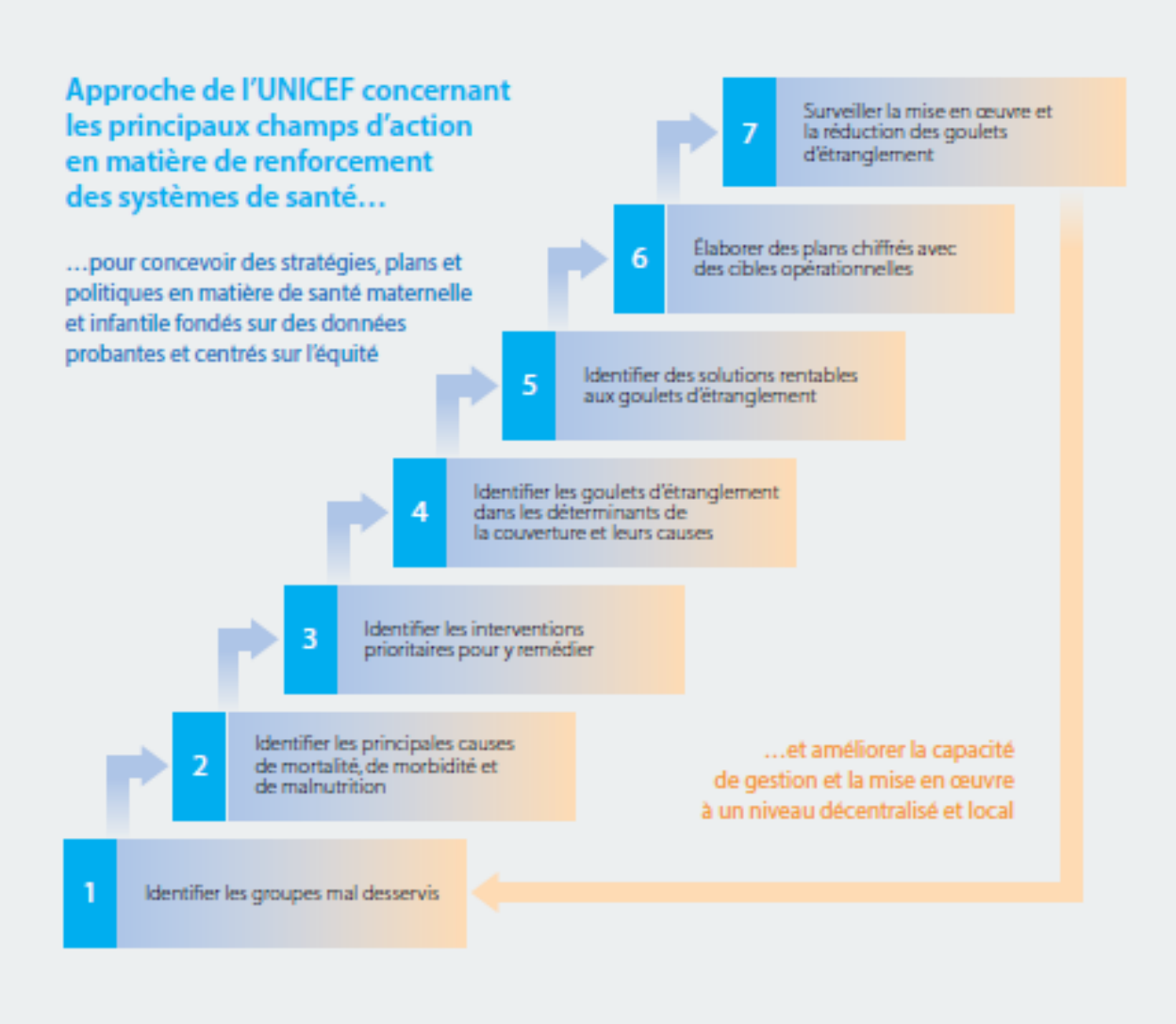
Dans sa publication de juin 2016 sur le renforcement des systèmes de santé, l'UNICEF a défini son approche au renforcement des systèmes de santé au niveau communautaire comme suit :

> *Au niveau communautaire, créer de la demande et assurer la fourniture de services de santé et connexes essentiels et abordables d'une qualité adéquate, en s'appuyant sur la prise en charge intégrée des maladies au niveau communautaire ; s'efforcer d'influencer les normes et barrières sociales qui privent les enfants et femmes de leurs droits d'accéder aux soins, ainsi que les comportements associés ; appuyer des initiatives visant à surmonter les obstacles financiers à l'accès aux services de santé ; améliorer la redevabilité des leaders*

communautaires et de santé locaux concernant les facteurs déterminants de santé et les résultats cliniques, et ainsi, renforcer les capacités de résilience et d'interventions d'urgence.[6]

La méthodologie utilise l'approche en sept étapes de l'UNICEF (Figure 10) et contribue à définir les coûts des interventions prioritaires et à déterminer si elles sont rentables et abordables, identifier les goulots d'étranglement et leurs solutions, modéliser les vies sauvées, et offrir une méthode facile et flexible pour déterminer les stratégies de coûts.

Figure 10. Approche en sept étapes pour l'analyse de la situation et l'identification des actions prioritaires dans le cadre du renforcement des systèmes de santé



Il est important de noter que la planification stratégique décrite ci-dessus doit être menée pour le système de SSP dans son ensemble (p. ex., communauté, centre de santé, hôpital de district). Le plan stratégique pour la communauté serait un sous-ensemble de ce plan SSP. L'outil de planification et de calcul des coûts des services de santé communautaires serait utilisé pour évaluer les coûts des stratégies (étape 7) et les engagements financiers des projets. Puisqu'il s'agit d'un processus de planification itératif, les résultats du calcul des coûts et de l'analyse du financement sont réintégrés dans le processus de planification abordé à l'étape 5. La portée du plan stratégique et la suppression des goulots d'étranglement sont ajustées en fonction du coût et des fonds anticipés ou engagés. Cela implique le retrait de certaines interventions de l'ensemble de services ou la réduction des couvertures ou des populations cibles. Ces ajustements

peuvent transformer le plan stratégique et le calcul des coûts en un plan financé, ce qui peut ensuite devenir des plans opérationnels. Puisque le coût des besoins non satisfaits a été calculé dans le cadre du plan stratégique, celui-ci peut être inclus en annexe au plan et servir de plaidoyer pour montrer quels projets pourraient être mis en œuvre grâce à des fonds supplémentaires.

EQUIST

EQUIST[vii] est une plateforme Web qui rassemble une foule de données et outils existants pour aider les décideurs et dirigeants à prendre des décisions responsables sur les meilleurs moyens d'investir des ressources limitées pour réduire les inégalités en matière de santé maternelle et infantile. Elle guide les utilisateurs à travers un processus fondé sur les données probantes afin d'identifier les priorités stratégiques pour réduire le fossé en matière d'équité concernant la mortalité et la malnutrition infantile dans les pays à revenu faible et moyen. L'outil est coordonné par l'UNICEF grâce à un financement de la Fondation Bill et Melinda Gates et un appui pour le programme de la part de la Fondation Community Systems en vue d'intégrer l'outil de budgétisation des coûts marginaux pour lever les goulots d'étranglement soutenu de la Banque Mondiale (« MBB » ou « Marginal Budgeting for Bottlenecks »), l'outil LiST, la méthodologie d'analyse des goulots d'étranglement de Tanahashi et 30 années d'expérience de terrain de l'UNICEF en une seule plateforme.

EQUIST est employé pour privilégier les interventions de santé maternelle et infantile. Bien qu'il englobe plus de niveaux de soins que les SSC, mais pas toutes les interventions de SSC, il permet de définir les priorités au sein de ces interventions, qui sont généralement la haute priorité dans toutes les communautés. EQUIST applicable à tous les niveaux du système de santé et s'applique probablement mieux au niveau des SSP (communautés et centres de santé) en extrayant les interventions au niveau communautaire.

Les résultats d'une analyse EQUIST guident l'élément de planification stratégique de l'approche de renforcement des systèmes de santé de l'UNICEF.

[vii] http://equist.info

Annexe 3. Panel d'experts

L'objectif de ce panel d'experts est de déterminer ou de confirmer les PTN pour les services compris dans l'ensemble, ainsi que les taux d'incidence, l'utilisation prévue ou le nombre de services, et d'autres aspects du programme SSC.

Le panel devrait comprendre six à huit spécialistes en SSC et SSP dans le pays et dont les opinions sont hautement réputées. Idéalement, ce groupe comptera des membres des services du ministère de la Santé qui participent à la planification et à la gestion des SSC, responsables et superviseurs présents sur le terrain et étroitement impliqués dans les SSC, ainsi que les prestataires de services (p. ex., infirmières ou ASC). À des fins de crédibilité, le panel devrait comprendre les infirmières de santé publique ou les médecins, un pharmacien et un superviseur ou responsable d'ASC). Cette activité devrait avoir lieu au début de l'exercice de calcul des coûts, et les résultats sont à valider lors des visites de terrain. L'équipe de calcul des coûts devrait à nouveau rencontrer le groupe vers la fin de cet exercice pour en examiner les conclusions et répondre aux questions en suspens.

Directives à l'intention du panel d'experts	
Notes générales au sujet de l'atelier	
▪ Le panel devrait être programmé au milieu ou vers la fin de la première semaine pour donner suffisamment de temps à la collecte des données et, au préalable, à la saisie des données initiale dans l'outil, ainsi qu'au suivi des résultats après l'atelier. ▪ Évitez les participants symboliques si possible. Il s'agit d'une réunion technique nécessitant une contribution technique, mais s'il vous faut des personnes supplémentaires pour des raisons politiques, invitez-les seulement à participer à la première heure/l'introduction. ▪ Rassemblez autant de données que possible sur la liste de contrôle nationale avant l'atelier. ▪ Vérifiez que la salle de réunion dispose d'un projecteur en état de marche et d'un écran suffisamment grand ; demandez à une personne de se charger de l'organisation, et à une ou deux personnes de prendre des notes. ▪ Les preneurs de notes peuvent avoir deux rôles : prendre des notes sur les discussions, et ajouter des données directement dans l'outil au fil des discussions. o À l'intention du preneur de notes : Si vous utilisez l'outil directement, assurez-vous d'insérer les notes/commentaires/etc. Directement dans l'outil pour que vous sachiez d'où proviennent certaines hypothèses. ▪ Imprimez des copies de la liste des services et toute autre donnée que les participants pourront consulter. ▪ Il est toujours préférable que les participants réagissent aux données, au lieu de leur donner une page blanche à remplir ; songez-y comme une réunion de validation plutôt qu'une réunion de collecte des données principale. Une présentation PowerPoint détaillant ces services peut servir de guide pour cette discussion. ▪ Il est important de bien vous préparer puisque les membres du panel d'experts sont très occupés et ont peu de temps à vous consacrer.	
1. Se préparer pour le panel d'experts	
	Parcourez la liste de contrôle de la collecte des données et obtenez autant de données que possible.
	Si possible, remplissez l'outil pour l'atelier au préalable comme détaillé ci-dessous. Rappel — saisissez uniquement les données dans les cellules bleues !
	Entrez les informations générales sur les pays dans Program_Data. (Données du programme)
	Dressez une liste de tous les types d'ASC envisageables qui travaillent dans le pays. Saisissez les informations dans Program_Structure. (Structure du programme)
	Remarque : si vous trouvez des informations supplémentaires (p. ex., ratios d'ASC par population, taux d'attrition), saisissez-les ici.
	Dressez une liste de tous les SSC dans le pays. Saisissez les informations dans Custom_Package. (Paquet personnalisé)
	Remarque : si possible, utilisez les services qui figurent déjà dans l'outil et ajoutez ou modifiez les intitulés de services si nécessaire.
	Éviter d'insérer de nouvelles rangées dans la feuille de travail de la liste principale (cela risque de perturber d'autres sections de l'outil).
	Sélectionnez la population cible à l'aide du menu déroulant pour chaque service dans l'ensemble.
	Pour chaque service figurant sur la liste, recherchez le taux d'incidence (ou le nombre de contacts attendus par an pour les services préventifs). Saisissez ces données dans la colonne H de la fiche de travail Custom_Package.
	Par exemple, si les femmes reçoivent des visites mensuelles pour se réapprovisionner en contraceptif oral, le nombre de contacts attendus par an est de 12 par femme.

	Vous trouverez l'essentiel de ces données dans des sources en ligne (p. ex., OMS, UNICEF), donc effectuez vos recherches au préalable.
	Si vous trouvez une liste de matériel (ce qui est généralement fourni aux ASC), saisissez ces informations dans Equipment (Matériel).
	Obtenez la liste des médicaments fournis au niveau communautaire et saisissez les informations dans Custom_Medicines (Médicaments personnalisés) si elles ne sont pas déjà disponibles dans les données par défaut.
	Remarque : Si vous ne parvenez pas à trouver les coûts des médicaments, contentez-vous de saisir les noms de médicaments, ce qui sera utile lors du traitement des PTN.
	Pour la formation et la supervision, si vous pouvez obtenir les données à leur sujet avant l'atelier, saisissez les informations comme indiqué.
	Il serait extrêmement utile de dresser une liste des types de formations que les ASC et leurs superviseurs devraient recevoir en fonction des normes.
	Les feuilles 1 à 10 sont destinées aux PTN.
	Veillez à saisir la liste de médicaments dans l'onglet Médicaments, puisque vous en aurez besoin pour utiliser le menu déroulant des onglets de protocole.
	Si vous trouvez des protocoles nationaux de traitement des services au niveau communautaire, entrez autant d'informations que possible avant l'atelier.
	Vous pouvez également vous reporter à la version préremplie de l'outil, qui comprend un certain nombre de normes internationales pour les traitements essentiels (p. ex., PCIME).
2. Organiser le panel d'experts	
	Programme :
	Accueil, introduction, attentes et objectifs
	Aperçu de l'exercice de calcul des coûts des services de santé communautaires
	Feuille de route des cadres ASC et interventions dans les communautés
	Commencez par examiner la liste des SSC avec le panel d'experts. Demandez-leur de discuter des services offerts dans chaque programme, d'identifier l'agence de mise en œuvre principale et les sources de financement, etc.
	Encouragez les échanges sur les changements éventuels de ces services. L'ensemble sera-t-il complété ? Le service sera-t-il intégré s'il fait actuellement partie des programmes verticaux ?
	Discutez également des populations touchées par les SSC. Populations rurales ? Personnes vivant à plus de 5 km des locaux ? Comment ces chiffres sont-ils déterminés ?
	Une fois que vous avez une liste de services convenue, parcourez les onglets de gauche à droite en remplissant les informations demandées et en prenant des notes.
	Objectifs de cette séance :
	Liste de SSC validée, y compris la feuille de route par programme et cadre ASC.
	Taux d'incidence/de prévalence pour chaque service dans la liste (dans la mesure disponible, ce qui peut nécessiter une collecte des données de suivi) ; n'oubliez pas d'obtenir les sources et les données pour chacun.
	Informations standard au sujet de chaque cadre ASC.
	Les feuilles de route suivantes devraient être remplies : Program Data (Données du programme), Program_Structure Structure du programme), Program_Scale-Up (Mise à échelle du programme), Custom_Package (Paquet personnalisé) et Coverage (Couverture).
	PTN et heures de traitement validées pour chaque service dans l'ensemble.
	Obtenez une description narrative des changements éventuels du paquet actuel de services à venir (ou les changements récents).
	Pour chaque service dans la liste :
	Demandez au panel d'estimer le temps de traitement total et de noter les implications de ce temps (c.-à-d. visite initiale, visite plus suivi).
	Le formateur devra surveiller ces conversations de près pour maintenir la discussion des experts sur la définition du paquet de services.
	Ensuite, entrez tous les médicaments, tests de diagnostic, etc. Utilisez le menu déroulant sous « Name of Medicine or Supply » (Nom du médicament ou de la fourniture) pour sélectionner chaque médicament qui sera fourni pour le service.
	Si un médicament ne figure pas dans la liste, ajoutez son nom à l'onglet « Medicines » (Médicaments). Ne l'entrez pas directement dans les onglets PTN.
	Précisez le nombre de fois par jour, le nombre de jours, le pourcentage de cas traités, et les unités par dose.
	Identifiez les exigences du MSP, des parties prenantes et des responsables d'exécution concernant les données restantes.
	Revoyez la liste de contrôle des exigences concernant les données restantes avec les experts ; identifiez où l'on peut obtenir les données.

	Si le temps le permet, vérifiez les onglets Equipment, Custom_Medicines, Training, Supervision_Management, et d'autres hypothèse et onglets coûts récurrents.
	Le cas échéant, discutez des goulots d'étranglement et identifiez à quels niveaux du système de santé ceux-ci ont lieu.
3. Effectuez un suivi après le panel d'experts	
	Veillez à planifier la collecte de toutes données qui comprennent le nom de la personne-ressource, le numéro de téléphone, leur date de disponibilité, etc.
	Remplissez les informations restantes dans l'outil.

Annexe 4. Liste de contrôle centrale

Ce questionnaire incorpore le regroupement des données au niveau central, y compris les informations qui placent les SSC en contexte, et intègre les documents clés sur les SSC avant d'administrer le questionnaire au niveau du district.

Liste de contrôle pour la collecte des données – Niveau central	
0. Documents et données	
	Plan stratégique national pour le secteur de la santé
	Stratégie de santé communautaire. et profil des ASC
	Grille de rémunération nationale pour les fonctionnaires dans le secteur de la santé
	Plans stratégiques nationaux pour les programmes verticaux (c.-à-d. SME, TB, VIH, paludisme, maladies tropicales négligées, épidémies)
	Le cas échéant, données HMIS brutes avec possibilité de ventiler par type de service, site, niveau de livraison, etc. pour l'année de référence 2015 et les années précédentes
	Ensemble SSC
	Centre de santé et ensembles de services hospitaliers
	Protocoles thérapeutiques normalisés
	Ensembles de données nationales avec les nombres de services de santé fournis en fonction du système d'information hospitalier (HIS) et subdivisées selon les catégories disponibles. Préférence de trois années (année d'étude et deux années précédentes).
	Description du HIS, surtout des niveaux où l'on trouve des données ventilées
1. Renseignements sur le pays	
	Population totale et ventilation de la population par groupe d'âge, pourcentage de femmes en âge de procréer, pourcentage de population rurale/urbaines, etc.
	Densité de la population (urbaine et rurale)
	Taux de croissance de la population
	Population habitant dans un rayon de 5km de l'établissement de santé (ou données équivalentes)
	Devise nationale
	Taux de change (par rapport au USD)
	Taux d'inflation (annuel)
	Taux d'augmentation des salaires (c.-à-d. taux d'augmentation des salaires civils annuels, le cas échéant)
2. Renseignements sur le programme de santé communautaire	
	Année de référence du programme (données à recueillir pour cette année, avec projection sur 10 ans pour les années à venir)
	Population de la zone infranationale (le cas échéant).
	Pourcentage de la population bénéficiant de SSC (p. ex., les services PCIME-C sont généralement destinés aux personnes habitant dans un rayon de 5km de la formation sanitaire).
	Niveaux de système de santé impliqués dans le programme de santé communautaire : nombre de provinces, districts, sous-districts, centres de santé et communautés.
3. Catégories d'ASC	
	Catégories ou types d'ASC (actuels et futurs).
	Pour chaque catégorie d'ASC :
	Description de poste/ordres permanents/etc.
	Taux souhaité par population.
	Superviseur direct (catégorie de personnel, site, salaire annuel, pourcentage de temps consacré à la supervision, nombre d'ASC par superviseur).
	Taux d'attrition.
	Attentes en matière d'heures et de journées de travail par an.
	Salaires, paiements incitatifs (le cas échéant), frais dus par les patients/marges sur les médicaments.
	Incitations non financières (formation régulière, supervision, reconnaissance publique, opportunités d'avancement ou de développement professionnel).
	Nombre total d'ASC actuellement formés et déployés.
	Ventilé par catégorie d'ASC.
	Ventilé par site d'ASC (district/sous-district/centre de santé).
	Nombre total de superviseurs d'ASC actuellement formés et déployés.

	Ventilé par site.
4. Ensemble d'ASC	
	Programme offrant des SSC (c.-à-d. santé infantile, nutrition, TB).
	Liste des SSC (groupés par programme).
	Le cas échéant, liste des services à fournir à l'avenir.
	Type d'ASC offrant chaque service.
	Protocole de traitement/directive pour chaque service.
	Année d'introduction des éléments du paquet (p. ex., PCIME-C).
5. Données épidémiologiques et de couverture	
	Pour chaque service dans l'ensemble :
	Population cible (c.-à-d., enfants de moins de 5 ans, femmes en âge de procréer).
	Taux d'incidence/de prévalence (nombre d'épisodes attendus par population cible par an).
	Chiffres d'utilisation (nombre de services fournis pour l'année de référence et les années précédentes, le cas échéant)
	Couverture pendant l'année de référence.
	Cibles de couverture pour les années de projection.
6. Matériel	
	Liste et coût unitaire du matériel (non médical) fourni aux ASC (c.-à-d., sacs à dos, registres, boîte à médicaments).
	Unités fournies par ASC.
	Fréquence de remplacement pour chaque type de matériel.
	Liste et coût unitaire du matériel fourni aux supérieurs directs des ASC.
	Unités fournies par les superviseurs directs des ASC.
	Fréquence de remplacement pour chaque type de matériel.
	Coûts de transport, gestion, stockage et livraison de matériel comme coût total ou pourcentage de marge, le cas échéant.
7. Médicaments	
	Liste de tous les médicaments, produits, matériel de diagnostic, etc. fourni aux ASC.
	Coût unitaire (préciser l'unité – par pilule, par test, etc.).
	Coûts de transport, gestion, stockage et livraison de médicaments comme coût total ou pourcentage de marge, le cas échéant.
	Gaspillage de médicaments.
	Ruptures de stock de médicaments et de fournitures.
8. Formation	
	Liste de tous les types de formations fournies aux ASC et à leurs superviseurs.
	Préciser s'il s'agit d'une formation initiale (préalable) ou de rappel (continue).
	Préciser la catégorie d'ASC ou de superviseur d'ASC en formation.
	Préciser le programme auquel appartient cette formation (c.-à-d., nutrition, SME, toute la santé communautaire).
	Nombre de formations par ASC ou superviseur d'ASC.
	Coût total de la formation par participant (cela doit comprendre tous les coûts, fixes et variables, par formation).
9. Supervision	
	Titre du superviseur direct (pour chaque catégorie d'ASC, le cas échéant).
	Salaire annuel et incitations.
	Site/niveau du système de santé (c.-à-d., centre de santé).
	Pourcentage du temps de travail total consacré à la supervision des ASC.
	Pourcentage du temps de supervision consacré à chaque programme de santé communautaire (le cas échéant).
	Nombre d'ASC par superviseur.
	Visites de supervision – fréquence et coûts de la visite.
10. Gestion des programmes	
	Liste du personnel participant à la gestion du programme de santé communautaire.
	Niveau du système de santé (p. ex., central, district, centre de santé).
	Affiliation (c.-à-d. MSP, ONG).
	Taille des effectifs par niveau du système de santé.
	Salaire annuel.
	Pourcentage du temps consacré à la gestion du programme de santé communautaire.
	Pourcentage du temps consacré aux programmes de santé communautaire individuels (le cas échéant).
	Réunions de gestion : fréquence et coût.
11. Intégration – des programmes verticaux à la fourniture de services communautaires intégrés	
	Qu'est-ce qui est fait actuellement, et qu'est-ce qui sera fait à l'avenir ?

	Le cas échéant, le plan stratégique détaillant l'avenir du ou des programmes de santé communautaire.
	Description des services à fournir à l'avenir.
	Quelles catégories d'ASC fourniront des services ?
	Description des ASC (c.-à-d., les ASC qui deviennent moins spécialisés).
12. Coûts de démarrage	
	Coûts des activités de démarrage (c.-à-d., ateliers, élaboration des politiques, élaboration des outils/registres, assistance technique des experts).
	Coûts de formation initiale (c.-à-d., formation des formateurs).
	Coûts d'identification et de déploiement des ASC.
	Préciser les coûts de démarrage dans l'année de référence (2015) ou des années précédentes.
13. Coûts récurrents	
	Frais de tous les éléments des ASC non inclus ci-dessus. La période devrait correspondre à la dernière année calendaire ou fiscale terminée — selon ce qui convient le mieux au gouvernement)
14. Financement	
	Source de financement pour chaque programme (c.-à-d., nutrition, SME) et par intrant de coût (c.-à-d., salaires, médicaments, supervision) pour la même période que les coûts récurrents.
	Financement actuel et projections pour la même période pour les coûts récurrents avec un maximum de trois ans de financement prévisionnel.
15. Effet	
	Taux de mortalité et de morbidité au total et ventilé par diagnostic (p. ex., naissance, paludisme) si possible (si tous ne sont pas inclus, alors tous les services dans le paquet de SSC).
16. Goulots d'étranglement	
	Descriptions qualitatives ou quantitatives supplémentaires des goulots d'étranglement principaux concernant les SSC : ▪ Ruptures de stock de médicaments et de fournitures. ▪ Disponibilité du matériel. ▪ Accès géographique et en temps opportun des familles aux ASC. ▪ Nombres adéquats d'ASC. ▪ ASC adéquatement formés pour tous les services. ▪ Supervision régulière et adaptée. ▪ Frais dus par les patients.

Annexe 5. Questionnaire régional/de district

Ce questionnaire est destiné, au niveau de district, aux membres de l'équipe de gestion de la santé du district (c.-à-d., agents de la Division de District de santé publique [DDSP] et superviseurs des ASC). Il peut être adapté au niveau régional. Il a pour but de structurer la collecte des données sur le district dans leur ensemble touchant les SSC.

Questionnaire pour la collecte des données – Niveau régional/de district	
Nom du district :	
Nom de la personne interrogée :	
Intitulé de poste :	
Rang MSP :	
Années de services au poste actuel :	
Salaire mensuel estimé :	
Sexe :	
Qualifications :	
Coordonnées :	
1. Rôles et responsabilités	
	Veuillez décrire votre rôle.
	Quel est votre rôle en relation avec la santé communautaire ?
	Quels sont les acteurs principaux qui travaillent dans la santé communautaire ? En cas d'intervention d'ONG, veuillez énumérer chaque ONG et son rôle.
	Collaborez-vous avec un programme de santé communautaire (c.-à-d., nutrition, santé infantile) ? Listez toutes les réponses qui s'appliquent.
	Le cas échéant, veuillez décrire votre rôle spécifique dans le cadre des programme(s) de santé communautaire.
2. Population et nombre d'ASC	
	Quelle est la population de ce district ?
	Combien de centres de santé sont dans ce district ?
	Parmi ces centres de santé, combien supervisent la fourniture des SSC ?
	Combien de villages ou communautés font partie de ce district ?
	Combien d'ASC font partie de ce district ? Pourriez-vous les répartir par centre de santé, communauté et catégorie d'ASC ?
	Combien de superviseurs d'ASC font partie de ce district ?
3. Gestion de programme, supervision, formation	
	Décrivez la structure de supervision et de gestion pour le ou les programmes de santé communautaires dans votre district.
	Répertoriez tout le personnel au niveau de district participant à la gestion et à la supervision du programme de santé communautaire.
	Pour chaque membre du personnel, veuillez fournir les renseignements suivants :
	Poste, rang et années de service.
	Nombre de cette catégorie de personnel pour chaque district
	Salaire annuel (avantages sociaux compris).
	Programmes de santé communautaires spécifiques avec lesquels ils travaillent (c.-à-d., nutrition, SME, TB).
	Pourcentage du temps de travail total consacré à la santé communautaire.
	Répartition du temps parmi les programmes de santé communautaire.
	Le personnel au niveau de district organise-t-il des visites de supervision relatives à la santé communautaire ?
	Le cas échéant, à quelle fréquence et où ? Combien de temps durent les visites de supervision ? Quelle proportion est consacrée à la durée de trajet et au subordonné ?
	Décrivez les activités comprises dans les visites de supervision.
	Qui participe aux visites de supervision, notamment le personnel de soutien (p. ex., conducteurs) ?
	Quels sont les coûts de ces visites, et quelle est leur source de financement ?

	Les visites de supervision concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ; la santé communautaire en général ; ou sont-elles intégrées avec les visites de supervision des centres de santé de routine ?
	Le personnel au niveau de district organise-t-il des réunions relatives à la santé communautaire ?
	Veuillez décrire chacune de ces réunions plus en détail – quel est le sujet, qui participe ?
	Quelle est la fréquence de ces réunions et où se tiennent-elles ?
	Combien de temps durent les réunions en moyenne ?
	Quels sont les coûts de ces réunions, et quelle est leur source de financement ?
	Les réunions concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
	Quelles formations avez-vous, ou d'autres membres du personnel de district, reçu en rapport à la santé communautaire ?
	Veuillez décrire chacune de ces formations en plus de détails : s'agit-il de formations initiales ou de rappel ?
	Qui participe à la formation ? Qui sont les participants ? Qui sont les formateurs ?
	Quelle est la fréquence de ces formations, et où se tiennent-elles ?
	Quels sont les coûts de ces formations, et quelle est leur source de financement ?
	Les formations concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME-C, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
	Le personnel au niveau de district participe-t-il à d'autres activités liées à la santé communautaire (c.-à-d., validation des données, S&E) ?
	Veuillez décrire chacune de ces activités plus en détail – quel est le sujet, qui participe ?
	Quelle est la fréquence de ces activités, et où se tiennent-elles ?
	Quels sont les coûts de ces activités, et quelle est leur source de financement ?
	Les activités concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
4. SSC et couverture	
	Quels SSC sont fournis dans ce district ?
	Depuis quand les SSC sont-ils fournis dans ce district ? Y a-t-il eu des changements dans les services fournis ?
	Quelle catégorie d'ASC fournit chacun de ces services ?
	Combien d'ASC compte-t-on pour chaque type, y compris les sages-femmes traditionnelles ?
	Où sont basés les ASC et où travaillent-ils (p. ex., clinique, proximité, communauté) ?
	Quels types de campagnes (p. ex., polio, distribution de moustiquaires, filariose lymphatique, prévention d'Ebola) sont fournis dans le district ?
	Qui participe à ces campagnes ?
	Quelle est leur fréquence ?
	Les centres de santé fournissent-ils des services de proximité aux communautés ?
	Si oui, quels services sont fournis, et qui participe ?
	Quelle est leur fréquence ?
	Pouvez-vous fournir les nombres de SSC fournis en 2015 ?
	Ventiler par type de service/prestataire de services/centre de santé ou communauté.
	Quelle est la couverture de chaque service ?
	Quelles sont les cibles pour la couverture des services de santé communautaire ?
5. Communication de l'information	
	Décrivez le mécanisme de communication de l'information au sujet des SSC dans votre district.
	À quelle fréquence les rapports sont-ils remplis ? Comment sont-ils transmis du niveau communautaire aux niveaux des centres de santé et des districts ?
	Les services communautaires sont-ils ventilés à partir d'autres services de santé ?
	Les SSC sont-ils inclus dans les données HMIS ?
6. Médicaments, fournitures, produits, matériel	
	Décrivez l'approvisionnement de médicaments et le processus de gestion des SSC dans votre district.
	Quels produits et matériel sont employés dans le cadre du programme de santé communautaire ?
	Les programmes de santé communautaire financés par les ONG disposent-ils d'autres chaînes d'approvisionnement ?

	A-t-on rencontré des problèmes liés aux ruptures de stock (plus de sept jours) de médicaments ou de fournitures utilisés par les ASC ? Si oui, veuillez préciser.
	Veuillez décrire la chaîne d'approvisionnement pour la santé communautaire. Quels sont les modes de transport des médicaments et produits à destination/en provenance du district ?
	Dispose-t-on d'un budget pour la chaîne d'approvisionnement vers la communauté ? Si oui, combien le district reçoit-il pour transporter ces produits ?
7. Financement	
	Dispose-t-on d'un budget pour les activités de santé communautaire dans ce district ?
	Si oui, quel est le budget annuel ?
	Quelles activités sont financées à travers ce budget ?
	Rencontre-t-on parfois des retards dans la dotation budgétaire ?
	Les programmes de santé communautaire des ONG offrent-ils des compléments au personnel du district pour le soutien/la supervision du programme ?
	Recevez-vous, ou d'autres salariés reçoivent-ils, des incitations en nature pour vos services (p. ex., tee-shirt, casquette, vélo, téléphone portable, crédits de téléphone, parapluie) ?
	Dans l'affirmative, de quelle source provient l'incitation, et quel est son montant ?
8. Intensification et intégration	
	Les SSC sont-ils actuellement offerts dans toutes les communautés ou municipalités du district ?
	Dans la négative, le MSP a-t-il élaboré un plan pour intensifier l'accès aux SSC ?
	Les SSC sont-ils fournis par différents programmes verticaux ?
	Dans l'affirmative, un plan est-il en place pour intégrer ces services ?
	Existe-t-il des plans pour développer l'ensemble des services communautaires (c.-à-d. ajouter des interventions) ?
9. Défis / réussites	
	Quels sont les défis/goulots d'étranglement dans la fourniture de SSC ? Réponses possibles : ▪ Ruptures de stock de médicaments et de fournitures. ▪ Disponibilité du matériel. ▪ Accès géographique et en temps opportun des familles aux ASC. ▪ Nombre adéquat d'ASC. ▪ ASC adéquatement formés pour tous les services. ▪ Supervision régulière et adaptée. ▪ Frais dus par les patients.
	Quels sont les principales difficultés s'agissant de fournir des SSC ?
	Quels sont des exemples de réussites des programmes de santé communautaire ?
	Quels sont des exemples de facteurs contribuant à la réussite des programmes de santé communautaire ?
Heure de fin de l'entretien :	
Durée (minutes / heures) de l'entretien :	

Annexe 6. Questionnaire à l'intention des centres de santé

Ce questionnaire est utilisé pour structurer la collecte de données auprès du responsable de la santé de l'établissement de santé, ainsi que du superviseur des ASC.

Questionnaire pour collecte des données – Centre de santé	
Nom du centre de santé :	
Nom de la personne interrogée :	
Intitulé de poste :	
Rang :	
Années de services au poste actuel :	
Salaire mensuel estimé :	
Sexe :	
Qualifications :	
Coordonnées :	
1. Rôles et responsabilités	
	Veuillez décrire votre rôle.
	Quel est votre rôle en relation avec la santé communautaire ?
	Quels sont les acteurs principaux qui travaillent dans la santé communautaire ? En cas d'intervention d'ONG, veuillez énumérer chaque ONG et son rôle.
	Collaborez-vous avec un programme de santé communautaire (c.-à-d., nutrition, santé infantile) ? Listez toutes les réponses qui s'appliquent.
	Le cas échéant, veuillez décrire votre rôle spécifique dans le cadre des programme(s) de santé communautaire.
2. Population et nombre d'ASC	
	Quelle est la population desservie par ce centre de santé ?
	Combien d'autres centres de santé sont dans ce district ?
	Combien de villages ou communautés sont desservis par ce centre de santé ?
	Cette population est-elle desservie par d'autres prestataires de services (p. ex., poste sanitaire, sages-femmes traditionnelles) ?
	Parmi ces villages ou communautés, combien sont difficiles d'accès (c.-à-d., à plus de 5 km ou 10 km) ?
	Combien d'ASC font partie de ce district ? Pouvez-vous les ventiler par catégorie d'ASC et communauté dans laquelle ils sont déployés ?
	Où les ASC effectuent-ils leurs prestations (c.-à-d., leur domicile, au domicile des patients ou dans un point de service fixe) ?
3. Supervision des ASC par le centre de santé	
	Décrivez la structure de supervision et de gestion pour le ou les programmes de santé communautaire dans votre centre de santé.
	Listez tout le personnel au centre de santé participant à la gestion et à la supervision du programme de santé communautaire.
	Qui est le superviseur principal direct pour les ASC ?
	Quels sont son poste, son rang et le nombre d'années de service ?
	Quel est son salaire annuel (avantages sociaux compris) ?
	Quels sont les programmes de santé communautaires spécifiques avec lesquels ils travaillent (c.-à-d., nutrition, SME, TB) ?
	Quel est le pourcentage de temps de travail total consacré à la santé communautaire ?
	Quelle est la répartition de leur temps parmi différents programmes de santé communautaire ?
	Outre le superviseur direct, d'autres salariés du centre de santé supervisent-ils les ASC ?
	Pour chaque membre du personnel, veuillez fournir les renseignements suivants :
	Poste, rang et années de service.
	Salaire annuel (avantages sociaux compris).
	Programmes de santé communautaires spécifiques avec lesquels ils travaillent (c.-à-d., nutrition, SME, TB).
	Pourcentage du temps de travail total consacré à la santé communautaire.
	Répartition du temps parmi les programmes de santé communautaire.

	Le personnel du centre de santé organise-t-il des visites de supervision relatives à la santé communautaire ?
	Le cas échéant, à quelle fréquence et où ? Combien de temps durent les visites de supervision ?
	Décrivez les activités comprises dans les visites de supervision.
	Qui participe aux visites de supervision, notamment le personnel de soutien (p. ex., conducteurs) ?
	Quels sont les coûts de ces visites, et quelle est leur source de financement ?
	Les visites de supervision concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
4. Réunions et formations	
	Le personnel du centre de santé organise-t-il des réunions relatives à la santé communautaire ?
	Veuillez décrire ces réunions plus en détail : quel est le sujet, qui participe ?
	Les ASC participent-ils à ces réunions.
	Quelle est la fréquence de ces réunions et où se tiennent-elles ?
	Quels sont les coûts de ces réunions, et quelle est leur source de financement ?
	Si les ASC assistent aux réunions, reçoivent-ils des incitations ?
	Les réunions concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
	Quelles formations les salariés du centre de santé ont-ils reçues en rapport à la santé communautaire ?
	Veuillez décrire chacune de ces formations en plus de détails : s'agit-il de formations initiales ou de rappel ?
	Qui participe à la formation ? Qui sont les participants ? Qui sont les formateurs ?
	Quelle est la fréquence de ces formations, et où se tiennent-elles ?
	Quels sont les coûts de ces formations, et quelle est leur source de financement ?
	Les formations concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
	Le personnel du centre de santé participe-t-il à d'autres activités liées à la santé communautaire (c.-à-d., validation des données, S&E) ?
	Veuillez décrire chacune de ces activités plus en détail – quel est le sujet, qui participe ?
	Quelle est la fréquence de ces activités et où se tiennent-elles ?
	Quels sont les coûts de ces activités, et quelle est leur source de financement ?
	Les activités concernent-elles des programmes spécifiques (c.-à-d., PCIME, nutrition, SME, TB) ou la santé communautaire en général ?
5. SSC et couverture	
	Quels SSC sont fournis par les ASC dans votre circonscription ?
	Depuis quand les SSC sont-ils fournis ? Y a-t-il eu des changements dans les services fournis ?
	Quelle catégorie d'ASC fournit chacun de ces services ?
	Quels types de campagnes (p. ex. polio) sont offertes par le personnel du centre de santé ?
	Qui participe à ces campagnes ?
	Quelle est leur fréquence ?
	Les centres de santé fournissent-ils des services de proximité aux communautés ?
	Si oui, quels services sont fournis, et qui participe ?
	Quelle est leur fréquence ?
	Combien de SSC ont été fournis en 2015 ?
	Ventiler par type de service/prestataire de services/centre de santé ou communauté.
	Quelle est la couverture de chaque service ?
	Quelles sont les cibles pour la couverture des SSC ?
6. Communication de l'information	
	Décrivez le mécanisme de communication de l'information au sujet des SSC dans votre centre de santé.
	À quelle fréquence les rapports sont-ils remplis ? Comment sont-ils transmis du niveau communautaire aux niveaux des centres de santé et des districts ?
	Les services communautaires sont-ils ventilés au niveau des centres de santé ?
	Les SSC sont-ils inclus dans les données HMIS ?
7. Médicaments, fournitures, produits, matériel	
	Décrivez l'approvisionnement de médicaments et le processus de gestion des SSC dans votre centre de santé.
	Quels produits et matériel sont employés dans le cadre du programme de santé communautaire ?

	A-t-on rencontré des problèmes liés aux ruptures de stock (plus de sept jours) de médicaments ou de fournitures utilisés par les ASC ? Si oui, veuillez préciser.
	Veuillez décrire la chaîne d'approvisionnement pour la santé communautaire. Quels sont les modes de transport des médicaments et produits à destination/en provenance du district ?
	Dispose-t-on d'un budget pour la chaîne d'approvisionnement vers la communauté ? Si oui, combien le district reçoit-il pour transporter ces produits ?
8. Financement	
	Dispose-t-on d'un budget pour les activités de santé communautaire dans votre centre de santé ?
	Si oui, quel est le budget annuel ?
	Quelles activités sont financées à travers ce budget ?
	Rencontre-t-on parfois des retards dans la dotation budgétaire ?
	Recevez-vous, ou d'autres salariés reçoivent-ils, des incitations en nature pour vos services (p. ex., tee-shirt, casquette, vélo, téléphone portable, crédits de téléphone, parapluie) ?
	Dans l'affirmative, de quelle source provient l'incitation, et quel est son montant ?
	Les ONG fournissent-elles un financement supplémentaire ? Dans l'affirmative, pour quels produits et activités ?
9. Défis / réussites	
	Quels sont les défis/goulots d'étranglement dans la fourniture de SSC ? Réponses possibles : ▪ Ruptures de stock de médicaments et de fournitures. ▪ Disponibilité du matériel. ▪ Accès géographique et en temps opportun des familles aux ASC. ▪ Nombres adéquats d'ASC. ▪ ASC adéquatement formés pour tous les services. ▪ Supervision régulière et adaptée. ▪ Frais dus par les patients.
	Quelles sont les principales difficultés s'agissant de fournir des SSC ?
	Quels sont des exemples de réussites des programmes de santé communautaire ?
	Quels sont des exemples de facteurs contribuant à la réussite des programmes de santé communautaire ?
Heure de fin de l'entretien :	
Durée (minutes / heures) de l'entretien :	

Annexe 7. Questionnaire à l'intention des ASC

Ce questionnaire est employé pour structurer les données recueillies par les ASC et collecter les coûts des produits dont les ASC ont besoin pour fournir les SSC, et comment ils fonctionnent pour pouvoir relier les coûts.

Questionnaire pour la collecte des données – Agent de santé communautaire	
Nom de l'ASC interrogé :	
Sexe :	
Nom du village ou de la communauté :	
Nom et site du superviseur direct :	
Centre de santé :	
District :	
1. Rôles et responsabilités	
	Veuillez décrire votre rôle en tant qu'agent de santé communautaire.
	Quand avez-vous commencé à travailler en tant qu'ASC ?
	Quels services fournissez-vous ?
	Ces services sont-ils liés à différents programmes (c.-à-d., PCIME, nutrition ?
	Existe-t-il un nom particulier pour votre type d'agent de santé communautaire ?
	Quelle est la taille du village ou de la communauté que vous servez (taille de la population et nombre de foyers) ?
	D'autres ASC que vous travaillent-ils dans le village ?
	Si oui, combien ?
	Fournissez-vous les mêmes types de services, ou différents services ?
	S'il s'agit des mêmes types, vous divisez-vous la population entre ASC ou couvrez-vous la totalité de la population en alternant les jours ou les horaires ?
	Si vous vous divisez la population, combien de foyers couvrez-vous et combien sont couverts par d'autres ASC ?
2. Temps et disponibilité	
	En général, combien d'heures par jour êtes-vous disponible pour travailler en tant qu'ASC ?
	Combien d'heures par jour passez-vous réellement à travailler en tant qu'ASC ?
	En général, combien de jours par semaine êtes-vous disponible pour travailler en tant qu'ASC ?
	Combien de jours par semaine passez-vous réellement à travailler en tant qu'ASC ?
	En général, travaillez-vous en tant qu'ASC toute l'année, ou prenez-vous certains jours/mois de congés ?
	Décidez-vous quand vous souhaitez travailler en tant qu'ASC, ou votre superviseur vous demande de travailler un certain nombre d'heures par jour et de jours par semaine ?
	Estimez-vous que vous pourriez passer plus de temps à fournir des services communautaires, ou bien que vous ne disposez pas de suffisamment de temps pour répondre aux besoins actuels de votre village ?
	Combien de temps consacrez-vous à différents programmes de santé communautaire ?
3. Activités	
	Veuillez énumérer toutes les activités que vous faites habituellement en tant qu'ASC ?
	En général, combien de cas voyez-vous ou de traitements dispensez-vous par semaine ?
	Réfléchissez à une semaine typique en ce qui concerne vos activités en tant qu'ASC.
	Énumérez les différents types d'activités que vous faites en tant qu'ASC au cours d'une semaine typique :
	Que faites-vous ?
	Combien d'heures consacrez-vous à chaque activité ?
	Pour chaque activité, où allez-vous ?
	Pour chaque activité, combien de temps vous faut-il pour les trajets (c.-à-d. aller-retour jusqu'à un foyer) ?
	Pour chaque activité, s'agit-il d'un programme particulier (c.-à-d., PCIME-C, nutrition) ?
4. Communication de l'information	
	À quelle fréquence vous déplacez-vous vers le centre de santé pour donner vos rapports ou obtenir une validation des données ?
	À quelle fréquence remplissez-vous des rapports d'activités ?

	Combien de jours par mois passez-vous à remplir le rapport mensuel ?
	À quelle fréquence vous déplacez-vous vers le centre de santé pour vous réapprovisionner en médicaments et fournitures ?
	Combien de temps faut-il pour aller au centre de santé, et à quelle distance se trouve-t-il ?
	Vous faut-il une journée complète pour vous rendre au centre de santé (aller-retour) ?
	À quand remonte la dernière visite de supervision de votre superviseur ?
5. Formations et réunions	
	Veuillez dresser une liste des différentes formations et réunions auxquelles vous avez participé l'année dernière.
	Pour chaque formation :
	Quel était le sujet de la réunion ou de la formation ?
	Où a été tenu la réunion ou la formation ?
	Quelle est la fréquence de la réunion ou de la formation (s'il s'agit de rappels) ?
	Combien de temps a duré la réunion ou la formation ?
	Avez-vous touché une indemnité journalière ou une incitation ? Si oui, combien ?
6. Traitements	
	Pour chacun des traitements que vous avez énumérés plus haut :
	Décrivez ce que vous faites pour chaque service ou traitement – quelles étapes suivez-vous ?
	Quels médicaments fournissez-vous ?
	Combien de temps faut-il pour fournir le diagnostic et le traitement ?
	Faites-vous une visite de suivi ? Si oui, combien de temps prend-elle ?
	Que faites-vous si un patient est trop malade pour subir un traitement ?
	Lorsqu'un patient est orienté vers le centre de santé, enregistrez-vous le patient dans votre registre ?
	Recevez-vous des réorientations du centre de santé ?
	Accompagnez-vous les patients au centre de santé ?
	Fournissez-vous traitement initial au patient avant de le référer ?
	Participez-vous à des activités périodiques liées à la santé communautaire, comme les campagnes de vaccination ou la distribution de moustiquaires imprégnées ?
	Si oui, énumérez les événements et leur fréquence.
7. Médicaments et équipement	
	Quels types de médicaments, diagnostics et autres produits recevez-vous ?
	Rencontrez-vous parfois des problèmes de rupture de stock de médicaments ?
	Que faites-vous si les médicaments ne sont pas disponibles ?
	Quels types de matériel non médicaux recevez-vous ?
	Avez-vous parfois des pénuries de matériel ?
8. Paiements et incitations	
	Facturez-vous les patients pour vos services en tant qu'ASC ?
	Si oui, combien facturez-vous ?
	Facturez-vous les patients pour les médicaments ?
	Si oui, combien pour chaque type de médicament ?
	Combien gagnez-vous pour chaque vente ?
	Achetez-vous vos médicaments auprès du centre de santé ?
	Recevez-vous d'autres formes de paiement pour vos services en tant qu'ASC ?
	Dans l'affirmative, de quelle source provient le paiement, et quel est son montant ?
	Recevez-vous des incitations « en nature » pour vos services en tant qu'ASC ?
	Dans l'affirmative, de quelle source provient l'incitation, et quel est son montant ?
	Existe-t-il d'autres avantages liés au rôle d'ASC (p. ex., reconnaissance publique, perspectives de promotion et perfectionnement professionnel) ?
9. Défis / réussites	
	Quels sont les défis/goulots d'étranglement dans la fourniture de SSC ? ▪ Ruptures de stock de médicaments et de fournitures. ▪ Disponibilité du matériel. ▪ Accès géographique et en temps opportun des familles aux ASC. ▪ Nombres adéquats d'ASC. ▪ ASC adéquatement formés pour tous les services.

	▪ Supervision régulière et adaptée. ▪ Frais dus par les patients.
	Quelles sont les principales difficultés s'agissant de fournir des SSC ?
	Quels sont des exemples de réussites des programmes de santé communautaire ?
	Quels sont des exemples de facteurs contribuant à la réussite des programmes de santé communautaire ?
Heure de fin de l'entretien :	
Durée (minutes / heures) de l'entretien :	

Annexe 8. Publications et rapports

Publications

Collins D, Jarrah Z, Gilmartin C, Saya U. « The costs of integrated community case management (iCCM) programs: A multi–country analysis. » *Journal of Global Health.* 2014;4(2), doi: 10.7189/jogh.04.020407. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267093/

Analyses de dossiers d'investissement en santé communautaire

Dukhan Y, Gilmartin C, Collins D, 2017. « Scaling-up Community Health in Madagascar: Prioritization and Costing of the Health Service Packages. » Management Sciences for Health. Arlington (Virginie), États-Unis. À consulter sur : https://www.msh.org/resources/scaling-up-community-health-in-madagascar-prioritization-and-costing-of-the-health-service

Gilmartin C, Collins D, Driwale A, 2018. South Sudan Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis. Management Sciences for Health. Arlington (Virginie), États-Unis. À consulter sur : https://www.unicef.org/southsudan/reports/boma-health-initiative

Gilmartin C, Collins D, 2019. Le dossier d'investissement en santé communautaire au Burkina Faso (2019-2023). Management Sciences for Health. Arlington (Virginie), États-Unis. À consulter sur : https://www.msh.org/resources/community-health-investment-case-in-burkina-faso-french

Jarrah Z, Gilmartin C, Collins D, 2015. « The Cost and Impact of Integrated Community Case Management (iCCM) in Burkina Faso: Studies from the Nord, Centre-Nord, and Boucle du Mouhoun Regions. » Management Sciences for Health. Arlington (Virginie), États-Unis. À consulter sur : https://www.msh.org/sites/default/files/the_cost_and_impact_of_iccm_in_burkina_faso_final.pdf

Saya U, Collins D, 2015. « The Cost and Impact of Introducing Integrated Community Case Management in Nigeria: Studies from Benue and Kebbi States. » Management Sciences for Health. Arlington (Virginie), États-Unis. À consulter sur : https://www.msh.org/sites/default/files/iccm_investment_case_nigeria_january_final.pdf

Analyses de calcul des coûts de paquets de santé communautaire

Davey D, Wilhelmsen S, Newbrander W, Collins D, 2016. « Modelling the Cost of Community Health Services in Malawi: the Results of Piloting a New Planning and Costing Tool. » Management Sciences for Health. Arlington (Virginie), États-Unis. À consulter sur : https://www.msh.org/resources/modelling-the-cost-of-community-health-services-in-malawi-the-results-of-piloting-a-new

Gilmartin C, Tesfazghi K, Villatoro C, Collins D, 2016. « Modelling the Cost of Community Health Services in Sierra Leone: the Results of Piloting a New Planning and Costing Tool. » Management Sciences for Health. Arlington (Virginie), États-Unis. À consulter sur : https://www.msh.org/resources/modelling-the-cost-of-community-health-services-in-sierra-leone-the-results-of-piloting-a

Saint Firmin P, Diakite BD, Stratton S, Ortiz C, 2018. « Community Health Worker Program in Mali Under Threat: Evidence to Drive Advocacy Efforts. » Palladium, Washington, DC, États-Unis. À consulter sur : http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/11282-11504_MaliASCBrief.pdf

Analyses de calcul des coûts de la prise en charge intégrée des maladies au niveau communautaire

Jarrah Z, Lee AC, Dilley K, Suraratdecha C, Collins D, 2013. « Costing of Integrated Community Case Management: Senegal. » Management Sciences for Health. Arlington, VA, USA. À consulter sur : https://www.msh.org/sites/msh.org/files/msh_costing_of_integrated_community_case_management_analysis_report_sene.pdf

Jarrah Z, Lee AC, Wright K, Schulkers K, Collins D, 2014. « Costing of Integrated Community Case Management in Malawi. » Management Sciences for Health. Arlington, VA, USA. À consulter sur : https://www.msh.org/sites/default/files/msh_costing_of_integrated_community_case_management_analysis_report_malawi.pdf

Jarrah Z, Gilmartin C, Collins D, 2014. « The Cost of Integrated Community Case Management in Nguelemendouka and Doumé Districts, Cameroon. » Management Sciences for Health. Arlington, VA, USA. À consulter sur : https://www.msh.org/resources/the-cost-of-integrated-community-case-management-in-nguelemendouka-and-doum%C3%A9-districts

Jarrah Z, Corazzini L, Schulkers K, Collins D, 2014. « The Cost of Integrated Community Case Management in Luapula Province, Zambia. » Management Sciences for Health. Arlington, VA, USA. À consulter sur : https://www.msh.org/resources/the-cost-of-integrated-community-case-management-in-luapula-province-zambia

Jarrah Z, Klein M, Collins D, 2014. « The Cost of Integrated Community Case Management in Sud-Ubangi District, Democratic Republic of Congo. » Management Sciences for Health. Arlington, VA, USA. À consulter sur : https://www.msh.org/resources/the-cost-of-integrated-community-case-management-in-sud-ubangi-district-democratic

Jarrah Z, Lieber R, Gilmartin C, Collins D, 2014. « The Cost of Integrated Community Case Management in Kono District, Sierra Leone. » Management Sciences for Health. Arlington, VA, USA. À consulter sur : https://www.msh.org/sites/default/files/sierra_leone_iccm_costing_final_report_19_dec_2014.pdf

Jarrah Z, Patel S, Gilmartin C, Collins D, 2014. « The Cost of Integrated Community Case Management in Kapoeta North County, South Sudan. » Management Sciences for Health. Arlington, VA, USA. À consulter sur : https://www.msh.org/resources/the-cost-of-integrated-community-case-management-in-kapoeta-north-county-south-sudan

Annex 1. Bibliographie

[1] Perry H, Christian M, Friberg I.How Many Lives of Mothers and Children Could Be Averted by Strengthening Community-based Primary Health Care? An Analysis Using the Lives Saved (LiST) Tool. Manuscript under review, 2015. Assumes 90% population coverage of interventions.

[2] Dahn B, Woldemariam A, Perry H, Maeda A, von Glahn D PR et al., 2015. Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment Case and Financing Recommendations. À consulter sur: https://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf

[3] World Health Organization, 2018. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1&ua=1

[4] Tanahashi T. (1978). Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization, 56(2), 295–303. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/

[5] World Food Programme and UNICEF, 2014. The Case for Investment in Nutrition in Sudan. À consulter sur: https://www.avenirhealth.org/download/OHTCountryApplications/PDF/150619%20P893_UNICEF_Investment_Case_Collated_v3.pdf

[6] UNICEF, 2016. UNICEF Health Systems Strengthening Approach. Available at: https://www.unicef.org/media/60296/file