

**Health Resources Group
for Primary Health Care**





WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

COR/HRG/82.1/Rev.1

DIRECTIVES POUR LA PREPARATION DU
DOCUMENT D'ANALYSE DE L'UTILISATION
DES RESSOURCES SANITAIRES
DES PAYS (CRU)



Ces directives sont destinées à aider les personnes qui entreprendront la préparation d'un document CRU national. Bien que l'utilisation des ressources soit spécifique à chaque pays, il est intéressant de relever certains éléments communs. Tout document CRU pourrait consister en : a) un rapport principal, b) des propositions sommaires de financement extérieur, et c) des annexes informatives. On trouvera également dans le présent document des exemples de tableaux.

DIRECTIVES POUR LA PRÉPARATION
DU DOCUMENT D'ANALYSE DE L'UTILISATION DES RESSOURCES SANITAIRES DES PAYS (CRU)

I. INTRODUCTION

1.1 La Trente-Troisième Assemblée de la Santé (mai 1977) a adopté à l'unanimité la résolution WHA30.43 qui décidait que "le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive", objectif résumé dans la formule "santé pour tous d'ici l'an 2000" (SPT/2000).

1.2 La Conférence internationale sur les soins de santé primaires (Alma-Ata, septembre 1978) a déclaré que "les soins de santé primaires étaient le moyen qui permettrait d'atteindre cet objectif", et a appelé tous les pays à "appuyer, aux plans national et international, l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru, en particulier dans les pays en développement". L'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Déclaration d'Alma-Ata et a invité tous les États Membres à formuler des politiques, des stratégies et des plans d'action nationaux pour la SPT/2000 basée sur les soins de santé primaires (SSP).

1.3 La Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (mai 1981), a adopté dans sa résolution WHA34.36, une stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000,¹ comportant l'identification, la rationalisation et la mobilisation des ressources pour la SPT 2000. La résolution WHA34.37 prie instamment les États Membres "d'affecter des ressources suffisantes à la santé et en particulier aux soins de santé primaires et aux échelons de soutien du système de santé". Elle prie aussi les États Membres "qui, pour mettre en oeuvre leurs stratégies de la santé pour tous, ont besoin de sources de fonds extérieures en sus de leurs propres ressources, d'identifier ces besoins".

1.4 Une approche susceptible d'aider certains pays à rationaliser et à mobiliser des ressources intérieures et extérieures en vue de la réalisation des stratégies nationales de la SPT/2000 basée sur les SSP est l'analyse de l'utilisation des ressources sanitaires des pays (CRU) qui a été proposée et expérimentée dans plusieurs pays en développement à l'initiative d'un groupe international de ressources sanitaires (HRG) constitué par le Directeur général de l'OMS pour aider à lancer une action internationale, à formuler des idées neuves et à fournir un lieu de discussion et d'orientation au niveau mondial.

1.5 Le processus d'analyse de l'utilisation des ressources sanitaires des pays peut débiter par la préparation, assurée par les personnels nationaux concernés (avec ou sans la participation d'une petite équipe de soutien HRG), d'un document CRU qui servira de base à la poursuite des travaux à l'échelon national, c'est-à-dire à des réunions ou discussions CRU organisées par les autorités nationales avec des partenaires intéressés pour procéder à l'analyse plus détaillée des besoins en ressources.

1.6 Bien que la préparation du document CRU puisse impliquer le concours d'une équipe de soutien HRG ou d'autres partenaires extérieurs, il constitue essentiellement un document interne national et non une étude d'évaluation extérieure. Le CRU évalue la situation des ressources sanitaires d'un pays à un moment donné, sur la base des plans, des opérations, des budgets et des engagements ou des prévisions nationaux. Il n'est pas en soi une activité de programmation ou d'évaluation même s'il utilise les plans et les évaluations existants. Il est destiné à faire progresser le développement intégral des politiques, des plans et des opérations, en application du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.²

¹ "Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000", Série "Santé pour tous", N° 3 (1981).

² Voir "Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national - principes directeurs", Série "Santé pour tous", N° 5 (1981); et "L'évaluation des programmes de santé - principes directeurs", Série "Santé pour tous", N° 6 (1981).

1.7 Le document d'analyse de l'utilisation des ressources sanitaires des pays (CRU) est donc une étude exécutée par le pays en développement lui-même, impliquant la participation des Ministères de la Santé, de la planification, des finances, et d'autres autorités sectorielles, pour analyser les mouvements de ressources et identifier les besoins totaux, les ressources disponibles ou promises, et les possibilités de réaffectation des ressources intérieures d'une part et de mobilisation de ressources extérieures d'autre part dans l'optique de la SPT/2000 en général et des SSP en particulier.

1.8 Il ne saurait y avoir deux documents CRU identiques : chacun est unique en son genre pour le pays concerné. Toutefois, l'expérience a montré qu'il existait des éléments communs à inclure dans un document CRU. Les pays qui entreprennent l'analyse de l'utilisation des ressources sanitaires nationales souhaiteront peut-être avoir quelques directives pour la préparation du premier document CRU. L'exposé qui suit présente des suggestions informelles et des exemples qui pourront être utiles aux responsables nationaux concernés.

II. PRESENTATION ET TENEUR DU DOCUMENT CRU

2.1 Le document CRU étant un document national peut revêtir n'importe quelle forme et contenir tous les matériels jugés opportuns par les autorités nationales, en fonction de la situation du pays et des utilisations qui seront faites du document. L'expérience acquise dans plusieurs pays montre qu'un document CRU ne doit être ni long ni très détaillé car le document initial doit préparer des analyses plus approfondies et un suivi au niveau des pays. Il peut être utile de le diviser en :

1. Un rapport CRU principal
2. Des propositions sommaires de financement extérieur
3. Des annexes informatives.

III. RAPPORT CRU PRINCIPAL

3.1 Ce rapport principal peut être très bref; une vingtaine de pages devraient suffire. En effet, un tel format est suffisamment long pour donner la vue d'ensemble voulue et suffisamment court pour être lu d'une seule traite.

3.2 Pour plus de clarté, le rapport CRU principal peut être divisé en chapitres ou sections adéquates. Quelle que soit la présentation adoptée, il serait bon qu'il couvre brièvement les grands points suivants :

- a) Politique et stratégie sanitaires nationales de la SPT/2000 - bref exposé montrant que le pays adhère, aux échelons politiques les plus élevés, à une politique et à une stratégie SPT/2000 basées sur les SSP. Indiquer l'essence de cette politique et de cette stratégie. Un plan d'action officiel de développement sanitaire national a-t-il été élaboré ou adopté ?
- b) Conception ou approche du système de soins de santé primaires - décrire sommairement la conception du système national de santé sur la base des soins de santé primaires, y compris ses éléments essentiels, la réorganisation de l'infrastructure et des services, l'intégration des services, l'action intersectorielle et communautaire et l'impact qu'on en attend sur la santé et la couverture, mesuré au moyen d'objectifs ou d'indicateurs nationaux appropriés, avec renvoi à des propositions spécifiques (voir sections IV à VI ci-après).
- c) Problèmes, obstacles, contraintes et faisabilité - indiquer sommairement les problèmes sociaux et médico-sociaux qui limitent les actions de SPT/2000 basées sur les SSP et les mesures prises pour les surmonter; indiquer également les carences en matière de ressources politiques, gestionnaires, techniques, humaines ou financières qui affectent la capacité d'absorption de l'aide. Les propositions prévoient-elles une action destinée à écarter ces obstacles et contraintes ?

d) Implications financières et dépenses de santé - indiquer les dépenses courantes et les affectations budgétaires relatives à la santé, en particulier pour les soins de santé primaires; indiquer également les besoins totaux pour une période déterminée, les ressources disponibles ou promises, de source nationale et extérieure et le montant net de la somme qui manque pour financer la stratégie nationale de la SPT/2000 basée sur les SSP.

IV. PROPOSITIONS SOMMAIRES DE FINANCEMENT EXTERIEUR

4.1 Il peut être utile de joindre au document CRU des propositions sommaires de financement extérieur pour les programmes qui font partie intégrante de la stratégie nationale de la SPT/2000 basée sur les SSP. Ces exposés sommaires indiqueront brièvement les actions nationales opérationnelles, planifiées ou proposées pour une période déterminée. Dans tous les cas, il conviendra d'établir un tableau budgétaire résumant : a) les besoins financiers totaux estimatifs (en faisant, de préférence, la distinction entre les dépenses d'investissement et les dépenses renouvelables); b) les crédits assurés et les crédits raisonnablement escomptables de source nationale ou extérieure; et c) le montant net des crédits manquants ou des sommes encore nécessaires pour exécuter les programmes dans l'immédiat et durant la période du prochain plan à moyen terme. Bien entendu, il ne s'agit pas de propositions détaillées officielles définitives mais de l'exposé sommaire des possibilités de participation extérieure, établi en vue d'attirer et de retenir l'attention de partenaires extérieurs potentiels s'intéressant au développement de la santé dans le pays.

4.2 Proposition SSP principale - Les services de santé primaires se fondent sur la prise en charge de la santé par les individus, les familles et les collectivités, avec l'appui de personnel formé et d'une infrastructure sanitaire stable, en mesure de fournir de façon intégrée les prestations SSP essentielles. Dans beaucoup de pays, l'action au niveau communautaire et son soutien immédiat constituent la proposition SSP principale ou centrale. Il est conseillé d'indiquer en premier lieu cette proposition principale SSP ou de soutien aux SSP. La proposition SSP devrait indiquer brièvement le plan du système SSP; celui-ci comporte souvent un échelon primaire, renforcé par deux échelons successifs de soutien. Il est bon de signaler brièvement les besoins généraux en ressources techniques et humaines, en matériel et en moyens financiers, et soit d'inclure les coûts unitaires importants, les dépenses d'investissement et les dépenses renouvelables, soit de renvoyer à d'autres documents donnant ces informations (à titre indicatif, un exemple de présentation pour la proposition principale SSP ou de soutien aux SSP est proposé aux pages à).

4.3 Propositions apparentées - On peut joindre au document CRU d'autres propositions de programmes de développement sanitaire étroitement apparentés, qui font partie de la stratégie SPT/2000 basée sur les SSP. Pour déterminer les propositions apparentées qui conviennent, il est bon de se rappeler les points essentiels qui devraient être couverts par toute stratégie SPT/2000 basée sur les SSP (voir section VI ci-après). Des propositions peuvent être formulées non seulement pour les stratégies primaires, mais aussi pour des stratégies ou actions "complémentaires" telles que le renforcement de la planification, la gestion opérationnelle, ou la recherche sur les services de santé et l'évaluation en vue de surmonter les obstacles et les contraintes dépistés ou d'augmenter la faisabilité des programmes et la capacité d'absorption de l'aide (voir paragraphe 3.2.c) ci-après).

V. ANNEXES INFORMATIVES

5.1 Il existe une tendance naturelle à accumuler dans le rapport CRU plus de matériels que ne peut en absorber un document de cette espèce. Il est donc recommandé d'en exclure autant que possible les détails que l'on peut trouver dans d'autres documents. Cependant, lorsqu'on juge utile d'inclure dans le document CRU une information de base ou toute autre information de soutien, il importe de ne pas encombrer le rapport principal mais de fournir ces informations dans des annexes séparées, en ayant soin de faire les renvois nécessaires. Parmi les informations qui se sont parfois avérées utiles à côté du rapport principal figurent notamment :

- des informations socio-économiques intéressant directement la santé;
- des données sur le statut sanitaire ainsi que les objectifs et les indicateurs de la SPT;
- les plans et processus nationaux de développement de la santé;
- le financement national de la santé; les caractéristiques et les tendances des dépenses;
- des informations plus détaillées sur l'approche "soins de santé primaires"; et
- des informations plus détaillées sur d'autres programmes de santé apparentés.

5.2 Certaines parties des informations annexées peuvent être présentées sous forme de tableaux, de manière à faciliter la lecture des principales données statistiques, budgétaires et de dépense. Parmi les tableaux proposés comme exemples, le tableau 1 montre l'affectation des ressources totales au secteur de la santé, à l'approvisionnement en eau de boisson et à tous les autres grands secteurs du développement économique afin de mettre en évidence la place accordée à la santé par rapport aux priorités du développement socio-économique. Le tableau 2 montre dans quelle mesure les politiques et stratégies nationales SSP sont reflétées dans les affectations de ressources à l'intérieur du développement de la santé. Les tableaux 3-1 et 3-2 permettent de repérer les institutions et les donateurs susceptibles de participer ou de contribuer à tel ou tel programme de développement sanitaire national. Chaque document CRU ne devra comporter que des annexes et tableaux réellement pertinents par rapport à la situation du pays et à la finalité du document CRU national.

VI. LISTE DES MATERIELS DE REFERENCE

6.1 L'analyse CRU n'est qu'un élément d'un processus national beaucoup plus large englobant la prise de décision, la planification, la gestion, l'exécution et l'évaluation des programmes. On trouvera ci-après une liste de concepts et de matériels de référence connexes importants ayant une incidence sur l'analyse CRU.

6.2 Éléments essentiels des soins de santé primaires - Selon les recommandations de la Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires, ces soins doivent comprendre au minimum :

- une éducation concernant les problèmes de santé et les méthodes de détection, de prévention et de lutte qui leur sont applicables;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles;
- un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base;
- la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses;
- la prévention et le contrôle des endémies locales;
- le traitement des maladies et lésions courantes;
- la promotion de la santé mentale; et
- la fourniture de médicaments essentiels.

6.3 Indicateurs du développement sanitaire - Lorsqu'on étudiera les propositions de financement extérieur en vue de déterminer celles qu'il convient particulièrement de promouvoir (section IV) et lorsqu'on cherchera quelles informations de base sont à annexer au rapport CRU (section V), on aura intérêt à examiner leur utilité par rapport aux objectifs nationaux visant à l'instauration de la SPT/2000. De même, il peut être utile d'examiner la situation nationale par rapport aux indicateurs mondiaux adoptés par l'OMS, à savoir : le nombre de pays où :

- 1) La politique de la santé pour tous a reçu la sanction officielle la plus élevée.
- 2) Les mécanismes destinés à associer la population à la mise en oeuvre des stratégies ont été mis en place ou renforcés, et fonctionnent effectivement.
- 3) Au moins 5 % du produit national brut est consacré à la santé.

- 4) Un pourcentage raisonnable des dépenses nationales de santé est consacré aux soins de santé locaux, à savoir contacts de premier niveau, y compris les soins de santé communautaires, les soins donnés dans les centres de santé, les soins en dispensaires, etc.
- 5) Les ressources sont équitablement réparties en ce sens que les dépenses par habitant ainsi que le personnel et les installations consacrés aux soins de santé primaires sont analogues pour les différents groupes de population ou secteurs géographiques, villes et campagnes par exemple.
- 6) Le nombre des pays en développement ayant formulé des stratégies de la santé pour tous bien définies et assorties d'allocations de ressources explicites, dont les besoins de ressources extérieures sont satisfaits de façon suivie par les pays plus riches.
- 7) Les soins de santé primaires sont à la disposition de l'ensemble de la population, avec au minimum :
 - eau saine à domicile ou à 15 minutes de marche, avec mesures d'assainissement suffisantes au domicile ou dans le voisinage immédiat;
 - vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite et la tuberculose;
 - soins de santé locaux, y compris la possibilité de se procurer au moins 20 médicaments essentiels à une heure de marche ou de voyage;
 - personnel qualifié pour assurer les soins durant les grossesses et les accouchements ainsi que les soins aux enfants à l'âge d'un an minimum.
- 8) L'état nutritionnel des enfants est satisfaisant.
- 9) Le taux de mortalité infantile pour tous les sous-groupes identifiables est inférieur à 50 pour 1000 naissances vivantes.
- 10) L'espérance de vie à la naissance est supérieure à 60 ans.
- 11) Le taux d'alphabétisation des adultes, hommes et femmes, dépasse 70 %.
- 12) Le produit national brut par habitant est supérieur à US \$500.

6.4 Affectation de ressources nationales aux SSP - En cherchant comment présenter les demandes de ressources extérieures supplémentaires pour le développement sanitaire du pays, il faudrait prendre en considération les affectations de ressources nationales aux soins de santé primaires. A cet égard, la Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires a recommandé ce qui suit :

"Les gouvernements, à mesure qu'ils augmenteront les crédits consacrés à la santé, devraient donner la priorité absolue à l'extension des soins de santé primaires aux communautés non desservies; encourager et soutenir différents moyens de financement des soins de santé primaires, y compris, le cas échéant, les assurances sociales, les coopératives et toutes les ressources pouvant être mobilisées à l'échelon local grâce à une participation et à un engagement actifs des communautés; enfin prendre des mesures pour optimiser l'efficacité et l'efficacité des activités ayant un rapport avec la santé dans tous les secteurs."

6.5 Soutien international en faveur des soins de santé primaires - Il serait bon, en préparant le document CRU, d'identifier tous les partenaires, y compris les organisations internationales, multilatérales, gouvernementales et non gouvernementales, et d'examiner leurs rôles respectifs. A cet égard, la Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires a recommandé ce qui suit :

NB : On notera que 4 des 12 indicateurs de la liste mondiale traitent expressément des affectations de ressources; en outre, tous ces indicateurs sont solidaires.

"Les organisations internationales, les organismes bilatéraux et multilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement et les autres partenaires de l'action sanitaire internationale devraient favoriser et soutenir de façon concertée les engagements pris au niveau national en faveur des soins de santé primaires, et leur procurer un appui technique et financier accru, en laissant aux pays eux-mêmes toute latitude pour coordonner l'emploi de ces ressources dans un esprit d'autoresponsabilité et d'auto-détermination, et en utilisant au maximum les ressources disponibles sur place."

6.6 Publication de la Série "Santé pour tous" - Pour préparer le document CRU, il est nécessaire de connaître et d'utiliser selon les besoins les publications ci-après parues dans la Série "Santé pour tous" :

- N° 1 Les soins de santé primaires - Rapport de la Conférence internationale (1978)
- N° 2 Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (1979)
- N° 3 Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (1981)
- N° 4 Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (1981)
- N° 5 Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national - principes directeurs (1981)
- N° 6 L'évaluation des programmes de santé - principes directeurs (1981)

TABLEAU 1 (MODELE FICTIF)

AFFECTATION DES RESSOURCES TOTALES AU SECTEUR DE LA SANTE,
A L'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE ET AUX AUTRES SECTEURS
DE DEVELOPPEMENT SOCIO-ECONOMIQUE¹

Principaux secteurs de développement socio-économique	Montant en millions d'unités monétaires locales (et équivalent en US \$)		Pourcentage du total b)	Augmentation du pourcentage a) → b)
	Avant l'année 19..	Exercice budgétaire 19..		
Développement de la santé; eau de boisson; et assainissement	_____	_____	_____	_____
Sous-total	_____	_____	_____	_____
Education	_____	_____	_____	_____
Alimentation et agriculture	_____	_____	_____	_____
Industrie	_____	_____	_____	_____
Transports	_____	_____	_____	_____
(etc.)	-----	-----	-----	-----
(etc.)	-----	-----	-----	-----
Total	UMN* _____ \$ _____	UMN _____ \$ _____	100 %	_____ %
* Unité monétaire nationale.				

SOURCES DE FINANCEMENT

Source	Montant en millions d'unités monétaires locales (et équivalent en US \$)		Pourcentage du total b)	Augmentation du pourcentage a) → b)
	Avant l'année 19..	Exercice budgétaire 19..		
Budget ordinaire national	_____	_____	_____	_____
Autres sources nationales	_____	_____	_____	_____
Aide extérieure	_____	_____	_____	_____
Total	UMN _____ \$ _____	UMN _____ \$ _____	100 %	_____ %

¹ Note : Le choix des principaux secteurs ou programmes socio-économiques dépendra des données budgétaires disponibles dans le pays visé et de leur classification. Un des buts de ce tableau est de permettre de comparer les affectations de ressources en faveur de la santé et les affectations de ressources en faveur des autres secteurs du développement socio-économique.

TABLEAU 2 (MODELE FICTIF)

AFFECTATION DES RESSOURCES DE LA SANTE EN FAVEUR DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES,
DES PROGRAMMES SANITAIRES ET DES INSTITUTIONS¹

Principaux programmes sanitaires et institutions	Montant en millions d'unités monétaires locales (et équivalent en US \$)		Pourcentage du budget total de la santé b)	Augmentation du pourcentage a) → b)
	Avant l'année 19..	Exercice budgétaire 19..		
<u>Soins de santé primaires</u> (y compris l'échelon primaire, les échelons de recours et de soutien, les services, les personnels et les fournitures)	_____	_____	_____	_____
Principaux programmes sanitaires :				
Eau de boisson et assainissement	_____	_____	_____	_____
Lutte antipaludique (etc.) (etc.)	_____	_____	_____	_____
Recherche et développement	_____	_____	_____	_____
Hôpitaux, institutions (etc.) (etc.)	_____	_____	_____	_____
Autres	_____	_____	_____	_____
Total	UMN _____ \$ _____	UMN _____ \$ _____	100 %	_____ %

SOURCES DE FINANCEMENT

	a)	b)	c)	d)
	Avant l'année 19..	Exercice budgétaire 19..	Pourcentage du total b)	Augmentation du pourcentage a) → b)
Budget national ordinaire	_____	_____	_____	_____
Autres sources nationales	_____	_____	_____	_____
Aide extérieure	_____	_____	_____	_____
Total	UMN _____ \$ _____	UMN _____ \$ _____	100 %	_____ %

¹ Note : Le choix des programmes de santé dépendra des données budgétaires disponibles dans le pays visé et de leur classification. Un des buts de ce tableau est de fournir une indication des dépenses par échelon des soins de santé.

TABLEAU 3-1 (MODELE FICTIF)

AIDE EXTERIEURE AU SECTEUR DE LA SANTE, PAR SOURCE DE FONDS,
PROGRAMME/PROJET/ACTIVITE, DUREE DE L'AIDE ET MONTANT

Source de fonds	Programme/Projet/ Activité ¹	Durée de l'aide ² de 19.. à 19..	Montants engagés en milliers de US \$
A. _____	a. _____ b. _____ c. _____ etc. - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -
B. _____	a. _____ b. _____ c. _____ etc. - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -
C. _____	a. _____ b. _____ c. _____ etc. - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -

etc.

A, B, C, etc. - chaque lettre correspond à une source de fonds particulière :

(multilatérale, multibilatérale, bilatérale, etc. : à spécifier).

1. Il est courant qu'une même source de fonds finance plusieurs programmes, projets ou activités (a, b, c, etc.); chacun d'eux doit être indiqué séparément.
2. La durée de l'aide doit être indiquée en années civiles.

N.B. L'approvisionnement en eau et l'assainissement doivent être mentionnés même s'ils sont du ressort d'un autre secteur que le secteur de la santé.

TABLEAU 3-2 (MODELE FICTIF)

AIDE EXTERIEURE - SECTEUR DE LA SANTE, PAR PROGRAMME/
PROJET/ACTIVITE, SOURCE DE FONDS, DUREE DE L'AIDE ET MONTANTS

Programme/Projet/ Activité ¹	Source de fonds ²	Durée de l'aide ³ de 19.. à 19..	Montants engagés ⁴ en milliers de US \$
A. _____	a. _____ b. _____ c. _____ etc. - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -
B. _____	a. _____ b. _____ c. _____ etc. - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -
C. _____	a. _____ b. _____ c. _____ etc. - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -	_____ _____ _____ - - - - -

etc.

- 1) Indiquer sous A, B, C, etc. le nom de chaque programme, projet ou activité.
- 2) Indiquer sous a, b, c, etc. chaque donateur ou source de fonds finançant A, B, C, etc.
- 3) Durée de l'aide apportée par a, b, c, etc.
- 4) Montants engagés par a, b, c, etc.

PROPOSITION N° 1 DE FINANCEMENT EXTERIEUR
(Suggestion de présentation et de contenu)

I. TITRE :

Soins de santé primaires

II. DUREE ET COUT TOTAL :

Durée ans, de 19.. à 19..

Coût total en US \$......

Financement extérieur proposé, en US \$......

III. RENSEIGNEMENTS GENERAUX ET JUSTIFICATION :

Engagement national

Principales difficultés du système de santé national actuel, faisant obstacle à son efficacité et à sa rentabilité

Intégration de programmes verticaux dans les soins de santé primaires

Considérations de coût-rendement

IV. OBJECTIFS ET BUTS SPECIFIQUES

- 1) Objectif général
- 2) Objectifs et buts spécifiques
- 3) Résultats à obtenir d'ici à 19..;

(voir V.3 et V.10)

Besoins en 19..	Nombre total requis	Nombre existant	Déficit à combler
<p>A. <u>Infrastructure</u> :</p> <p>Echelon des soins de santé primaires* (Unités primaires)</p> <p>Unités de recours du 1^{er} degré</p> <p>Unités de recours du 2^e degré</p>			
<p>B. <u>Agents sanitaires pour</u> :</p> <p>L'échelon des soins de santé primaires</p> <p>L'Unité de recours du 1^{er} degré</p> <p>L'Unité de recours du 2^e degré</p>			

* Premier échelon de contact des individus, des familles et de la collectivité avec le système de santé national.

V. DESCRIPTION ET PLAN D'ACTION

V.1 Structure nationale théorique des soins de santé primaires

(y compris le système de recours/soutien)

Exemple de diagramme

Echelon des soins de santé primaires
(Unités primaires)

Agent de santé communautaire
(ASC)

Nombre total :
Nombre d'unités liées à
l'unité de recours du
1^{er} degré :
1 ASC pour habitants

Unités de recours du 1^{er} degré

Sous-centre, Centre
ou Autre

Nombre total :
Nombre d'unités liées à
une unité de recours du
2^e degré :

Unités de recours du 2^e degré

Bureau sanitaire de district,
Hôpital de district, ou
Autre

Nombre total :

Indiquer les liens fonctionnels entre les différents échelons :

V.2 Distribution des soins de santé et autres fonctions assurées aux différents échelons (concept national)

Services/Fonctions *	Echelon des soins de santé primaires	1 ^{er} échelon de recours	2 ^e échelon de recours
1. Education sanitaire			
2. Promotion de l'approvisionnement alimentaire et d'une nutrition adéquate			
3. Fourniture d'eau salubre et assainissement de base			
4. Santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale			
5. Vaccination			
6. Prévention et lutte contre les maladies localement endémiques			
7. Traitement approprié des maladies et traumatismes courants			
8. Fourniture de médicaments essentiels			
9. Formation			
10. Supervision/appui			
11. Soutien logistique			
12. Evaluation			
Etc. (spécifier)			

* Indiquer les services et les fonctions qui sont assurés à chacun des trois échelons. Cette liste comprend tous les éléments essentiels des soins de santé primaires, tels que les a définis la Déclaration d'Alma-Ata.

V.3 Dotation en personnel proposée à chaque échelon
(Indiquer les catégories et le nombre d'agents de santé assignés à chaque échelon)

Echelon des soins de santé primaires :
Premier échelon de recours :
Second échelon de recours :

V.4 Fonctions et responsabilités des agents de santé à chaque échelon
(Séparément pour chaque catégorie d'agent)

V.5 Formation, recyclage et éducation permanente

Responsables de la formation
Stratégie concernant la formation
Capacités de formation
Personnels d'enseignement de différents niveaux, et leur formation
Effectifs formés (actuellement/prévus)

V.6 Promotion de la participation des collectivités

Caractéristiques et éléments de la participation des collectivités
Promotion envisagée de la participation communautaire vue sous l'angle de l'effort collectif et de l'autosuffisance
Composition et fonctions des conseils de village
Organisations de volontaires ruraux
Autres

V.7 Participation d'autres secteurs
(Agriculture, élevage, industrie alimentaire, exploitation forestière, industrie, éducation, logement, travaux publics, communications, transports, etc.)

Mécanisme de coordination intersectorielle aux différents échelons

V.8 Gestion

- V.8.1 - Responsabilités des différents niveaux organisationnels, et communication entre ces niveaux
- Stratégie visant à l'intégration des programmes spéciaux dans le système de santé général et les soins de santé primaires
- Gestion des personnels
- Réaffectation de ressources en faveur des soins de santé primaires
- Achats, fournitures, logistique, transports, entretien général

V.8.2 - Surveillance (responsabilités, mécanisme)

V.8.3 - Evaluation (responsabilités, mécanisme, éléments, indicateurs, évaluation par la collectivité)

V.8.4 - Reprogrammation (autorité, mécanisme)

V.8.5 - Appui à l'information

V.9 Stratégie de mise en oeuvre des soins de santé primaires

Institutions responsables de la mise en oeuvre. Solutions apportées aux variations régionales liées à des facteurs géographiques, sanitaires, socio-économiques, etc.

V.10 Echelonnement (par année) de la mise en oeuvre :
(voir IV.3)

a. Unités d'infrastructure

Echelon	198. Nombre	198. Nombre	198. Nombre	Années suivantes	Total
Echelon des soins de santé primaires (unités primaires)					
Unités de recours du premier degré					
Unités de recours du second degré					

b. Agents de santé*

Echelon	198. Nombre	198. Nombre	198. Nombre	Années suivantes	Total
Agents de santé communautaires (niveau du village)					
Equipes d'agents pour les unités de recours du premier degré					
Equipes d'agents pour les unités de recours du second degré					
* A l'échelon des soins de santé primaires, indiquer le nombre d'agents de santé communautaires (niveau du village). Aux deux autres échelons, indiquer le nombre d'agents de santé des équipes, conformément au schéma standard de dotation en personnel figurant sous V.3.					

VI. COUTS UNITAIRES

A. Investissements initiaux

US \$

a.	Construction d'une unité de recours du premier degré	
b.	Construction d'une unité de recours du second degré	
c.*	Coût de la formation d'un agent sanitaire (pour les catégories, voir V.3) y compris le recyclage, etc.	* Ces dépenses peuvent être notées sur une feuille séparée qui sera annexée au présent tableau.
d.	Coût du matériel et des fournitures initiaux (y compris les moyens de transport) pour :	
	- l'échelon des soins de santé primaires	
	- l'unité de recours du premier degré	
	- l'unité de recours du second degré	

B. Dépenses annuelles renouvelables ou dépenses d'exploitation pour :

	- l'échelon des soins de santé primaires (une unité)	
	- une unité de recours du premier degré	
	- une unité de recours du second degré	

Dans quelle mesure le gouvernement pourra-t-il supporter les dépenses renouvelables supplémentaires estimées ?

VII. FOURNITURES ET MATERIEL

Joindre la liste des fournitures, du matériel et des moyens de transport nécessaires aux trois échelons :

- soins de santé primaires;
- premier échelon de recours;
- second échelon de recours.

La liste des médicaments essentiels et la gestion générale des produits pharmaceutiques (achat, stockage, distribution) sont des points particulièrement importants.

VIII. INSTITUTIONS PARTICIPANTES

Nationales : Participation effective
Participation potentielle

Internationales : Participation effective
Participation potentielle

Indiquer brièvement de quelle manière chaque institution contribue à la promotion des soins de santé primaires nationaux.

IX. APPROBATION NATIONALE

Indiquer la date à laquelle l'activité a été soumise aux autorités nationales de planification ou toute autre autorité compétente ou, de préférence, la date où elle a été approuvée.

PROPOSITION N° 1

SOINS DE SANTE PRIMAIRES
BESOINS FINANCIERS ESTIMATIFS TOTAUX (EXPOSE SUCCINCT),
FONDS DISPONIBLES ET MONTANT NET DES CREDITS NECESSAIRES

(En millions d'unités monétaires nationales et en milliers de US \$)

	Plan national de développement en cours 19__ à 19__		Prochain plan national de développement 19__ à 19__	
	Monnaie nationale	Equivalent en US \$	Monnaie nationale	Equivalent en US \$
I. Besoins financiers estimatifs totaux	a. Investissements			
	b. Exploitation			
	c. Total			
II. Source de fonds	d. Investissements			
2.1 Gouvernement*	e. Exploitation			
	f. Total			
	g. Investissements			
2.2 Aide extérieure engagée/estimée	h. Exploitation			
	i. Total			
III. Montant net des crédits nécessaires	j. Investissements			
	k. Exploitation			
	l. Total			

K.B. : L'objet essentiel de ce tableau est de montrer le "Montant net des crédits nécessaires" (III), c'est-à-dire la différence entre les "Besoins financiers estimatifs totaux" (I) et les "Sources de fonds" (II) (disponibles ou jugées devoir devenir disponibles). Le calcul à faire est donc simple : total c - (total f + total i) = total l. On obtient de la même façon les montants j et k.

* Les montants figurant sous "Gouvernement" représentent le budget national effectif alloué pour l'exécution du plan national de développement en cours ainsi qu'une projection officielle pour le prochain plan. Indiquer si les chiffres fournis comprennent le taux d'inflation estimatif (national).

D'autres propositions peuvent être présentées selon le schéma des pages 21 et 22, mais elles doivent faire partie intégrante du plan d'action des soins de santé primaires.

SOMMAIRE

PROPOSITION N° ... DE FINANCEMENT EXTERIEUR

(3 à 4 pages)

I. Titre :

(Nom du programme, du projet ou de l'activité pour lesquels une proposition de financement extérieur est présentée)

II. Durée en années civiles : de ____ à ____

III. Renseignements généraux et justification

(Rapport avec le plan d'action général des soins de santé primaires)

IV. Objectifs et buts spécifiques

(Résultats finals à atteindre dans les délais prévus)

V. Description et plan d'action

(Approches, activités et jalons de la mise en oeuvre)

VI. Crédits nécessaires (voir tableau en annexe)

VII. Fournitures et matériel

(Si possible, liste des fournitures et du matériel nécessaires)

VIII. Institutions participantes

(Partenaires existants et potentiels, nationaux et internationaux)

IX. Critères et processus d'évaluation

(Critères, méthodes et mécanismes d'évaluation)

X. Approbation nationale

(Indiquer la date à laquelle l'activité a été soumise à, ou approuvée par, l'autorité nationale de planification ou toute autre autorité compétente)

PROPOSITION N°

BESOINS FINANCIERS ESTIMATIFS TOTAUX (EXPOSE SUCCINCT),
FONDS DISPONIBLES ET MONTANT NET DES CREDITS NECESSAIRES

(En millions d'unités monétaires nationales et en milliers de US \$)

	Plan national de développement en cours 19__ à 19__		Prochain plan national de développement 19__ à 19__	
	Monnaie nationale	Equivalent en US \$	Monnaie nationale	Equivalent en US \$
I. Besoins financiers estimatifs totaux	a. Investissements			
	b. Exploitation			
	c. Total			
II. Source de fonds	d. Investissements			
2.1 Gouvernement*	e. Exploitation			
	f. Total			
2.2 Aide extérieure engagée/estimée	g. Investissements			
	h. Exploitation			
	i. Total			
III. Montant net des crédits nécessaires	j. Investissements			
	k. Exploitation			
	l. Total			

N.B. : L'objet essentiel de ce tableau est de montrer le "Montant net des crédits nécessaires" (III), c'est-à-dire la différence entre les "Besoins financiers estimatifs totaux" (I) et les "Sources de fonds" (II) (disponibles ou jugées devoir devenir disponibles). Le calcul à faire est donc simple : total c - (total f + total i) = total l. On obtient de la même façon les montants j et k.

* Les montants figurant sous "Gouvernement" représentent le budget national effectif alloué pour l'exécution du plan national de développement en cours ainsi qu'une projection officielle pour le prochain plan. Indiquer si les chiffres fournis comprennent le taux d'inflation estimatif (national).