

La mise en œuvre de la PCIME communautaire dans le cadre du nouveau modèle de financement (NMF) du Fonds mondial

Protocole de documentation de la mise en œuvre du programme

**Développé par l'équipe spéciale de financement de la PCIME communautaire
2016**

Contexte

En 2013, le Fonds mondial (FM) pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (*GFATM*) a annoncé un appui solide à la PCIME communautaire (PCIME-C) en permettant aux pays de demander des fonds pour soutenir des composantes sélectionnés du paquet de PCIME-C dans le cadre du nouveau modèle de financement (NMF). Pour appuyer ce processus, l'équipe de travail pour le financement de la PCIME-C - une équipe multi-organisationnelle de partenaires internationaux dirigée par l'UNICEF a été créée au début de l'année 2014 pour apporter une assistance technique aux pays prioritaires intéressés par l'intégration de la PCIME-C dans leurs notes conceptuelles du NMF/FM pour la lutte contre le paludisme et / ou le renforcement des systèmes de santé.

Pendant la phase 1 (2014/2015), l'Équipe spéciale pour le financement (ETF) de la PCIME-C a concentré ses efforts pour appuyer les pays à 1) procéder à l'analyse des gaps et réviser / renforcer les stratégies nationales de PCIME-C; 2) développer de notes conceptuelles du FM solides et, techniquement valables, et 3) passer avec succès les processus d'approbation et de mise en œuvre de la subvention du FM. Bien que l'ETF ait été mise en place pour soutenir l'intégration de financement, au cours de la phase II (2015-2016), lorsque les pays commencent de mettre en oeuvre la PCIME-C dans le cadre de leurs subventions du FM, l'ETF a apporté un appui ciblé pour la mise en œuvre efficace et à temps, en travaillant avec les pays pour résoudre les défis à mesure qu'ils apparaissaient. Entre 2014-2015, vingt-huit (28) pays africains ont reçu une assistance technique directe ou indirecte de l'ETF, et plus de vingt notes conceptuelles ont été présentées au FM avec des composantes de la PCIME-C. À ce jour, de nombreux pays ont signé des subventions avec le FM et sont dans la phase de mise en œuvre; d'autres devraient suivre très bientôt.

Bien que l'appui de la phase I pour l'intégration de la PCIME-C dans les notes conceptuelles pour le paludisme et / ou le renforcement des systèmes de santé ait été bien documenté par des études de cas financés par l'USAID dans 5 pays (Ghana, Kenya, Nigeria, Ouganda et Zambie), il est également important que les pays documentent la mise en œuvre de la PCIME-C dans le cadre des subventions du NMF du FM, depuis le démarrage des activités en termes de réussites, de défis et de leçons apprises; et d'informer le FM, les bailleurs, les intervenants et les autres partenaires. La possibilité de financer certains coûts de la plateforme de la PCIME-C par le FM

représente une nouvelle opportunité de financement de la PCIME -C . La documentation du processus à travers le cycle de vie du NMF et la compréhension des forces et des faiblesses de cette approche et de ce mécanisme de financement, est donc importante à la fois pour réajuster le processus et mobiliser des financements à venir pour la PCIME-C.

But de la documentation et public cible

Tandis que l'ETF de la PCIME communautaire n'a pas la capacité d'effectuer ces revues, , elle propose ce protocole tout en étant disposée à travailler avec les pays pour l'adapter au contexte local, de fournir aux pays qui le souhaitent d'examiner les progrès accomplis en utilisant une approche standard. Le protocole proposé présente un cadre de référence qu'il est possible d'utiliser pour documenter la mise en œuvre de la PCIME-C dans le cadre du NMF du FM.

Une approche des systèmes de santé pour la documentation de la mise en œuvre est recommandée, et l'approche pour la revue de la mise en œuvre du programme de PCIME-C est basée sur les 8 composantes de la matrice de référence de la PCIME-C, telle que proposée par McGorman et coll. (2012)¹.

1. Coordination et élaboration de politiques;
2. Calcul des coûts et financement;
3. Ressources humaines;
4. Gestion de la chaîne d'approvisionnement;
5. Prestation de services et référence;
6. Communication et mobilisation sociale;
7. Supervision et assurance qualité de la performance; et
8. Suivi et évaluation et systèmes d'information sanitaire.

Le public cible pour cette forme de documentation comprend:

- 1) Les équipes de pays: pour apporter les corrections au processus de mise en œuvre
- 2) Les acteurs mondiaux: pour constituer les évidences scientifiques sur la mise en œuvre de la PCIME-C, partager les expériences, et mobiliser le financement à venir de la PCIME-C.

Approche progressive:

Il y a deux phases pour ce processus de documentation et de revue:

¹McGorman & al. (2012). A Health Systems Approach to Integrated Community Case Management of Childhood Illnesses: Methods and Tools. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* (suppl 5), pp. 69-76)

Phase 1- recommandée dans les 6 mois après la signature de la subvention de la PCIME-C du FM, et devrait servir de base à la préparation de la phase 2.

Phase 2 recommandé au moins 12 mois après le démarrage des prestations de services (ASC formés, diagnostiquant et traitant des enfants).

Il est essentiel de garder à l'esprit que ceci est un processus de documentation à part entière et les deux phases concernent uniquement les sous-objectifs et le calendrier.

Objectifs généraux:

1. Evaluer l'état de mise en œuvre de la PCIME-C au niveau national à la fois de façon générale (comme un programme) et spécifiquement dans le contexte du NMF/FM pour les 8 composantes de la matrice de référence de la PCIME-C, et de décrire les réussites, les défis, les domaines à améliorer, et les actions correctrices nécessaires (le cas échéant), pour chaque composante.
2. Contribuer à la base des évidences mondiales de la PCIME-C et informer le FM, les autres bailleurs de fonds, les intervenants et les partenaires sur les leçons apprises, les réussites et les défis auxquels les pays sont confrontés dans la mise en œuvre des subventions de la PCIME-C du FM dans le cadre des programmes nationaux de PCIME-C.

Objectifs spécifiques: Phase 1:

1. Passer en revue les progrès, identifier les défis et faire des recommandations pour le renforcement de la phase de passage à l'échelle de la PCIME-C dans le cadre des subventions du FM.
2. Renforcer la compréhension et l'opérationnalisation des processus de gestion de la subvention du FM auprès des parties prenantes au niveau national, y compris le gouvernement / Ministère de la Santé et les équipe-cadres de district, le bénéficiaire principal du FM et les bénéficiaires secondaires, etc.
3. Passer en revue les progrès et identifier les obstacles à la réalisation des hypothèses retenues lors de l'élaboration de la note conceptuelle du FM, par exemple, la disponibilité des produits non-paludéens et son impact sur le processus de mise à l'échelle.

Objectifs spécifiques: Phase 2:

1. Mesurer l'intensité² de la mise en œuvre, y compris le déploiement, la formation des ASC, l'approvisionnement en médicaments, la supervision, etc.
2. Déterminer l'utilisation des services dans les districts/zones de mise en œuvre de la PCIME-C et les comparer avec les objectifs fixés énoncés dans (a) la subvention du FM (b) d'autres accords de financement, y compris les fonds nationaux.
3. Identifier les leçons apprises de la mise en œuvre de la PCIME-C dans le cadre du NMF et élaborer des recommandations techniques pour améliorer la mise en œuvre et l'utilisation de la PCIME-C au niveau national.

Résultats attendus:

- Documentation et rapport de qualité validés;
- Recommandations claires et concrètes sur la manière de renforcer le processus de mise en œuvre.

Méthodologie:

- Combinaison de revue documentaire, de consultation des parties prenantes (approche participative), et d'analyse des données systèmes nationales de information sanitaire (SNIS) ou de information communautaire)
- Utilisation de la matrice de référence de la PCIME-C comme cadre d'orientation pour analyser la mise en œuvre de la PCIME-C dans l'optique du système de santé

Une approche progressive a été proposée pour entreprendre cette documentation en mettant l'accent sur l'analyse systématique du programme de PCIME-C en tenant compte des domaines décrits à l'annexe B.

- **Phase 1: signature Post-subvention et pré- mise en œuvre:** Au regard du temps et des questions liées à toutes les étapes de préparation dans les différentes catégories, cette phase sera réalisée à partir de la revue documentaire et des consultations avec les parties prenantes.
- **Phase 2: mise en œuvre:** définie comme la prestation effective de services aux enfants de moins de cinq ans. Il est recommandé que les pays engagent uniquement l'analyse de la phase 2 après une année de traitement des enfants dans le cadre des subventions du paludisme et du Renforcement de systèmes de la santé (RSS) du FM. L'analyse des

² Quantité/montant de program mis en œuvre ou services fournis

données programmatiques (prestation de services réelle) sera effectuée.

Pour la phase 2, il est recommandé de mettre l'accent sur les indicateurs d'intensification de la mise en œuvre conformément à l'annexe C.

Un document attaché (Annexe B de David Marsh et coll.) explique en détails les points de repère qui déterminent un programme de PCIME-C par composante et sur la base de la matrice de référence proposée par McGorman et coll., dans le supplément de la PCIME-C de *l'American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* (novembre 2012). Comme le décrit le document: «Les repères sont regroupés en huit composantes du système de santé. Pour chaque composante il y a des repères pour le plaidoyer / planification, expérience pilote / démarrage précoce, et passage à l'échelle. « Etant donné que les pays mettent en œuvre à des rythmes et séquences différents, ce document est un guide standard d'orientation et doit être adaptée au contexte du pays.

Délai

Le temps nécessaire pour mener à bien ce processus de documentation / évaluation dans un pays donné dépendra de la réalisation antérieure de l'analyse de la phase 1 et de celle d'une phase 2 subséquente un an après le démarrage du traitement des enfants ou si l'analyse complète est effectuée (au regard des étapes de pré-mise en œuvre et au démarrage, c'est à dire, la première année, de services fournis aux enfants de moins de cinq ans par les ASC). L'évaluation des réalisations de la phase 1 et l'analyse des défis permettront l'apprentissage itératif et la réorientation du processus. Les pays qui ont précédemment réalisé l'analyse de la phase 1 peuvent s'appuyer sur elle lors de la préparation pour l'analyse de la phase 2.

Annexes

Annex A: McGorman and al., 2012. A Health Systems Approach to Integrated Community Case Management of Childhood Illnesses: Methods and Tools. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* (suppl. 5); pp. 69-76

Annex B: Repères pour la prise en charge communautaire: Composante x Phase de programme (voir le fichier Excel ci-joint) (courtesy of David Marsh et al.)

Annex C: Indicateurs de PCIME-C recommandés pour les revues de la phase 2

**Annexe B: Repères pour la prise en charge communautaire:
Composante x Phase de programme (voir le fichier Excel ci-joint)**

Composante	Plaidoyer et planification	Phase pilote et mise en œuvre précoce	Développement /intensification
1: Coordination et élaboration de politiques	a) Cartographie des partenaires de la prise en charge communautaire (PCIME-C) effectuée	f) Leadership de la PCIME-C du Ministère de la santé établi	h) Leadership du Ministère de la santé institutionnalisé
	b) Groupe consultatif technique (GCT) mis en place , y compris leaders communautaires, champion de la PCIME-C et représentation des ASC		
	c) Etude des besoins et analyse de la situation réalisées		
	d) Réunions des parties prenantes tenues pour définir les rôles et discuter les politiques	g) Discussions de la politique (si nécessaire) terminées	i) Réunions des parties prenantes régulièrement tenues
	e) Politiques nationales et guides de mise en oeuvre révisées		
2: Calcul des coût et financement	a) Estimation du coût de la PCIME-C faite sur la base des demandes de services	c) Analyse des gaps financiers complétée	e) Stratégie à long terme développée pour la pérennisation et la viabilité financière
	b) Fonds sécurisés pour les médicaments, les intrants et tous les coûts du programme de PCIME-C	d) Fonds du Ministère de la santé investis dans la PCIME-C	f) Investissement du Ministère de la santé soutenu dans la PCIME-C

3: Ressources humaines	a) Rôles définis pour les ASC, les communautés et les prestataires de service de référence	e) Rôle et attentes des ASC clarifiés, aux communautés et aux prestataires de services de référence	h) Processus pour la mise à jour et la discussion du rôle/attentes des ASC en place
	b) Critères définis pour le recrutement des ASC	f) ASC formés	i) ASC recyclés
	c) Plan de formation développé pour la formation et le recyclage des ASC (modules, formation des formateurs, suivi et évaluation)		
	d) Stratégies de rétention des ASC (incitation/motivation) développées	g) Stratégies de rétention des ASC (incitation/(motivation) mises en oeuvre	j) Stratégies de rétention des ASC revues et révisées
			k) Avancement, promotion, retraite, offerts
4: Gestion de la chaîne d'approvisionnement	a) Médicaments et intrants (par exemple, TDRs) y compris dans la liste de médicaments essentiels et en conformité avec les politiques nationales	e) Médicaments et intrants achetés	g) Stocks de médicaments et intrants suivis à tous les niveaux
	b) Quantifications complétées pour les médicaments et des intrants de PCIME-C		
	c) Plan d'achat développé pour les médicaments et les intrants		
	d) Contrôle d'inventaire et système logistique de réapprovisionnement développés	f) Systèmes mis en oeuvre	h) Systèmes adaptés et efficaces

5: Prestation de services et référence	a) Plan développé pour l'utilisation rationnelle des médicaments (y compris les TDRs)	d) PCIME-C de bonne qualité fournie	g) La réception en temps opportun de la PCIME-C est la norme
	b) Guides développés pour la PCIME-C et la référence	e) Guides revus et modifiés sur la base des expériences pilotes	h) Guides revus et modifiés par expérience
	c) Système de référence et de contre-référence développé	f) Systèmes mis en œuvre	i) Systèmes fonctionnels
6: Communication et Mobilisation sociale (CMS)	a) Stratégies de CMS développées pour les décideurs politiques, les leaders locaux, les prestataires de soins de santé, les ASC et les communautés	d) Plans de CMS mis en œuvre	g) Plan de CMS mise en œuvre revu et affiné
	b) Contenu de la CMS pour le matériel (formation, aides mémoires, etc) développé	e) Matériels produits	
	c) Messages, matériaux et objectives pour la PCIME-C définis	f) ASC délivrent des messages	
7: Supervision & Assurance de la qualité de la performance	a) Grilles de supervision et autres outils développés	d) Supervision tous les 1-3 mois, avec l'examen des rapports, le suivi des données	g) ASC régulièrement supervisés pour la assurance de la qualité et la performance
	b) Plan de supervision établi	e) Superviseur visite la communauté, fait des visites à domicile, fait le coaching	h) Données à partir des rapports et du feedback de la communauté utilisées pour la résolution des problèmes et le coaching

	c) Superviseurs formés et équipés avec des outils de supervision	f) Supervision de la PCIME-C fait partie de la revue de performance du superviseur	i) Evaluation annuelle comprend la performance individuelle et la couverture ou les données de suivi
8: M & E et systèmes d'information sanitaire	a) Cadre de suivi développé pour toutes les composantes avec les sources d'information	e) Cadre de suivi testé & modifié en conséquence	h) Suivi & évaluation en cours à travers le système national d'information sanitaire (SNIS)
	b) Registres et Formulaires de rapports standardisés	f) Registres et formulaires revus	i) Recherche opérationnelle et évaluations externes de la PCIME_C effectuées si nécessaire
	c) Indicateurs et standards pour le SIG et études de PCIME-C définis	g) Intervenants de tous les niveaux formés sur l'utilisation du cadre de suivi	
	d) Programme de recherche pour la PCIME-C documenté et diffusé		

Annexe C: Indicateurs de la PCIME communautaire recommandés pour les revues de la phase 2

Observation générale: le ETF-PCIME_C a recommandé des indicateurs de suivi de routine pour la performance du programme. Nous encourageons les pays à les utiliser si les données sont disponibles. En particulier, nous comprenons que la détermination de la population cible reste un défi en raison du manque de données de recensement exactes et à jour ou de rapports incomplets. Les pays peuvent, à court terme, utiliser des mesures facultatives et plus simples de la couverture tout en s'efforçant de renforcer et de normaliser la présentation des rapports sur les indicateurs recommandés de la PCIME-C. Les revues de programmes devraient également tenter de quantifier la couverture supplémentaire obtenue, y compris l'amélioration de la qualité des soins et l'utilisation résultant de l'investissement supplémentaire.

Composante	Indicateur recommandé	Commentaires	Indicateurs optionnels
Ressources humaines	<p>1. Couverture des populations cibles par le programme de PCIME-C</p> <p>Pourcentage de populations cibles (communautés cibles) qui ont accès aux services de PCIME-C</p> <p>2. Densité d'ASC pour la PCIME-C: Nombre d'ASC formés et déployés pour la PCIME-C pour 1,000 enfants âgés de 0 à 5 ans dans les zones cibles</p>	<p>Les pays devront tenter de spécifier une couverture additionnelle atteinte comme résultat des ressources du FM</p> <p>Les pays devront indiquer le nombre d'ASC additionnels formés avec les ressources du FM et pas seulement le nombre cumulatif d'ASC formés</p>	<p>a. Proportion d'ASC formés sur la PCIME-C qui ont vu un enfant malade dans les 7 derniers jours</p> <p>c. Proportion d'ASC de la PCIME-C qui vivent dans leur zone d'intervention</p> <p>d. Proportion d'ASC formés sur la PCIME-C (comparé à la cible)</p>

<p>Gestion de la chaîne d'approvisionnement</p>	<p>3. Disponibilité de tests diagnostiques et de médicaments: pourcentage de sites de la PCIME-C avec les médicaments principaux de PCIME-C et tests diagnostiques disponibles le dernier jour de la période de rapportage</p>	<p>Les pays devront essayer de donner un aperçu global particulièrement sur la disponibilité des médicaments et intrants non paludéens</p>	<p>a. Proportion d'ASC de la PCIME-C ayant un approvisionnement en médicaments clés de la PCIME-C dans les derniers 3 mois</p> <p>b. Proportion d'ASC formés sur la PCIME-C qui ont travaillé et qui n'ont pas signalé de rupture de stock de médicaments vitaux (Amoxi. DT/Cotrimoxizole, CTA, SRO, zinc) dans les 3 mois antérieurs</p>
--	--	--	---

<p>Prestation de services et référence</p>	<p>4. Nombre de cas par ASC: Nombre de cas traités par ASC par période de rapportage (total et désagrégé par maladie)</p> <p>5. Taux de PCIME-C - Cas de Paludisme: Nombre de TDRs+ cas de paludisme traités par les ASC par 1,000 enfants âgés de 0 à 5 ans dans les zones cibles dans une période de temps donné</p> <p>6. Taux de PCIME-C - Cas de Pneumonie: Nombre de cas suspects de pneumonie traités par les ASC pour 1,000 enfants âgés de 0 à 5 ans, dans les zones cibles, pour une période de temps donné</p> <p>7. Taux de PCIME-C - cas de diarrhée : Nombre de cas de diarrhée traités par les ASC pour 1,000 enfants âgés de 0 à 5 ans dans les zones cibles dans une période de temps donné</p>	<p>Les pays doivent être cohérents avec ce qu'ils adoptent et avec les données collectées au niveau des formations sanitaires. Si les ASC n'utilisent pas de TDR, l'indicateur sera de cas de fièvre;</p> <p>Fièvre/Cas de paludisme traités par les ASC pour 1,000 enfants âgés de 0 à 5 ans dans les zones cibles pour une période de temps donné</p> <p>Les pays peuvent rapporter le # de cas de diarrhée traités avec le SRO et de cas diarrhée traités avec du zinc selon les données du DHIS2/HMIS.</p>	<p>a. Nombre d'enfants malades qui ont reçu des soins d'un ASC pendant la période de rapportage; désagrégé par maladie (Pour être significatif, peut être comparé à la même période de l'année précédente par exemple)</p> <p>b. Proportion d'enfants malades vus par les ASC pendant une période de temps par rapport à ceux qui ont été vus dans les formations sanitaires (comparé avec la même période avant la passation a l'échelle de la PCIME-C)</p>
---	--	--	--

	<p>8. Taux de positivité des TDR: pourcentage de cas de fièvre présentés aux ASC qui étaient testés avec des TDRs et dont le résultat est positif</p> <p>9. Taux de référence : nombre de cas référés pour 100 cas vus par les ASC</p>		
--	---	--	--

<p>Supervision et assurance de la qualité de la performance</p>	<p>10. Coaching clinique /mentorat: pourcentage d'ASC qui ont reçu des activités de coaching/mentorat* pendant la période de rapportage; (*les activités éligibles de coaching ou de mentorat devraient être définies localement)</p>	<p>Utiliser les activités prévues de coaching clinique /mentorat réalisées au cours de la période de rapport</p>	
<p>Suivi et évaluation et systèmes d'information sanitaire</p>	<p>11. Reportage: pourcentage d'ASC/Formations Sanitaires/districts transmettant des rapports sur la PCIME-C pendant la période de temps</p>		