

Intensification de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance dans la communauté (PCIME-C) dans le cadre du protocole d'accord entre l'UNICEF et le Fond Mondial

16-18 février 2016,
Hôtel Southern Sun Mayfair
Nairobi, Kenya



Photo : © UNICEF /Matas

RAPPORT SUR LES TRAVAUX DE L'ATELIER

Résumé analytique

Un atelier organisé à Nairobi au Kenya en février 2016 a réuni des acteurs au niveau mondial, régional et national pour échanger les connaissances, les expériences et les leçons apprises sur l'intensification de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire i (PCIME-C), dans le contexte du nouveau modèle de financement (NMF) du Fonds Mondial et le protocole d'entente conclu en 2014 entre l'UNICEF et le Fonds Mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fond Mondial). Plus de 140 participants venant de 23 pays, dont 19 équipes de pays d'Afrique subsaharienne, étaient présents à cette rencontre.

Au cours de la 1^{ère} phase de son travail (2014/2015), l'équipe spéciale pour le financement de la PCIME-C (*iCCM Financial Task Team –FTT*) qui est issue d'une collaboration inter-agences dirigée par l'UNICEF, a centré ses efforts pour appuyer différents pays à 1) réviser/renforcer leur stratégie nationale de PCIME-C ; 2) entreprendre une analyse des gaps financiers de la PCIME-C; 3) intégrer des demandes de financement pour la PCIME-C dans des notes conceptuelles fondées, techniquement solides soumises au Fonds Mondial pour la lutte contre le paludisme et pour le renforcement des systèmes sanitaires (RSS). Pendant la 2^e phase (2015/2016), *iCCM FTT* a axé ses efforts pour appuyer les pays participants dans la négociation des procédures d'approbation et d'octroi des subventions du Fonds mondial, et dans l'assurance d'une meilleure rentabilité possible de ces fonds et une mise en œuvre optimale de leur utilisation intégrée à travers une planification efficace.

Outre le partage d'expériences et la promotion des échanges Sud-Sud, cet atelier avait également pour but de déterminer la manière la plus efficace, pour les pays participants, d'accélérer le passage de l'approbation des subventions à la programmation et la mise en œuvre sur le terrain de la PCIME-C, ainsi que la façon dont les partenaires peuvent soutenir ce processus.

Principaux succès

- Vingt-trois pays (23) ont été appuyé par iCCM FTT pour intégrer la PCIME communautaire dans les notes conceptuelles du Fonds mondial sur le paludisme et le RSS ; 21 pays ont soumis des notes conceptuelles ayant intégré la composante PCIME-C.
- Plus de 10 outils ont été développés sur la PCIME-C pour quantifier et chiffrer les coûts d'une gamme de services et le processus d'intégration dans les notes conceptuelles, ainsi que la planification de la mise en œuvre, la planification de la gestion des achats et des approvisionnements (GAA), la mobilisation des ressources et le plaidoyer.
- Environ 200 millions de dollars (USD) ont été mobilisés auprès du Fond Mondial et de bailleurs de fonds associés, y compris les gouvernements nationaux, pour financer la PCIME-C pour un premier groupe de 12 pays (Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, RDC, Éthiopie, Ghana, Malawi, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda et Zambie).
- La PCIME communautaire est clairement reconnue dans l'agenda mondial comme une intervention fondée sur des preuves essentielles pour la réduction, au niveau communautaire, de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.
- Dans de nombreux pays, le gouvernement a pris un rôle important dans l'appropriation, le leadership et la coordination de la PCIME-C.
- Dans de nombreux pays, la PCIME-C est de plus en plus intégrée dans les systèmes nationaux, particulièrement les SNIS et les systèmes de gestion des achats et des stocks (GAS).

Principales contraintes

- En dépit des 200 millions USD recueillis auprès du Fonds Mondial et d'autres partenaires, un déficit de près de 200 millions de dollars US subsiste, principalement pour l'achat de produits ne concernant pas le traitement du paludisme, ce qui entraîne des conséquences négatives pour l'intensification de certaines composantes de la PCIME-C comme le traitement de la pneumonie et de la diarrhée.

- La mise en place de mesures incitatives durables (financières et non financières) pour motiver et retenir les Agents de santé communautaire (ASC), qui continuent dans de nombreux pays à occuper des emplois non rémunérés, reste un véritable défi.
- Des défis dans la gestion des achats et de la chaîne logistique, particulièrement pour le réapprovisionnement à temps des ASC en médicaments et autres produits, sont courants dans plusieurs pays.
- Les ressources humaines et/ou financières disponibles au niveau des établissements de santé sont insuffisantes pour entreprendre une supervision efficace des ASC.
- Dans certains pays, les indicateurs de base de la PCIME-C n'ont pas encore été intégrés dans le système national d'information sanitaire (SNIS) en raison d'une insuffisance de coordination au niveau national, d'une collaboration insuffisante entre les groupes de travail techniques sur le SNIS et d'incertitudes concernant les indicateurs clés à sélectionner et à privilégier. Dans certains pays, ces indicateurs ont été intégrés, mais des défis subsistent : manque de données désagrégées pour la PCIME-C et la PCIME clinique au niveau des formations sanitaires, insuffisance des capacités des ressources humaines et des mécanismes permettant la qualité et l'utilisation des données, existence d'outils trop nombreux ou trop lourds, l'indisponibilité de ces outils pour les agents de santé de première ligne, l'équipement en technologie de l'informatique et de la communication (TIC) inadapté. De plus, peu de pays en Afrique subsaharienne ont procédé à des recensements/enquêtes périodiques sur la répartition géographique de leurs établissements de santé et des ASC, et pleinement exploité leur potentiel.

Principaux résultats

- Les expériences nationales des différents pays sur la mise en œuvre de la PCIME-C ont été documentées et diffusées.
- Les plans nationaux de mise en œuvre de la PCIME-C ont été soumis à une évaluation par les pairs.
- Les défis de suivi de la PCIME-C et les solutions à y apporter dans les différents pays ont été identifiés, et (pour certains pays) les besoins en assistance technique également identifiés et des calendriers esquissés comme une étape vers le développement de plans d'action sur le suivi et l'évaluation (S&E).
- Les défis de GAA des pays et les solutions à y apporter ont été identifiés, ce qui constitue une première étape pour le développement de plans d'action.
- Le développement d'une stratégie nationale de mobilisation des ressources a été initié par les pays participants.
- Des plans d'action nationaux ont été élaborés (ébauche), et les besoins en assistance technique identifiés et partagés avec les partenaires.

Leçons apprises

- De solides partenariats au niveau national est essentiel pour planifier une mise en œuvre efficace et pour faire progresser un financement intégré de la PCIME-C.
- Les discussions sur les questions de co-financement doivent avoir lieu le plus tôt possible pour assurer la disponibilité d'un financement suffisant pour une mise en œuvre intégrale de la PCIME-C (articles et produits paludéens et non-paludéens).
- La planification de la gestion des achats et des stocks est un élément vital de la planification globale de la PCIME-C et doit être menée dès le début du processus. Il est aussi important de s'assurer que, outre les coûts des produits non destinés à la prise en charge du paludisme, les frais entraînés par la chaîne logistique elle-même (entreposage, transports, droits de douanes, etc.), qui peuvent être importants, sont pris en compte dans les plans et les budgets.
- Le suivi des résultats et des effets des programmes de PCIME-C est crucial. Les pays participants doivent mettre l'accent sur les indicateurs prioritaires habituels (Voir le résumé de la 4^e session) même si les subventions du Fonds Mondial ne prennent en compte que le

suivi d'indicateurs sélectionnés pour la PCIME-C; assurer l'intégration de ces indicateurs prioritaires habituels dans le SNIS national ; procéder à la désagrégation de ces indicateurs prioritaires par établissement et plateforme communautaire; et renforcer les capacités en ressources humaines, les mécanismes et le fonctionnement des systèmes d'information sanitaire de district (DHIS2) et les mécanismes pour améliorer la qualité des données recueillies (complétude, rapidité et exactitude) et leur usage.

- Etant intégré au système de soins de santé primaires (SSP), la plateforme communautaire et les agents de santé communautaire contribuent à la construction de systèmes nationaux de santé. Le renforcement des formations sanitaires de SSP et des capacités du personnel chargé de la supervision des agents de santé communautaire sont des facteurs essentiels au succès de la PCIME-C et de la plateforme communautaire.
- Le financement de la santé communautaire exige une vision à long terme accompagnée d'un leadership fort et d'un financement du gouvernement. Compte tenu du déficit de financement, il y a un besoin évident d'explorer des sources de financement nouvelles et innovatrices (y compris dans le secteur privé), particulièrement en matière de co-financement pour les produits non-paludéens.
- La prévision des besoins en ressources et des coûts, l'efficacité des actions financées, la mise en place de stratégies de mobilisation des ressources et des cas d'investissement exhaustifs seront cruciales pour mobiliser un financement durable de la PCIME-C.
- La motivation et les incitations financières/rémunération des ASC sont essentiels pour garantir la pérennité de la plateforme PCIME-C, et ces mesures doivent être prises en compte dans les stratégies à long terme du financement de la santé communautaire.

Recommandations

Pour avancer dans le renforcement et l'intensification de la PCIME-C dans le cadre de l'appui du Fond Mondial, et dans le but de promouvoir la pérennité de la PCIME-C, il est fortement recommandé que les équipes pays :

- **Renforcent les directions nationales et les partenariats nationaux** pour pouvoir suivre les progrès accomplis, identifier les difficultés et les solutions à y apporter et assurer le suivi de la PCIME-C comme programme intégré.
- **Organisent des revues trimestrielles afin de contrôler la situation de l'utilisation** des subventions du Fond Mondial en utilisant les mécanismes de coordination existants. Là où les progrès de l'utilisation des ressources ne sont pas optimaux, les goulots d'étranglement doivent être identifiés et éliminés à la première occasion afin d'éviter une reprogrammation des fonds alloués pour la PCIME-C
- **Renforcer les mécanismes nationaux de coordination et les systèmes nationaux** afin d'améliorer la GAA pour la PCIME-C.
- **Intégrer les indicateurs prioritaires habituels de la PCIME-C dans les SNIS**, tout en s'assurant que ces données soient différenciées des services fournis dans les formations sanitaires, afin d'assurer un meilleur suivi des deux niveaux de prestations de services.
- **Institutionnaliser les plateformes des agents de santé communautaire comme partie intégrante** du système national de santé, et s'assurer que la santé communautaire soit une dimension entièrement intégrée dans le système national de soins de santé primaire.
- **Développer des cas d'investissement**, qui prennent en compte les incitations financières et/ou la rémunération des ASC, afin de mobiliser un financement viable à long terme pour la PCIME-C et de renforcer les plateformes de santé communautaire.

Contexte

En avril 2014, le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et l'UNICEF ont signé un protocole d'entente visant à mieux coordonner leurs efforts pour réduire le fardeau que représentent pour certains pays le SIDA, la tuberculose et le paludisme et pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants dans un certain nombre de pays fortement touchés. L'UNICEF et le Fond Mondial ont convenu de travailler ensemble dans le cadre d'un Nouveau modèle de financement pour inclure des interventions complémentaires dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile, alignées sur les stratégies nationales en faveur de la survie maternelle et infantile. Plus spécifiquement, en ce qui concerne la santé infantile, cette collaboration vise à aider les gouvernements concernés à assurer un approvisionnement complémentaire en médicaments et produits essentiels pour les enfants (antibiotiques pour la pneumonie, sels de réhydratation orale et zinc contre la diarrhée) en complément aux tests de diagnostic rapides (TDR) et aux médicaments antipaludiques, et à les distribuer dans le cadre de la PCIME-C.

Au cours de la 1^{ère} phase de son travail (2014/2015), le Groupe de Travail sur les Financements de la PCIME-C (« iCCM Financing Task Team » – iCCM FTT) qui est issue d'une collaboration de diverses organisations et facilité par l'UNICEF, a centré ses efforts pour appuyer différents pays à 1) réviser/renforcer leur stratégie nationale de PCIME-C ; 2) Analyser les besoins de financement pour la PCIME-C ; 3) intégrer des demandes de financement pour la PCIME-C dans des notes conceptuelles fondées et techniquement solides présentées au Fonds Mondial. Pendant la 2^e phase (2015/2016), *iCCM FTT* a davantage axé ses efforts pour appuyer les pays participants dans la négociation des procédures d'approbation et d'octroi des subventions du Fonds Mondial, pour assurer une meilleure efficacité dans l'utilisation de ces fonds et appuyer leur mise en œuvre, y compris concernant la gestion des achats et de la chaîne logistique des approvisionnements et le renforcement des systèmes de santé au niveau communautaire.

Phase 1 : Intégration de la PCIME communautaire dans les stratégies nationales de santé infantile et dans les notes conceptuelles soumises au Fond Mondial

La Phase 1 a été un succès et a produit certains résultats importants :

- 23 pays ont été appuyés par iCCM FTT pour développer la stratégie PCIME-C, pour l'analyse des gaps à combler, pour l'intégration de la PCIME-C dans les notes conceptuelles relatives à la lutte contre le paludisme et au renforcement des systèmes de santé.
- 21 pays ont soumis des notes conceptuelles ayant intégré la composante de PCIME-C. En janvier 2016, 13 pays avaient reçu des subventions du Fond Mondial et avaient démarré la mise en œuvre de la PCIME-C.
- A la suite de la signature du protocole d'entente UNICEF/Fond Mondial, environ 200 millions de dollars USD ont été mobilisés pour financer la mise en place de la PCIME-C pour un premier groupe de 12 pays : Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, RDC, Éthiopie, Ghana, Malawi, Mali, Niger, Nigeria, Ouganda et Zambie. Ce financement comprend des contributions du Nouveau mécanisme de financement du Fonds Mondial ainsi que des ressources nationales des gouvernements concernés, de l'UNICEF et d'autres partenaires ou mécanismes de financement.
- Le travail sur la Gestion des Achats et des Stocks (GAS) intégrée a permis la diffusion en décembre 2014 d'un communiqué conjoint UNICEF-Fonds Mondial- Fonds des Nations Unies pour la population sur les Systèmes de GAS, le développement d'outils et de directives pour faciliter la mise en œuvre de la GAS, ainsi que la mise en place de mécanismes internes et inter-agences de coordination de ce processus.

Phase 2 : Appui à la mise en place de la PCIME-C

Malgré la signature des accords de subventions, ceux-ci ne permettent pas toujours d'atteindre les objectifs des plans approuvés et de respecter les exigences de documentation et d'information sur les progrès réalisés. Dans ce contexte, il est particulièrement important de partager les premières

expériences de la mise en œuvre de la PCIME-C soutenue par le Nouveau Mécanisme de Financement du Fonds mondial, de discuter les difficultés rencontrées et de trouver des solutions innovantes afin d'assurer que ces subventions sont utilisées en accord avec les plans et les échéanciers approuvés.

Objectif de l'atelier

L'objectif de l'atelier était de réunir les principales parties prenantes des niveaux mondial, régional et national en vue de partager les connaissances, les expériences et les leçons apprises dans les différents pays afin d'accélérer les progrès accomplis depuis l'approbation des subventions jusqu'à la programmation de la PCIME-C intégrée et sa mise en œuvre sur le terrain (voir le programme détaillé en Annexe A).

Objectifs spécifiques

1. Passer en revue la planification et le suivi de la composante PCIME-C des subventions sur le RSS et le paludisme du Fonds mondial afin de :
 - a. partager les expériences et les leçons apprises dans les différents pays ;
 - b. Définir les principales contraintes et identifier des solutions;
2. Améliorer la compréhension des indicateurs prioritaires de la PCIME-C, des processus de leur intégration dans les SNIS , et identifier les meilleures pratiques pour améliorer la collecte et l'utilisation des données de qualité et appuyer l'élaboration de plans d'action nationaux pour le S&E de la PCIME-C ;
3. Partager les expériences des différents pays sur l'intégration des approvisionnements de la PCIME-C dans les dispositifs nationaux de GAS, développer des plans d'action nationaux où les principaux goulets d'étranglement, les solutions et les mesures facilitant cette intégration sont identifiés, y compris le renforcement des capacités de la GAS ;
4. Aider les équipes pays à mettre en place des stratégies de mobilisation des ressources pour obtenir des co-financements comme indiqué dans les notes conceptuelles ;
5. Identifier les besoins en assistance technique pour la mise en œuvre et l'intensification de la PCIME-C dans le cadre des subventions du Fonds Mondial.

Résultats attendus

- Synthèse des différentes expériences nationales et des leçons apprises pendant la première phase de mise en œuvre des programmes de PCIME-C subventionnés par le Fonds Mondial.
- Identification des problèmes, des solutions et des besoins en assistance technique nécessaire au renforcement du suivi de la PCIME-C et des SNIS en vue de la préparation du développement des plans d'action de suivi.
- Définition de stratégies nationales pour le renforcement de la GAS, la mobilisation des ressources pour le co-financement, et l'identification des besoins d'assistance technique pour appuyer la mise en œuvre et le suivi de la PCIME-C.

Participants

Environ 140 participants de dix-neuf (19) pays d'Afrique subsaharienne ainsi que des collaborateurs des niveaux régional et mondial ont pris part à cet atelier.

Les pays participants comprenaient le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la RDC, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Mozambique, le Niger, le Nigeria, la Somalie, le Sud-Soudan, la Tanzanie, l'Ouganda et la Zambie. Les délégations nationales avaient des tailles et des compositions variées, mais incluaient généralement les points focaux santé et PCIME-C de l'UNICEF, des responsables des ministères de la Santé (directions de la santé de l'enfant, programmes nationaux de lutte contre le paludisme, santé communautaire), des bénéficiaires principaux ou secondaires des subventions du Fonds Mondial et des partenaires de mise en œuvre. La taille moyenne des délégations était de cinq (5) membres, bien que certains pays

n'aient envoyé qu'un seul représentant (par ex. le Nigeria) et le Kenya (pays organisateur) avait une délégation particulièrement importante qui comprenait en outre des ASC.

Les organisations et acteurs des niveaux mondial ou régional suivants ont participé à cette rencontre, le Siège de l'UNICEF, les points focaux Santé, PCIME-C, paludisme et Divisions des approvisionnements sante des Bureaux régionaux ESARO et WCARO, les points focaux des programmes mondiaux sur la santé infantile et le paludisme du Siège de l'OMS et de l'OMS-Afrique, les principaux membres de l'iCCM FTT (OMS, Save the Children, des bénéficiaires de subventions de l'USAID pour les programmes de survie de la mère et de l'enfant, des programmes SIAPS de MSH financés par l'USAID ; des collaborateurs du Fonds Mondial -RSS, S&E, Gestionnaires de portefeuilles-, l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA) et des collaborateurs de Groupe de travail sur la santé ; la Fondation Bill et Melinda Gates ; la Campagne pour un million d'agents de santé communautaire; la Banque mondiale ; l'Agence française de développement ; Novartis ; Living Goods ; JSI ; l'USAID et la CHAI .

L'atelier a été organisé par le Bureau régional ESARO de l'UNICEF, et s'est déroulée simultanément en français et en anglais. Nous remercions tout particulièrement le personnel administratif et et informatique qui ont appuyé l'organisation de la rencontre: Beatrice Ruria, Evelyn Chege, Joseph Kirunyu, Adam Muktar, Christopher Njoroge (ESARO, Division des approvisionnements) et Rokhaya Diop (WCARO, Section sante).

Pour la liste complète des participants, veuillez consulter l'Annexe B.

Résumé des travaux de l'atelier

Cérémonie d'ouverture

Le Dr Annah Wamai, Chef des services cliniques au Ministère de la Santé du Kenya, représentant le Secrétaire général de ce ministère, le Dr Nicholas Muraguri, ont prononcé le mot d'ouverture de l'atelier. M. Mark Hereward, Directeur régional adjoint de l'UNICEF au Bureau régional Afrique de l'Est et Afrique australe a souhaité la bienvenue aux participants.

1^e Session : Vue d'ensemble sur la mise en œuvre de la PCIME-C dans le cadre du Nouveau modèle de financement

1 ^e Session : vue d'ensemble de la mise en œuvre de la PCIME-C dans le cadre du Nouveau modèle de financement Session présidée par Dyness Kasungami (bénéficiaire de subventions de l'USAID pour les programmes SME de l'USAID)	
Objectifs Examiner la mise en œuvre de la PCIME-C dans le cadre du NMF du Fonds Mondial pour : 1) partager les expériences et les leçons apprises dans les différents pays ; 2) Identifier les principales contraintes ; 3) Identifier les thèmes communs et les solutions potentielles à apporter dans les différents pays.	Résultats attendus Synthèse des différentes expériences nationales et des leçons apprises lors des débuts de mise en œuvre des programmes de PCIME subventionnés par le Fonds Mondial.
Communications et travaux en groupe	
<ul style="list-style-type: none"> • Vision globale : un aperçu des progrès réalisés jusqu'à maintenant - Mark Young (Siège de l'UNICEF/ESF de la PCIME-C) et Kate Wilczynska-Ketende (ESF de la PCIME-C) • Expériences nationales sur la PCIME-C – Table ronde 1 : Équipes des pays de Zambie, d'Ouganda et de Malawi • Expériences nationales sur la PCIME-C – Table ronde 2 : Équipes des pays du Burkina Faso, de la RDC et de la Côte d'Ivoire • Résumé des expériences nationales et thèmes clés - Dyness Kasungami (bénéficiaire de subventions de l'USAID pour les programmes SME) 	

La première session a débuté par une revue des progrès accomplis sur la PCIME-C dans le cadre du protocole d'entente conclu entre le Fonds mondial et l'UNICEF, suivie par des communications des équipes pays sur les expériences et les leçons apprises lors du démarrage de la mise en œuvre des programmes de PCIME-C subventionnés par le Fonds mondial.

Expériences et principaux succès

Les expériences et principaux succès sont :

- Les pays participants ont mobilisé avec succès des ressources en faisant appel au NMF du Fonds mondial ; 23 pays ont reçu un appui pour intégrer la composante PCIME-C dans les notes conceptuelles présentées au Fonds mondial dans le cadre des programmes de lutte contre le paludisme et de RSS ; 21 pays ont présenté des notes conceptuelles intégrant la composante PCIME-C, ce qui a permis d'obtenir environ 200 millions USD pour 12 pays.
- La PCIME-C figure à l'agenda du développement mondial à titre d'intervention essentielle pour réduire la morbidité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans au niveau des communautés. La diarrhée, la pneumonie et le paludisme sont désormais mieux comprises comme étant les principales causes évitables de décès d'enfants et qui doivent être prise en charge ensemble ; la coopération et la collaboration entre les équipes chargées de la santé infantile et de la lutte contre le paludisme au sein des ministères de la Santé ont aussi été améliorées.
- Dans de nombreux pays, le gouvernement a joué un rôle important dans l'appropriation, le leadership et la coordination de la PCIME-C à travers la mise en place de groupes de travail techniques et d'autres structures.
- Dans de nombreux pays, la PCIME-C est de plus en plus intégrée dans les systèmes nationaux, particulièrement les SNIS (par ex. en Côte d'Ivoire, au Malawi, en Ouganda et en Zambie) et les systèmes de GAS. Cependant le financement de la mise en œuvre de la PCIME-C provient essentiellement de donateurs internationaux.

Principales contraintes

- En dépit de la mobilisation d'environ 200 millions¹ de dollars US pour financer la PCIME-C dans 12 des 21 pays qui ont présenté des notes conceptuelles sur le paludisme et le RSS, un déficit de près de 200 millions de dollars US subsiste, principalement pour l'achat de produits non destinés au traitement du paludisme. Ceci a un effet négatif sur le renforcement et l'intensification de certains éléments de la PCIME-C comme la prise en charge de la pneumonie et de la diarrhée.
- Des défis dans la gestion des achats et la chaîne logistique, particulièrement pour s'assurer que les ASC soient réapprovisionnées à temps en médicaments et autres produits, sont courants dans plusieurs pays (par ex. Côte d'Ivoire, RDC et Zambie).
- Assurer de façon durable la motivation des ASC reste un vrai problème. Dans certains pays, les ASC sont employés par le gouvernement et perçoivent un salaire (par ex. en Côte d'Ivoire [rémunération mensuelle], en Éthiopie, au Malawi, en Zambie [pour certains cadres]). Dans d'autres pays ils ne sont pas salariés (par ex. au Burkina Faso et en Ouganda), et dans certains cas ils perçoivent des primes de la part de partenaires au développement ou de communautés (par ex. en RDC, au Mali).
- Le recrutement et la formation du nombre nécessaire d'ASC a pris beaucoup de temps (par ex. au Malawi, en Zambie).
- La collecte et la promptitude de la transmission de données de qualité du niveau communautaire est un défi dans de nombreux pays (par ex. au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Zambie), en raison de la mauvaise qualité des infrastructures de communication et du manque de motivation des ASC pour ces tâches.

¹ Le chiffre de 200 millions est basé sur les Notes conceptuelles présentées au Fonds mondial et sur les discussions menées avec les équipes des 12 pays initialement sélectionnés pour lesquelles les données concernant les fonds engagés sont disponibles. Les chiffres pour les autres pays seront disponibles au fur et à mesure des signatures des accords de subventions et des validations des engagements financiers.

- Les ressources humaines et/ou financières disponibles au niveau des établissements de santé sont insuffisantes pour organiser une supervision efficace des ASC (par ex. en Côte d'Ivoire et en Zambie).
- La coordination de partenaires multiples, particulièrement concernant l'harmonisation des primes données aux ASC, est également difficile.
- La mise en place de contrats et les versements de fonds ont parfois subi de longs délais (par ex. en Ouganda).
- L'absence de la part du Fonds Mondial d'exigence d'indicateurs de contrôle pour s'assurer que la PCIME-C est mise en œuvre comme un programme intégré a créé l'impression que les responsables des programmes de lutte contre le paludisme, y compris les bénéficiaires principaux et secondaires des subventions du Fonds Mondial, sont seulement responsables du suivi des indicateurs spécifiques au paludisme.

Leçons tirées de l'expérience et prochaines étapes

- Bien que iCCM FTT et les partenaires puissent apporter un certain soutien, de solides partenariats au niveau national sont essentiels pour la planification de la mise en œuvre et le financement intégré pouvant permettre de faire avancer le programme de PCIME-C.
- Compte tenu du déficit de financement persistant (environ 200 millions de dollars US), il est nécessaire d'explorer des sources de financement nouvelles et innovantes, y compris la mobilisation des ressources nationales.
- La contribution financière du gouvernement à la mise en œuvre de la PCIME-C doit être mieux évaluée et quantifiée.
- Idéalement, des dispositifs de co-financement pour les produits non destinés au traitement du paludisme devraient être identifiés avant la soumission de la note conceptuelle afin de garantir le financement simultané et de l'ensemble des médicaments et produits de la PCIME-C.
- Il est nécessaire de poursuivre l'exploration de mécanismes d'incitations financières et non financières y compris la supervision constructive et mentorat et les rôles potentiels que peuvent jouer les communautés dans la motivation des ASC pour minimiser les taux de défection .
- L'accroissement de l'utilisation des technologies de communication mobile pour recueillir et transmettre les données du niveau communautaire peut permettre de surmonter les contraintes de disponibilité des données, mais il existe actuellement des problèmes de couverture par les réseaux de téléphonie mobile et de prix relativement élevés des appareils cellulaires (par ex. au Burkina Faso).
- La recherche sur les procédures de mise en œuvre est cruciale pour améliorer les plans d'intensification.

2^e Session : Planification de la mise en œuvre

2 ^e Session : Planification de la mise en œuvre	
Session présidée par : Samira Aboubaker (Siège de l'OMS)	
Objectifs <ol style="list-style-type: none">1. Examiner les principaux éléments de l'élaboration des plans de mise en œuvre de la PCIME-C, identifier les processus communs, les difficultés et les solutions.2. Permettre aux équipes de pays d'engager une évaluation par les pairs de leurs plans de mise en œuvre de la PCIME-C et d'offrir des suggestions pour le renforcement/ et l'amélioration de leurs plans.	Résultats attendus <p>Les pays participants ont une meilleure compréhension des principaux éléments, de solides plans de mise en œuvre de la PCIME-C et ont bénéficié de suggestions pratiques de leurs pairs concernant ces plans.</p>
Communications et travaux en groupe	
<ul style="list-style-type: none">• Qu'est-ce qui constitue un plan national de mise en œuvre de la PCIME-C solide? - Dyness Kasungami (bénéficiaire de subventions de l'USAID pour les programmes SME)• Plans nationaux/Stratégies pour la PCIME-C : éléments essentiels et défis de mise en œuvre – Équipes de pays Éthiopie et Ghana• Travaux de groupe – Évaluation par les pairs des plans de mise en œuvre – atelier animé par Teshome Desta Woldehanna	

Cette session comprenait une présentation sur les éléments clés permettant de concevoir des plans de mise en œuvre pour la PCIME-C, plans qui peuvent être soit des documents autonomes, soit être intégrés dans des plans déjà existants. Un plan de mise en œuvre solide comprend une analyse de situation qui évalue le programme existant et identifie des objectifs mesurables, des activités et des moyens ainsi que des calendriers et des responsabilités à assigner. Ce plan fixe également des résultats-cibles, comporte un inventaire des ressources et des lacunes et détermine les coûts. L'objectif de la PCIME-C est d'augmenter l'accès à des services de qualité et à leur utilisation.

La planification de la mise à l'échelle implique le regroupement des programmes régionaux dans le cadre d'un programme national, l'harmonisation de l'action des partenaires de mise en œuvre ; l'autorisation d'adoption de « pratiques prometteuses », l'identification des lacunes et la proposition de solutions, et la disponibilité d'une continuité de soins entre le niveau communautaire et la formation sanitaire. Les sections spécifiques qui pourraient faire partie d'un plan de mise en œuvre idéal comprennent : la coordination et la mise en place de politiques publiques, les coûts et le financement ; la disponibilité de ressources humaines, la gestion de la chaîne logistique, l'offre de services et la référence des patients, la communication et la mobilisation sociale, la supervision et l'assurance qualité des résultats, le S&É, le SNIS (y compris la recherche opérationnelle).

Des ressources pour la planification de la PCIME-C sont disponibles à www.ccmcentral.com et comprennent un manuel de planification, un guide sur les indicateurs de la PCIME-C, des plans nationaux, des publications sur la PCIME-C et des contributions de sous-groupes de travail de l'Équipe spéciale de la PCIME-C.

Au cours de la deuxième partie de cette session, le Ghana et l'Éthiopie qui ont des programmes de PCIME-C relativement bien développés, ont présenté leurs expériences sur la planification et la mise en œuvre de la PCIME-C résumées ci-dessous. À la suite de ces communications, les équipes pays ont travaillé par pair pour faire l'évaluation préliminaire de leurs plans respectifs sur la mise en œuvre de la PCIME-C.

	GHANA	ÉTHIOPIE
CONTEXTE	<ul style="list-style-type: none"> La PCIME-C a été lancée à travers un projet-pilote sur le traitement à domicile du paludisme. En 2008, ce projet a été élargi pour inclure le traitement des infections respiratoires aiguës et de la diarrhée. La PCIME-C est offerte dans les communautés mal desservies de l'ensemble des 10 régions du pays et dans 80 % (176) de ses 216 districts. 	<ul style="list-style-type: none"> La PCIME-C s'est appuyée sur le Programme des services de santé de proximité et ses 35 000, Agents sanitaires de proximité (ASP) et sur l'Armée de développement de la santé (composée de bénévoles recrutés dans les communautés). La stratégie nationale visait à couvrir 100 % des zones rurales (les communautés agricoles comme les communautés pastorales).
CADRES ET PLANS STRATÉGIQUES	<ul style="list-style-type: none"> Des plans de mise en œuvre de la PCIME-C existent. 	<ul style="list-style-type: none"> Un plan national de mise en œuvre de la PCIME-C et un plan national de mise en œuvre des Soins communautaires aux nouveau-nés qui couvre comprend la PCIME-C et la Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (IMNCI). La PCIME-C est une composante du 4^e Plan de développement du secteur de la santé (2010-2015) et du Plan de transformation du secteur de la santé (2015-2020). La PCIME-C est une modalité de la mise en œuvre de la Stratégie nationale pour la survie du nouveau-né et de l'enfant (2015-2020).
COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> La coordination nationale est assurée par le Service de santé du Ghana/le Programme national de contrôle du paludisme et la Division de la santé familiale (FDH) ainsi que par d'autres partenaires, des comités et groupes de travail. Les niveaux régional et de district sont impliqués dans la planification et la mise en œuvre ; les communautés sont engagées dans la sélection, l'installation, la supervision et la motivation des ASC. Le suivi et la supervision sont assurés par les équipes des niveaux national, régional, de district et de sous-district, et par les communautés. 	<ul style="list-style-type: none"> Le Ministère fédéral de la Santé est responsable de l'orientation de la politique publique et du leadership, de la mobilisation des ressources et de leur répartition au niveau national. Un groupe de travail technique sur la PCIME-C dirigé par le Ministère de la Santé offre des conseils et un appui techniques à la mise en œuvre. Le S&E sont assurés par les niveaux national, régional et de zone. Des Bureaux régionaux de la santé guident l'action des Bureaux de la santé mis en place au niveau des zones et au niveau des Woreda (districts). Les Bureaux de Woreda dirigent la mise en œuvre, le S&E et les activités de soutien aux programmes de santé. Des partenaires non gouvernementaux apportent un soutien technique et financier à la mise en œuvre et au S&E.
DÉFIS À RELEVER	<ul style="list-style-type: none"> Déficits de financement Délais de livraison des achats Diminution des engagements de partenaires Maintien de la rémunération des ASC à un niveau acceptable Manque de moyens de transport pour les responsables de la supervision Non-disponibilité des médicaments pour traiter les infections respiratoires aiguës et la diarrhée dans sept régions du pays. Approvisionnement irrégulier en thérapies combinées à base d'artémisinine (ACT) Manque de registres pour le niveau communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Rotation rapide des ASC formés et des superviseurs Faiblesse de la chaîne logistique (Système logistique intégré d'approvisionnement en produits pharmaceutiques) Faiblesse du système de santé et communautés très mobiles dans les régions de tradition pastorale Ressources limitées pour soutenir et faire passer à l'échelle la mise en œuvre.

3^e Session : L'importance d'une Gestion intégrée des Achats et des Stocks (GAS intégrée) pour une mise en œuvre efficace de la PCIME communautaire

3 ^e Session : L'importance d'une Gestion des Achats et des Stocks intégrée pour une mise en œuvre efficace de la PCIME-C	
Session présidée par : Atieno Ojoo (Division des approvisionnements de l'UNICEF)	
Objectifs <ol style="list-style-type: none"> 1. Discuter de la planification intégrée de la GAS dans le cadre de la mise en œuvre de la PCIME-C, y compris des difficultés habituellement rencontrées, des solutions possibles, le partage des outils et des ressources avec les équipes de pays. 2. Elaborer des plans d'action spécifiques par pays sur la GAS afin de faciliter la mise en œuvre efficace de la PCIME-C. 	Résultats attendus Des plans d'action sur la GAS pour chaque pays pour renforcer/intensifier les capacités dans le domaine de la GAS pour réussir la mise en œuvre de la PCIME-C.
Communications et travaux en groupe	
<ul style="list-style-type: none"> • À quoi sert la planification d'une GAS intégrée ? - Thomas Sorensen (Division des approvisionnements de l'UNICEF, Bureau régional ESARO) • Les difficultés habituellement rencontrées dans la GAS lors de la mise en œuvre de la PCIME-C - Jane Briggs (SIAPS/MSH) • Examen des outils et des ressources disponibles pour une GAS intégrée- Upjeet Chandan (ICCM FTT) • Travail de groupe sur la planification de la GAS, ses difficultés et les solutions à y apporter 	

La 3^e session a commencé par des présentations sur l'importance de la planification d'une GAS intégrée et sur les problèmes de la GAS qui se posent habituellement lors la mise en œuvre efficace de la PCIME-C. L'accent a été mis sur l'utilité de travailler pour atteindre les objectifs du programme tout en renforçant les systèmes d'approvisionnement nationaux (plutôt que de créer des systèmes parallèles pour la PCIME-C), et sur la nécessité de planifier la GAS de la PCIME-C dès la demande de subvention et tout au long de sa mise en œuvre. Le succès du programme de PCIME-C dépend de la disponibilité continue des produits nécessaires pour le niveau communautaire. Il existe néanmoins des difficultés communes aux différents pays qui entravent ce processus. Celles-ci comprennent l'éloignement et l'accès difficile des communautés rurales, les réseaux de transports limités ou problématiques, la recours à des agents de santé bénévoles, le fait que la communauté soit le dernier maillon de la chaîne logistique et le plus éloigné. Il existe aussi tout une série de questions et de problèmes spécifiques qu'il est essentiel de prendre en compte pendant le processus de planification de la GAS, et qui sont relatifs à la sélection, la quantification, le processus de passation des marchés, la distribution, l'usage rationnel, les systèmes d'information et de gestion logistiques (SIGL), la coordination et l'intégration

Trois pays – le Burkina Faso, l'Ouganda et la Zambie- ont présenté leurs expériences dans le domaine de la passation de marchés et de la gestion des approvisionnements pour le programme de PCIME-C. Quelques succès obtenus et certaines difficultés communes aux trois pays figurent dans la liste ci-dessous.

	SUCCÈS	PROBLÈMES
BURKINA FASO	<ul style="list-style-type: none"> • Plans d'achats et d'approvisionnements en place pour les produits nécessaires à la PCIME-C (sels de réhydratation orale, zinc, amoxicilline, etc.). • Quantification et planification annuelles des besoins en ACT et en TDR du paludisme. • Formation des ASC à la PCIME-C prenant en compte la GAS. • Sels de réhydratation orale, zinc, ACT et TDR du paludisme disponibles dans les Centrales d'achat des médicaments essentiels et génériques (CAMEG). 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du financement des achats de produits non destinés à la lutte contre le paludisme (sels de réhydratation orale, zinc, amoxicilline). • Absence d'intégration de l'amoxicilline dans le système d'approvisionnement de la CAMEG. • Insuffisance d'appui à la motivation des ASC. • Approvisionnement régulier des ASC en produits nécessaires. • Irrégularité de la supervision des ASC par le personnel de santé.

	SUCCÈS	PROBLÈMES
UGANDA	<ul style="list-style-type: none"> • Base solide des programmes de PCIME-C (stratégies, plans et mécanismes de coordination nationale). • Engagement durable et expérience des partenaires. • Stratégie de GAS clairement conçue dans la cadre du Plan national pour le secteur pharmaceutique (NPSSP) 2015-2020 et qui inclut les produits nécessaires à la PCIME-C. • Gouvernement et partenaires se saisissent de toutes les sources de financement disponibles pour faire passer à l'échelle la PCIME-C (DFID, NMF du Fonds mondial, GFF). • Les réformes effectuées au cours des 5 dernières années (financement centralisé, passage à l'échelle éclairé) ont renforcé le système GAS. Les produits nécessaires à la PCIME-C sont distribués par des dépôts nationaux de produits pharmaceutiques, et non pas par les partenaires. • Amélioration des indicateurs de résultats du système GAS (disponibilité en stock de produits-témoins supérieure à 64 % en 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> • Bien que les activités de PCIME-C soient intégrées dans le Plan national pour le secteur pharmaceutique, l'estimation des coûts du NPSSP n'est pas encore terminée. • Disponibilité des produits de la PCIME-C très dépendante des contributions des partenaires et souffrant d'importants déficits de financement. • Délais de mise en œuvre (livraison des achats, faible capacité d'absorption). • Le système de trousse de produits accroît le risque d'excès d'approvisionnement et de dépassement des dates de péremption de certains produits. • Les produits pour la PCIME-C sont disponibles dans 15 districts, mais des outils essentiels (matériel de travail pour les ASC, registres, etc.) ne sont pas encore disponibles. • Probabilité d'un déficit de financement pour mettre en œuvre de la PCIME-C subventionnée par le Fonds Mondial. • Ressources humaines très limitées – savoir-faire, compétences et motivation des ASC limités dans le domaine des achats, de la quantification et de la gestion des stocks.
ZAMBIE	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie nationale 2013-2016 pour la gestion de la chaîne logistique avec plan de mise en œuvre. • Quantification annuelle au niveau national basée sur les problèmes rencontrés, les données de consommation et les données épidémiologiques du SNIS • Les dépôts pharmaceutiques centraux – <i>Medical Stores Ltd</i> (MSL) – et le Ministère de la Santé utilisent un nouveau système de gestion des commandes (EMLIP) dans les établissements sanitaires qui permet à ceux-ci de «retirer» des produits des MSL. • Expériences pilotes sur les technologies mobiles pour la santé avec des fonctions de réapprovisionnement en médicaments à travers l'application mobile DHIS2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelles responsabilités au système MSL (par ex. livraison en bout de chaîne) sans obtenir le financement adapté. • Les stocks peu fiables au niveau des établissements sanitaires pour les sels de réhydratation orale, le zinc, et l'amoxicilline. • Difficulté des ASC pour l'accès et au approvisionnement en produits pharmaceutiques à partir des établissements sanitaires. • Manque de fonds pour financer les médicaments contre la pneumonie et la diarrhée.

Les ressources sur les systèmes GAS destinés à la PCIME-C développées par iCCM FTT et l'UNICEF ont été partagées avec les participants. Elles comprennent une liste de vérification de la GAS pour la PCIME-C, un guide des subventions du Fonds Mondial pour la planification des achats et des stocks destinés à la PCIME-C, un guide de sélection des produits destinés à la PCIME-C. Ces ressources sont accessibles sur www.ccmcentral.com. En outre, la Division des approvisionnements de l'UNICEF a aussi mis au point les ressources suivantes pour appuyer les pays dans le renforcement de leur chaîne logistique comme « le guide des procédures et outils pour le renforcement des

chaînes approvisionnement en santé publique » ([*A Process Guide and Toolkit for Strengthening Public Health Supply Chains through Capacity Development*](#)).

À la suite des présentations plénières, les équipes pays ont travaillé en groupe pour examiner les problèmes spécifiques auxquels elles font face dans le domaine de la GAS et pour identifier des solutions possibles, en utilisant un modèle de GAS qui est un outil d'élaboration de plans d'action nationaux spécifiques (voir Annexe C). **Note** : la plupart des pays participant n'ont pas complété cet exercice dans le temps alloué et nombre d'entre eux ont indiqué qu'ils poursuivraient cette analyse des problèmes et des solutions avec une équipe élargie après leur retour au pays.

Résumé des discussions et des travaux en groupe

- La majorité des pays participants ont des difficultés pour assurer le financement des produits de la PCIME-C non destinés à la lutte contre le paludisme et qui ne sont pas couverts par les subventions du Fonds Mondial. Certains pays souffrent de délais de versement de ces subventions. Il existe un risque réel de reprogrammation des fonds déjà alloués à la PCIME-C par le Fonds Mondial si les pays récipiendaires ne parviennent pas à démontrer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de cette stratégie, selon les calendriers d'exécution prévus. Autant que possible, les flux de financement doivent être alignés et une mobilisation de ressources plus importantes est nécessaire pour assurer les achats de produits pour la PCIME-C qui ne sont pas destinés à la lutte contre le paludisme.
- En raison des éléments susmentionnés, la majorité des pays participants sont confrontés à des difficultés de coordination provoqués par différents bailleurs de fonds qui financent différents produits destinés à la PCIME-C. Les pays concernés doivent défendre plus fermement la nécessité d'intégrer et de rationaliser la GAS pour tous les produits destinés à la PCIME-C. Il existe des avantages clairs à avoir un mécanisme unique chargé des achats et de la distribution. Les pays participants ont identifié un manque de compétences sur le processus de planification d'un système GAS intégré pour la PCIME-C. Certains pays disposent de cellules de coordination, mais toutes ne sont pas fonctionnelles.
- Les ruptures de stock constituent un problème dans la plupart des pays. Il est important de planifier précisément la distribution et jusqu'au dernier maillon de la chaîne ; de nombreux pays ont mentionné des difficultés sur les mécanismes de distribution et la capacité de leur personnel d'assumer la gestion de la chaîne logistique. Il est aussi indispensable de vérifier la date de péremption des médicaments, comme un indicateur de l'efficacité du système GAS. Le Fonds Mondial a relevé que ce critère avait été intégré dans sa dernière version des questions à documenter dans les rapports qui lui sont destinés.
- Au niveau communautaire, le dialogue avec le secteur privé peut s'avérer avantageux. Certains produits de la PCIME-C sont disponibles sans ordonnance, ce qui pourrait potentiellement donner un rôle au secteur privé dans le domaine de l'approvisionnement et de la prestation de services. Le rôle des fournisseurs de médicaments brevetés peut être important dans certains pays et doit être mieux défini et réglementé pour s'assurer qu'ils ne sont pas en concurrence avec les ASC.
- La planification des achats et des stocks est un élément majeur de la planification de la PCIME-C, et doit être initié dès le début du processus. Outre les produits non destinés à la lutte contre le paludisme, les programmes de PCIME-C doivent prendre en compte d'autres articles non pharmaceutiques, comme les aide-mémoires pour les ASC, les registres pour le niveau communautaire, etc. Il est nécessaire de s'assurer que les coûts de fonctionnement de la chaîne logistique elle-même (stockage, transport, tarif, etc.), qui peuvent être considérables, sont bien pris en compte dans les plans et les budgets.
- Des structures de planification de la GAS existent au niveau national et sub-national dans de nombreux pays, mais dans plusieurs d'entre eux elles ne sont pas fonctionnelles ou fonctionnent de manière optimale.
- Le manque de données du niveau communautaire sur la consommation de ces produits est un obstacle à leur quantification et au suivi de la PCIME-C. Il est le résultat d'un mauvais rapport ou d'un manque d'intégration des données du niveau communautaire dans le SNIS.

L'utilisation des outils de e-santé dans la chaîne logistique est encourageante, mais non sans défis.

4^e Session : Adoption d'un cadre intégré de Suivi & Évaluation (S&É intégré) et renforcement des systèmes de gestion de l'information sur la santé communautaire

4 ^e Session : Adoption d'un cadre Suivi & Évaluation intégré et renforcement des systèmes de gestion de l'information sur la santé communautaire Session présidée par : Eric Swedberg (Save the Children USA)	
Objectifs : <ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer la compréhension des indicateurs prioritaires de la PCIME-C, des processus pour leur intégration dans les SNIS, des meilleures pratiques pour soutenir la qualité des données et leur utilisation. 2. Réviser et mettre à jour les programmes subventionnés par le Fonds Mondial. 3. Elaborer des plans d'action nationaux spécifiques pour intégrer les indicateurs prioritaires sur la PCIME-C dans les SNIS et pour soutenir la qualité des données et leur utilisation. 	Résultats attendus : Plans d'action nationaux pour le renforcement du suivi de la PCIME-C (élaboration ou révision selon le cas).
Communications et travaux en groupe	
<ul style="list-style-type: none"> • Défis et perspectives présentés par la mise en place de cadres de S&É et de systèmes d'information sur la santé communautaire : la perspective du Fonds Mondial - Miriam Sabin (Fonds mondial) • Examen général des indicateurs recommandés et des indicateurs prioritaires de la PCIME-C, de leur intégration dans les SNIS nationaux et des outils d'appoint - Eric Swedberg (Save the Children) et Dyness Kasungami (bénéficiaire de subventions de l'USAID pour les programmes SME) • Présentation des expériences nationales : Éthiopie et Niger • Tendances émergentes et meilleures pratiques dans le cadre du renforcement des systèmes d'information sur la santé communautaire et dans l'amélioration de la qualité des données et de leur utilisation - Nicholas Oliphant (UNICEF HQ) • Travaux de groupes 	

La 4^e session a commencé par une présentation du point de vue du Fonds Mondial sur les défis et les perspectives que présentent la mise en place d'un cadre de S&É intégré et de systèmes d'information sur la santé communautaire. Miriam Lewis Sabin du Fonds Mondial a mis en exergue l'importance de passer à l'échelle et de renforcer les systèmes de S&É pour les interventions de sante mises en œuvre au niveau communautaire. La manière dont le Fonds Mondial mesure la mise en œuvre des subventions a été présenté, y compris l'usage de cadres de performance et le suivi des plans de travail. Eric Swedberg de *Save the Children* et Dyness Kasungami de *MCSP* ont ensuite mis à jour les indicateurs actuellement recommandés dans le cadre de la PCIME-C et les indicateurs prioritaires à intégrer dans les SNIS. Ils ont également présenté les meilleures pratiques en matière de collecte de données de qualité de la PCIME-C et leur utilisation pour le renforcement des systèmes d'information communautaire et des SNIS dans le contexte des subventions accordées par le Fonds Mondial.

Vue d'ensemble des indicateurs de la PCIME-C, des tendances émergentes et des meilleures pratiques pour le renforcement des systèmes d'information sur la santé communautaire, la collecte et l'utilisation de données de qualité

En 2013, l'iCCM FTT a publié un guide des indicateurs de la PCIME-C qui comprend une liste de 48 indicateurs applicables aux huit (8) composantes et phases de ce programme en vue d'« encourager l'utilisation cohérente de définitions et de critères de mesure standardisés ». Cette liste n'est pas conçue comme un ensemble d'indicateurs utilisables pour tous les programmes, mais plutôt comme un menu qu'un Ministère de la Santé et ses partenaires peuvent utiliser pour identifier les indicateurs les plus appropriés aux programmes et aux contextes qui leur sont spécifiques.

Le sous-comité M&E de l'iCCM FTT a examiné la liste des indicateurs et proposé un groupe de 12 indicateurs essentiels à collecter à travers les systèmes d'information sanitaire, en plus de six

indicateurs supplémentaires qui devraient collecter à travers des études spéciales. Le sous-comité S&E encourage les pays participants à identifier les opportunités pour intégrer ces indicateurs à forte valeur ajoutée dans les systèmes d'information sanitaire de district et dans les autres SNIS.

Table 2 : Indicateurs essentiels recommandés pour le suivi des programmes de PCIME-C ²

ÉLÉMENT	INDICATEUR
Prestation de service	Nombre de cas pris en charge par chaque ASC : Nombre de cas traités par ASC par période de rapport (nombre total et nombre désagrégé par maladie)
	Taux de traitement de la PCIME-C: nombre de cas de maladies traités pour 1000 enfants de moins de cinq ans dans les zones-cibles pour une période de temps donnée (5.1)
	Pourcentage du nombre de cas attendus traités : nombre de cas de maladies traités/Nombre de cas attendus selon la population et la période de temps
	Taux de TDR positifs : % des cas de fièvre présentés aux ASC qui ont été testés par TDR et qui ont donné un résultat positif.
Approvisionnement/chaîne logistique	Stock continue de médicaments et d'outils diagnostiques (1) : % de sites de PCIME-C sans rupture de stock pour chaque produit pendant la période de rapport (désagrégé par produit). [Recommandé par le groupe SCM/Optionnel]
	Disponibilité des médicaments et d'outils diagnostiques (2) : % de sites de PCIME-C ayant en stock tous les médicaments essentiels et de outils de diagnostiques au dernier jour de la période de rapport (plus courant parce que plus facile à collecter) (4.2)
Référence des patients	Taux de patients orientés: nombre de cas ayant fait l'objet d'une référence pour 100 cas vus par un ASC. (5.3)
Rapport de données	Rapport de données : % d'ASC/établissements sanitaires/districts ayant soumis des rapports sur la PCIME-C au cours de la période de rapport (désagrégé par niveau) (8.3)
Supervision	Nombre d'activités de supervision menées versus nombre d'activités de supervision prévu : proportion du nombre d'activités de supervision prévues (à définir localement) qui ont été menées au cours de la période de temps faisant l'objet du rapport (similaire à 7.4)
Indicateurs de résultats (recueillis à partir d'enquêtes auprès des ménages tous les 3 à 5 ans)	Diagnostic : % d'enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre au cours des deux dernières semaines qui ont été soumis à un test pour le paludisme au doigt ou au pied avec un bâtonnet
	Traitement du paludisme : % de cas de paludisme confirmés détectés par consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique préliminaire conformément aux dispositions de la politique nationale
	Traitement de la diarrhée : % des cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans qui ont été traités avec des sels de réhydratation orale conformément aux dispositions de la politique nationale
	Traitement de la diarrhée : % des cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans qui ont été traités avec une dose de zinc conformément aux dispositions de la politique nationale (5.4)
	Traitement de la pneumonie : % des cas de pneumonie suspectés chez les enfants de moins de 5 ans qui ont été traités avec des antibiotiques conformément aux dispositions de la politique nationale (similaire à 5.4)
	Traitement de la pneumonie : % des cas de pneumonie suspectés chez les enfants de moins de 5 ans pour lesquels on a recherché des soins d'un personnel qualifié

La qualité des soins est un élément essentiel de la prestation de services de PCIME-C, mais son évaluation repose généralement sur l'observation directe et sur des examens par des experts faisant

² USAID (2013). Indicator Guide. Monitoring and Evaluating Integrated Community Case Management

appel à des études spécifiques qui exigent des ressources importantes. Il existe cependant une possibilité d'adapter certains indicateurs pour mesurer cette qualité à partir de données de routine. Par exemple, le pourcentage d'enfants testés négativement pour le paludisme qui subissent néanmoins un TDR indique probablement une prise en charge incorrecte des cas.

Un des objectifs de la mise en œuvre de systèmes d'information sur la santé communautaire est d'améliorer l'utilisation des informations recueillies ; cependant cette amélioration de l'usage de l'information tend à se manifester avant tout au niveau des gestionnaires de programmes, et il existe relativement peu d'exemples de rétroaction sur les données fournies aux communautés et utilisées par celles-ci. Des approches innovantes sont nécessaires pour s'assurer que les données recueillies auprès d'une communauté sont utilisées au niveau communautaire. Entre autres approches, il y a les dialogues communautaires, les fiches de score communautaires et les systèmes de suivi des résultats pour l'équité (*Mores – Results for Equity Systems*) de l'UNCIEF.

Bien que le sujet n'ait pas été abordé au cours de cette réunion, on doit noter que peu de pays d'Afrique subsaharienne ont procédé à la géolocalisation et à des recensements périodiques de leurs établissements sanitaires et de leurs ASC, à des enquêtes auprès de ces établissements et de ces agents, et exploité au maximum ces données. Ces évaluations périodiques (par ex. au début et à la fin de la mise en œuvre des plans de développement du secteur de la santé et lors des revues à mi-parcours) sont importantes pour une triangulation des données de routine du SNIS, permettant de déclencher et de cibler les mesures correctrices de ces processus de mise en œuvre, d'ajuster les politiques publiques et, couplées avec les résultats des enquêtes auprès des ménages, de mesurer l'offre et l'utilisation de soins.

Exposés sur l'expérience de deux pays

L'Éthiopie et le Niger ont présenté leurs expériences de renforcement des systèmes d'information sur la santé communautaire et d'amélioration de la qualité des données recueillies et de leur utilisation.

PAYS	SUCCÈS	PROBLÈMES
ÉTHIOPIE	<ul style="list-style-type: none"> • ASC déployés dans 77 % des postes de santé. • Outil de recueil de données unifié pour chaque ménage (Dossier familial) • SIGS en ligne dans 3000 Établissements de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bien que le registre officiel mis en place pour la PCIME-C soit le seul dont l'usage est autorisé au niveau des postes de santé, d'autres modèles sont utilisés dans certains postes. • Problèmes d'exhaustivité et de transmission des données en temps opportun. • Postes de santé ne mettant pas à jour les dossiers familiaux. • Pas d'orientations claires sur la gestion des données au niveau des postes de santé dans les zones pastorales et semi-pastorales. • Certains - ASC ne procèdent pas à l'échantillonnage par lot pour l'assurance qualité en conformité avec la norme définie. • Pénurie et rotation importante pour les personnels formés à l'utilisation des SNIS en ligne. • Faible couverture et pannes d'électricité fréquentes entravant la mise en œuvre des SNIS en ligne. • Faible connectivité Internet pour la mise en œuvre des SNIS en ligne.

PAYS	SUCCÈS	PROBLÈMES
NIGER	<ul style="list-style-type: none"> PCIME-C intégrée dans le SNIS. Enquêtes annuelles SMART / CAP (connaissances, attitudes et pratiques). Utilisation de données pour le suivi des résultats sur une échelle limitée. Dispensaires équipés de tableaux de bord. Géolocalisation des sites de prestation de services. Projets pilotes sur l'usage des technologies mobiles dans les domaines de la PCIME-C et de la nutrition. Introduction de DHIS2. 	<ul style="list-style-type: none"> Certains partenaires continuent d'utiliser leurs propres outils de collecte des données. Données agrégées disponibles uniquement au niveau district au niveau central. Pas d'archives sanitaires fiables au niveau communautaire. DHIS2 en tout début de mise en œuvre. Délais dans l'accès aux données nécessaires à la prise de décision. Peu d'indicateurs relatifs aux ASC et à la PCIME-C.

Au cours des travaux de groupe, les équipes de pays ont examiné leurs plans de suivi actuels en vue d'identifier les problèmes, les solutions à y apporter et les besoins en assistance technique nécessaire pour le renforcement de ces plans. Les résultats par délégation nationale sont accessibles en annexe D. En résumé, les difficultés potentielles peuvent être regroupées de la manière suivante : intégration inadaptée des données dans les SNIS (par ex. insuffisance de la coordination et de la collaboration avec le groupe de travail technique sur les SNIS et les responsables des programmes PCIME-C ; manque d'attention portée aux indicateurs prioritaires pour la PCIME-C et aux besoins des utilisateurs (par ex. outils de suivi trop nombreux/trop lourds et complexes ; ruptures de stock pour les outils destinés aux agents de première ligne); capacités ressources humaines insuffisantes et inadaptation des mécanismes de collecte et d'utilisation de données de qualité (par ex. formation et institutionnalisation des capacités insuffisantes, faibles analyse et utilisation des données, par ex. les revues trimestrielles et annuelles) ; manque de données désagrégées sur la PCIME-C par opposition à la PCIME clinique ; équipement/infrastructures en technologies de l'information et de la communication insuffisants pour la mise en place des SNIS.

5^e Session : Mobiliser les ressources et investir dans la santé communautaire

5 ^e Session : Mobiliser les ressources et investir dans la santé communautaire Session présidée par : Olga Bornemisza (Fonds Mondial)	
Objectifs <ol style="list-style-type: none"> Présenter les aspects les plus récents en matière de renforcement et de financement des plateformes que constituent les agents de santé communautaires. Comprendre les possibilités de financement mondiales, existantes et futures, pour la PCIME-C, les agents de santé communautaires et le renforcement des systèmes de santé de la communauté. Mettre au point des stratégies de mobilisation des ressources 	Résultats attendus Initier l'élaboration de stratégies de mobilisation des ressources propres à chaque pays et identifier les besoins d'assistance technique..
Communications et travaux en groupe	
<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des ressources : État des lieux – Mark Young (Siège de l'UNICEF) Investir dans la santé communautaires et les agents de sante communautaires : construction d'un plaidoyer convaincant – Jerome Pfaffmann (Siège de l'UNICEF) et David Collins (MSH) Plaidoyer pour la mobilisation des ressources – Expérience dur de <i>Roll Back Malaria ToolKit</i> – Valentina Buj (Siège de l'UNICEF) Table ronde : Mobilisation des ressources : Opportunités et défis du financement de la santé communautaires (Paulin Basinga/Fondation B&M Gates ; Olga Bornemisza/ Fonds Mondial ; Liz Jarmin/Living Goods ; Anthony Gitau/Novartis) – Animatrice : Valentina Buj (Siège de l'UNICEF) Travaux de groupes : Élaboration d'une stratégie de mobilisation des ressources spécifiques à chaque pays 	

La 5e Session a fourni aux participants une mise à jour sur l'appui apporté aux différents pays par l'*iCCM FTT* en matière de mobilisation des ressources à travers le NMF du Fonds Mondial et sur les principales recommandations concernant les investissements dans la santé communautaire.

Environ 200 millions USD ont été mobilisés dans 12 pays dans le cadre du protocole d'entente signé entre l'UNICEF et le Fonds Mondial. Ces fonds comprennent les ressources mobilisées à travers le NMF du Fonds Mondial et les co-financements obtenus auprès des gouvernements nationaux (ressources nationales), de l'UNICEF, et d'autres partenaires et mécanismes de financement. Il existe encore cependant un déficit de financement d'environ 200 millions USD.

Le manque de financement garanti pour l'achat de produits non destinés à la lutte contre le paludisme met en exergue la nécessité d'organiser le plus tôt possible des discussions sur le co-financement, et certainement avant toute soumission de note conceptuelle, afin d'assurer que des fonds suffisants soient disponibles pour la mise en œuvre du paquet complet de PCIME-C. Autant que possible, des efforts doivent être faits pour aligner les co-financements sur les cycles des subventions du Fonds Mondial.

Passer à l'échelle la santé communautaire : Mobiliser les ressources

Management Sciences for Health (MSH) et UNICEF sont en train de développer un outil pour estimer les coûts des services de santé communautaire, y compris la PCIME-C. Cet outil est conçu pour estimer les coûts des programmes actuels ainsi que leur passage à l'échelle, estimer l'efficacité de la santé communautaire et servir de base à l'élaboration de stratégie d'investissement. Cet outil fait actuellement piloté au Malawi et en Sierra Leone et devrait être disponible pour les autres pays au second semestre 2016.

Pendant la conférence sur le « Financement pour le développement » organisée à Addis Abeba en juillet 2015, un rapport (ici en anglais : [report](#)) présentant plaidoyer et une stratégie de financement des ASC a été lancé. Le rapport présente les principes permettant la mise en place de systèmes de santé communautaire et les mécanismes de financement possible. Le rapport présente également que retour sur investissement d'un système de santé communautaire peut être de 10 pour 1. Outre le financement des bailleurs de fonds et celui provenant des ressources domestiques, plusieurs sources de financement émergentes ont été identifiées : secteur privé (par ex. fonds fiduciaires ou entreprises pharmaceutiques et de soins de santé, fabricants locaux de produits pharmaceutiques ou prestataires privés de soins de santé) ; émission d'obligations pour accéder aux marchés boursiers ; le Mécanisme de financement mondial de la Banque mondiale (*GFF*) ou encore la vente de produits par les ASC pour générer des revenus supplémentaires.

Les prochaines étapes pour assurer le financement des systèmes de santé communautaire prend en compte la mise en place d'une cellule d'appui au financement la santé (*FSU – Financing Support Unit*), l'estimation des coûts spécifiques à chaque pays pour mettre en place un système de santé communautaire et la mise au point de stratégies de mobilisation des.

En outre, *Roll Back Paludisme* (*RBM*) a mis à point un guide et des outils pour le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources ([Advocacy for Resource Mobilization \(ARM\) guide and toolkit](#)), qui comprennent un guide technique, une description des financements traditionnels et des innovations dans ce domaine, des études de cas, des modèles pour mobiliser les ressources nationale et des exemple de campagne de mobilisation des fonds. Bien qu'élaborés à l'usage des acteurs de la lutte contre le paludisme, ces outils peuvent être adaptés à n'importe quel contexte de mobilisation des ressources. Ces outils sont disponibles en suivant le lien ci-dessus.

Un panel d'experts du Gouvernement du Malawi, du Fond Mondial, de la Banque Mondiale, de l'ONG Living Goods et de la société Novartis, partant de perspectives présentées par le Malawi, a discuté des opportunités de financement de la PCIME-C , à court terme dans le cadre des subventions accordées par le Fonds Mondial, comme à plus long terme pour permettre le

développement de stratégies de mobilisation des ressources par les délégations des pays participants.

Points clés

- Le Mécanisme de financement mondial de la Banque mondiale (*GFF*) assure le financement de l'initiative « Chaque femme, chaque enfant », depuis juin 2015. C'est un processus piloté par les pays concernés fondé sur le développement de stratégies d'investissement pour des programmes intégrés de santé reproductive, maternelle, de l'enfant et de l'adolescent et qui mettent l'accent sur les résultats tout en priorisant les populations mal desservies et marginalisées. Le Kenya est un exemple de pays qui a mis au point un cas d'investissement comprenant une composante de santé communautaire entièrement chiffrée.
- Le Fonds Mondial peut fournir les fonds nécessaires aux salaires ou aux incitations des ASC. Toutefois, il est en train de s'éloigner de ce rôle, conformément à ses directives budgétaires de 2014 en considérant que les coûts en ressources humaines doivent être assumés par les gouvernements. Une justification solidement fondée du financement des motivations financières des ASC, accompagnée d'un plan de transition pour une prise en charge totale de ces frais par le gouvernement, est désormais exigée par le Fonds Mondial pour qu'il accepte d'assumer ces coûts.
- La durabilité du financement des salaires et des autres incitations financières accordés par les gouvernements aux ASC est une question d'importance pour les pays dont les ressources sont limitées. Il est cependant nécessaire de travailler dans ce sens, d'autant que les faits constatés prouvent que pour mettre en place un système de santé communautaire viable, il est indispensable de rémunérer les ASC pour leur travail. C'est pourquoi, la rémunération des ASC devrait être prise en compte dans les plans de développement des ressources humaines, dans les stratégies de financement de la santé communautaire ou dans les plans de renforcement des systèmes de santé. Plusieurs pays sont en train d'explorer avec succès de nouveaux moyens de financement des ASC dont l'Éthiopie, le Rwanda et le Malawi. Ces méthodes incluent entre autres le paiement de salaires et la signature de contrats entre le gouvernement et des coopératives d'ASC.
- La clé qui permettra au secteur de la santé communautaire d'avoir accès à des financements du secteur privé est de s'assurer que les propositions présentées mettent l'accent sur les objectifs essentiels de l'organisme privé concerné, ce qui se fera habituellement autour de l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des produits de cette société.

6^e Session : Plans d'action nationaux et besoins en assistance technique

6 ^e Session : Synthèse des travaux de l'atelier	
Objectifs <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des plans d'action nationaux sur la PCIME-C. 2. Identifier des besoins en assistance technique. 	Résultats attendus <ul style="list-style-type: none"> • Plans d'action nationaux • Recueil des demandes en assistance technique des différents pays.
Communications et travaux en groupe	
<ul style="list-style-type: none"> • Panel et discussion : Représentants du système de santé communautaire du Kenya – facilité par Janet Kayita (Bureau ESARO de l'UNICEF) • Travaux de groupes : Plans d'action nationaux et besoins en assistance technique – facilité par Kate Wilczynska-Ketende • Synthèse des travaux de l'atelier – Mark Young (Siège de l'UNICEF HQ) • Clôture de la réunion – Luwei Pearson (Bureau ESARO de l'UNICEF) et Olga Bornemisza (Fonds Mondial) 	

Table ronde d'agents de santé communautaire

La 6^e Session a commencé par une table ronde rassemblant des membres du système de santé communautaire du Kenya. Les participants comprenaient des agents de santé communautaire (comtés de Homa Bay et de Siaya), un Assistant à la santé communautaire (Siaya), une

Coordinatrice de comté pour la PCIME-C (Siaya), une Administratrice-en-chef de comté (Siaya) et un Directeur adjoint de la Santé publique (comté de Turkana).

Les membres de cette table ronde ont décrit les succès et les difficultés de leur travail et leurs propres perspectives sur la vision de l'avenir des services de santé communautaire dans leurs comtés respectifs. Jenipher Koraro, ASC bénévole du comté de Homa Bay, a reconnu que la formation d'ASC qu'elle avait reçue avait rehaussé son statut social dans la communauté et l'avait aidé à gagner la confiance et l'acceptation de son rôle dans le cadre du traitement à domicile des enfants de moins de 5 ans. Sarafi Wachir du comté de Siaya a apprécié le fait que sa charge de travail de trois visites à domicile par semaine lui permet de poursuivre ses propres activités agricoles. Il a noté que les outils de documentation et les registres de patients sont trop grands et volumineux pour être aisément transportés ou rangés et il a souhaité la mise en place d'un système différent.

Amos Odwouor un inspecteur des ASC dans le comté de Siaya, a décrit la manière dont il rencontre chaque mois ses ASC pour élaborer un programme de travail commun et pour identifier leurs lacunes et problèmes. Il a aussi mentionné une charge de travail réduite à la formation sanitaire locale résultant de la possibilité de trier ou de traiter les patients dans la communauté. L'irrégularité des approvisionnements en produits pharmaceutiques reste un problème, car quand les stocks sont réduits, le personnel de santé est réticent à en offrir aux ASC.

Elizabeth Omondi, une Coordinatrice du programme de PCIME-C pour le comté de Siaya, est responsable des activités de plaidoyer et de lobbying pour obtenir l'appui du gouverneur et de l'assemblée du comté. Son action lui a permis d'obtenir l'adhésion et le soutien des communautés. Elle a souligné qu'un point focal communautaire est chargé de la supervision mensuelle des ASC au niveau des sous-districts du comté, que la supervision au niveau du comté est effectuée sur une base trimestrielle et qu'un audit mensuel de la qualité des données recueillies et un suivi sont également organisés. Elizabeth Omondi a noté que la transmission des données nécessaires à la gestion des stocks pouvait durer 15 jours entre le niveau communautaire et les districts. Elle a cependant indiqué qu'un système informatique de gestion des stocks permettrait de combler ces lacunes et a exprimé le souhait d'introduction d'un système de rémunération basé sur les résultats obtenus pour les agents qui ont dépassé 60 % des objectifs qui leur étaient assignés.

Dorothy Owino, une Administratrice-en-chef pour le comté de Siaya, a remarqué que ce comté faisait face à une morbidité très élevée. L'administration du comté a identifié, après consultation des parties prenantes, la mise en place de services de santé comme une intervention clé. Elle s'est engagée en juillet 2014 à payer une rémunération à 2147 ASC, à partir d'une ligne du budget du comté. Le comté a aussi payé l'inscription des ASC au Fonds national d'assurance-santé et les a encouragés à faire le plaidoyer auprès d'autres personnes pour qu'elles en fassent de même. Les administrateurs du comté envisagent aussi de nouer des liens avec l'agriculture et avec un programme d'activités génératrices de revenus.

Alfred Ikeny Emaniman, un Directeur adjoint de la Santé publique du comté de Turkana, a été chargé de plaider la cause des services de santé communautaire auprès de l'assemblée du comté, y compris de préparer les budgets et de les défendre devant cette assemblée. Le comté de Turkana a des problèmes particuliers en raison de la faible densité de sa population qui fait que la distance moyenne d'un ménage à un établissement de santé est d'environ 35 km. Les ASC qui ne reçoivent pas de rémunération doivent parcourir de longues distances entre les ménages à visiter. La question du transport est donc cruciale pour ces ASC. Jusqu'à présent, le comté n'a pas eu la possibilité d'allouer des ressources pour les ASC et ceci a provoqué un fort taux d'abandon de ce personnel.

Travaux de groupe : Plans d'action nationaux et demandes en assistance technique

Après cette table ronde, les équipes de pays ont préparé des plans d'action nationaux et identifié sur cette base leurs besoins en assistance technique. Un résumé des demandes d'assistance technique et

de la situation des plans et des stratégies pour la PCIME-C des différents pays et leurs programmes sont inclus respectivement aux Annexes E et F.

Résumé des travaux de la réunion

Mark Young, Spécialiste sénior de Santé au Siège de l'UNICEF, a présenté quelques remarques pour résumer les travaux de la réunion. Les quatre domaines sur lesquels l'accent doit être mis pour mettre en œuvre avec succès la PCIME-C, les leçons apprises de l'expérience et les recommandations sont :

- 1) **Planification de la mise en œuvre:** le programme de PCIME-C a pris une plus grande importance dans le secteur de la santé au niveau mondial et au niveau national. Pour le faire progresser, il est nécessaire de créer et tirer parti des partenariats au niveau des différents pays et assurer le succès de la mise en œuvre de la PCIME-C. Une intégration réussie implique de travailler avec et à travers les systèmes nationaux en place (pour le S&É, la gestion des achats et des stocks et le financement). Le déficit de financement pour les produits non destinés à la lutte contre le paludisme reste pour tous les pays un problème majeur. Résoudre ce problème exigera l'émergence de nouvelles perspectives sur la question du financement.
- 2) **Système de la GAS pour la PCIME-C :** la mise en place de mécanismes de coordination ou le renforcement de ceux qui existent afin d'intégrer le Système de gestion des Achats et des Stocks pour la PCIME-C dans le Système national de GAS est essentiel pour promouvoir des chaînes logistiques intégrées pour les approvisionnements et pour assurer leur viabilité. Nous devons aussi collectivement continuer de i) plaider en faveur d'un financement intégré pour les produits nécessaires à la prise en charge communautaire (y compris les frais relatifs à la chaîne logistique), ii) identifier les mécanismes permettant de renforcer le rôle des ASC et du personnel de santé en général en matière de réapprovisionnement de la chaîne logistique et dans la documentation, iii) enfin intégrer les informations sur la logistique de la PCIME-C dans les Systèmes nationaux d'information et de gestion logistiques .
- 3) **S&É /SNIS et PCIME-C :** le suivi des résultats et des produits des programmes de PCIME-C est crucial. À l'avenir, les pays devront se concentrer sur les indicateurs prioritaires de routine, assurer l'intégration de ces indicateurs prioritaires dans les SNIS et assurer la désagrégation de ces indicateurs formation sanitaire et offre de soin communautaire. Il sera aussi nécessaire de garantir la promptitude de transmission des rapports d'activités et de mettre en place des retour d'information au niveau communautaire: i) en ayant recours aux technologies de communication mobiles connectées au SNIS, ii) en obtenant des données de qualité par la revue des programmes de santé infantile (aux niveaux national et sub-national) et en utilisant ces données, iii) en procédant à des audits/des évaluations de la qualité des données recueillies, iv) en s'assurant que les besoins des services de santé communautaire (y compris des programmes de PCIME-C) sont explicitement pris en compte dans les groupes techniques de travail sur les SNIS et dans les comités de planification des enquêtes auprès des ménages. Des recensements des établissements de santé (accompagnés d'une mesure de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services – SARA et d'une Évaluation de la provision de services – SPA) ainsi que leur géolocalisation et celle des ASC devront être organisés périodiquement (par ex. au début ou à la fin de la mise en œuvre des plans de développement du secteur de la santé, ou au moment des revues à mi-parcours). Les recensements géolocalisés des établissements et des ASC peuvent être réalisés de manière conjointe et conjointement utilisés avec les données de routine des SNIS et des enquêtes auprès des ménages afin d'obtenir une vue d'ensemble de l'offre et l'utilisation de services de santé infantile; ce qui pourrait servir de base à la planification et la mise en œuvre du développement du secteur de la santé.
- 4) **Mobilisation des ressources et santé communautaire :** Etant le prolongement des services offerts par les établissements de SSP, la santé communautaire et les ASC font partie intégrante des efforts pour le renforcement et la résilience des systèmes de santé. Le renforcement des formation sanitaire de SSP pour leur permettre d'offrir des services essentiels et pour donner à leur personnel de santé les moyens nécessaires pour superviser les ASC est le facteur clé du succès de la PCIME-C et de la santé communautaire.

Le financement de la santé communautaire exige une vision à long terme avec un leadership et un investissement du gouvernement. La motivation, les rémunérations et les primes à accorder aux ASC sont des facteurs cruciaux pour assurer la durabilité de la PCIME-C, et ils devront être pris en compte dans les stratégies de financement à long terme de la santé communautaire. Vu le déficit de financement qui persiste, il existe clairement un besoin d'explorer de nouvelles sources de financement (y compris du secteur privé), particulièrement en ce qui concerne le financement des produits non destinés au traitement du paludisme. Le financement par des bailleurs de fonds n'est pas durable et les pays concernés doivent mettre au point des stratégies de mobilisation des ressources nationales pour la santé communautaire, en utilisant les données, les outils et les méthodes disponibles pour attirer de nouveaux investissements. Il est crucial d'estimer les coûts et les ressources nécessaires, de garantir l'efficacité des interventions et de mettre au point des stratégies de mobilisation des ressources ainsi d'investissement, pour permettre le financement durable de la PCIME-C.

Conclusion de la réunion

Luwei Pearson, Conseillère régionale pour le Bureau régional Afrique de l'Est et Afrique australe de l'UNICEF a prononcé le mot de clôture des travaux. Olga Bornemisza du Fonds Mondial a également fourni quelques commentaires en guise de conclusion.