



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE LA LUTTE CONTRE LE
SIDA



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union • Discipline • Travail

ESTIMATION DU COÛT UNITAIRE DU PAQUET MINIMUM DE SERVICES LIÉS AU VIH POUR LES PS ET LES HSH EN CÔTE-D'IVOIRE

RAPPORT FINAL

Janvier 2013



Health Policy Project est un accord de coopération pour cinq ans financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) sous la convention No. AID-OAA-A-10-00067, ayant pris effet depuis le 30 septembre 2010. Il est mis en œuvre par Futures Group en collaboration avec le CEDPA (partie de Plan International), Futures Institute, Partners in Population and Development, Africa Regional Office (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), RTI International et le White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA).

ESTIMATION DU COÛT UNITAIRE DU PAQUET MINIMUM DE SERVICES LIES AU VIH POUR LES PS ET LES HSH EN CÔTE D'IVOIRE

RAPPORT FINAL

Janvier 2013

Ce document a été préparé par le Projet HPP en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida et PEPFAR (Côte d'Ivoire).

Les informations fournies dans ce document ne représentent pas nécessairement les points de vue ou les positions de l'Agence Américaine pour le Développement International.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	iv
REMERCIEMENTS	v
RESUME ANALYTIQUE.....	vi
ABRÉVIATIONS ET SIGLES	ix
INTRODUCTION ET DONNEES GENERALES.....	1
Le VIH & sida en Côte d’Ivoire.....	1
Riposte au VIH / sida : Programmes et politiques de lutte contre le VIH / sida.....	1
JUSTIFICATION DE L’ETUDE.....	3
Revue de la littérature	4
METHODOLOGIE	5
Contexte.....	6
Gestion de l’étude	7
Échantillonnage.....	7
Collecte de données	9
Analyse de données.....	10
RESULTATS.....	11
Coûts unitaires des services VIH pour les clients des populations cibles.....	11
Coût unitaire moyen pondéré.....	24
Analyse des scénarii : Coût unitaire de la portée du programme.....	25
Comparaisons des coûts.....	28
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	30
RECOMMANDATIONS.....	32
APPENDICE 1. DETAILS SUR LES METHODES ET L’ANALYSE DU CALCUL DES COÛTS.....	34
APPENDICE 2: RESULTATS DES ANALYSES DE SCENARII SUR LES COÛTS UNITAIRES	41
APPENDICE 3 : COÛT UNITAIRE DETAILLE POUR LES PSF ET LES HSH.....	48
Coûts unitaires des services VIH ciblant les professionnelles du sexe (PSF).....	48
Coûts unitaires des services VIH ciblant les HSH.....	60
REFERENCES	73

AVANT-PROPOS

La pandémie du sida est devenue, en l'espace d'une trentaine d'années, un problème de développement pour la quasi totalité des pays africains.

L'enquête démographique de santé réalisée en 2012 a estimé la prévalence du VIH à 3,7% faisant de la Côte d'Ivoire, l'un des pays les plus touchés par le VIH/sida. Le sida est devenu la première cause de mortalité chez l'adulte et la situation des Populations Hautement Vulnérables (PHV) face au VIH/sida demeure préoccupante, malgré les efforts consentis par le Gouvernement, les organisations communautaires et les partenaires au développement.

Il existe à ce jour un partenariat actif entre le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida à travers le Programme de lutte contre le sida chez les populations hautement vulnérables (PLS-PHV) et les bailleurs de fonds pour la mise en place de mécanismes de coordination des interventions au niveau central et périphérique.

S'il est indéniable que des progrès réels ont été enregistrés dans ce domaine, force est de reconnaître que bien de défis restent à entre surmontés notamment une meilleure planification et une utilisation rationnelle des ressources financières allouées aux interventions de lutte contre le sida ciblant les populations hautement vulnérables. Aussi, une bonne information sur le coût lié à la réalisation des objectifs nationaux en matière de lutte contre le sida des programmes ciblant le Professionnels du sexe (PS) et les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) doit être disponible. Peu d'études en Côte d'Ivoire ont abordées le coût de la fourniture de services complets liés aux IST/VIH/sida chez ces cibles.

Dans cette optique, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida en collaboration avec l'USAID, l'assistance technique de Futures Group et de l'Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSEA) ont mené une étude en vue d'estimer le coût unitaire du paquet PHV. Cette importante étude, dont les résultats sont contenus dans ce rapport, permettra la prise de décisions éclairées concernant l'affectation de ressources pour la mise en œuvre du paquet minimum de services lié aux PS et aux HSH.

A cet effet, j'invite l'ensemble des acteurs à s'inscrire résolument dans la mise en œuvre des orientations développées dans ce rapport d'étude, qui sera la boussole pour tous pour une planification et une budgétisation harmonieuse des interventions ciblant les PS et les HSH.

En renouvelant mes sincères remerciements à tous les partenaires au développement dont l'USAID, CDC, PEPFAR, aux organisations de la société civile ivoirienne que ont de tout temps soutenu la politique de lutte contre les IST et le VIH/sida en Côte d'Ivoire, je les exhorte à s'inspirer de ce rapport dans le développement des programmes et projets ciblant les populations à haut risque d'infection à VIH.

La Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida



Dr. Raymonde Goudou Coffie

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette étude notamment:

- Madame la Ministre de la Santé et de la lutte contre le sida,
- Madame la Directrice Générale de la Lutte contre le Sida
- Les Directeurs centraux, régionaux et départementaux de la Santé et de la Lutte contre le Sida,
- Le Partenaire Financier en l'occurrence CDC/PEPFAR
- Les Partenaires techniques : ENSEA, FUTURES GROUP, FHI360, HEARTLAND ALLIANCE, PSI, ALLIANCE CI, GENEVA GLOBAL

Nous remercions particulièrement les membres du Groupe Technique de Travail (GTT):

- Dr THIAM Marguerite, Directeur-Coordonnateur du PLS-PHV
- Dr KABLAN Prao Raimond, Chef de service PS/MSM du PLS-PHV
- Dr WOGNIN Kraibouet Venance, Chef de service Suivi-Evaluation du PLS-PHV
- Dr N'GUESSAN Kouakou Bernard, Assistant Suivi-Evaluation PLS-PHV
- M. KOUADIO Célestin Bandama, Assistant Suivi-Evaluation PLS-PHV
- Mlle KONE Roselyne, Chargée d'étude à la DAF/MSLS
- M. KOFFI Athanase, Sous directeur à la DMRLS
- Dr HIE Carole, Economiste de la Santé à DPSES
- Dr YEPIE Stéphane, Chef de service Conseil Dépistage des IST/VIH/sida au PNPEC
- Dr SIKA Lazare, Coordonnateur de la recherche en population et développement ENSEA
- Dr EHOUSSOU Konan, Coordonnateur prévention CDC-PEPFAR
- Dr LOGBOGNON Legré Roger, Conseiller Technique pour la surveillance et les enquêtes CDC-PEPFAR
- Dr DIARRASSOUBA Mamadou, Conseiller Technique prévention CDC-PEPFAR

RESUME ANALYTIQUE

La lutte contre le VIH/sida fait partie intégrante des efforts de la Côte d'Ivoire pour améliorer les conditions sociales et économiques du pays. Les données disponibles suggèrent que les taux de prévalence du VIH chez les populations les plus à risque (MARP), particulièrement les professionnels du sexe (PS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont toujours plus élevés que la moyenne nationale. Comme dans de nombreux pays de la région, ces groupes sont également confrontés à des obstacles supplémentaires à l'acceptation sociale et l'accès aux services par rapport à la population générale. En conséquence, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un cadre stratégique 2012-2015 sur les populations hautement vulnérables (MARP) pour guider les interventions et la prestation de services à ces groupes. Ce cadre propose un ensemble de services qui inclut la prévention et le traitement du VIH, les soins et soutiens, et les services juridiques.

Compte tenu de l'importance des programmes pour les populations cibles dans la riposte nationale au VIH en Côte d'Ivoire, plusieurs intervenants dans le domaine du VIH avaient exprimé le besoin de produire des données sur les coûts spécifiques au pays concernant les populations cibles afin de fournir une base factuelle aux processus politiques en cours. C'est ainsi qu'un Groupe Technique de Travail (GTT) a été formé, composé de représentants du gouvernement en l'occurrence le Programme national de lutte contre le Sida chez les populations hautement vulnérables (PLS-PHV), de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), du PEPFAR, d'autres partenaires techniques et du Projet de politique de santé, financé par USAID. Le Programme national de lutte contre le sida chez les populations hautement vulnérables (PLS-PHV) est le principal organisme gouvernemental impliqué dans l'étude. Le groupe technique de travail national sur les populations vulnérables (MARP/GTT) a également joué un rôle hautement déterminant. Avec les données ci-dessus à l'esprit, l'équipe de l'étude a identifié les questions suivantes :

- Quelles sont les déterminants de la variation du coût unitaire des services offerts (type de partenaires délivrant les services, la zone géographique, le mécanisme utilisé pour la prestation de services)?
- Quelles sont les implications, en termes de coût des changements dans l'utilisation de services (types de services, fréquence d'utilisation)?
- Quel est le coût total pour fournir un paquet complet de services à toutes les populations cibles pour un passage à échelle?
- Comment la qualité de l'offre de services affecte-t-elle les coûts unitaires?

La méthode mixte a été utilisée par l'équipe de recherche pour la réalisation de cette étude. L'analyse des données primaires et secondaires collectées a permis d'estimer le coût moyen financier national nécessaire aux prestataires de soins pour offrir un ensemble complet de services à une PS et à un HSH au cours d'une année.

Cette estimation a tenu compte des coûts :

- Du temps du personnel de prestation de services (gestionnaires de programmes, du personnel payés, le personnel administratif);
- Des intrants des activités de CCC (préservatifs, gels lubrifiants, zoé, pénis en bois, tests de laboratoire, etc.);
- Les coûts de capital tels que les équipements, des matériaux et autres fournitures

Vingt-six sites reflétant les variations régionales et opérationnelles des interventions de lutte contre le sida en direction des PS et HSH ont été sélectionnées de façon raisonnée. Un questionnaire standard a été élaboré pour recueillir des données sur les différents sites. Une étude pilote a été réalisée sur

quatre sites. Celle-ci a permis de tester le questionnaire et familiariser les enquêteurs aux outils de collecte des données.

Au cours de la collecte de données, les enquêteurs ont recueilli des informations sur le temps passé avec chaque client, les différentes étapes de l'intervention et les fonctions de gestion ainsi que les ressources qu'ils ont utilisées en interviewant des responsables locaux de programmes, administré le questionnaire et examiné les documents des ONG sur chaque site d'intervention. Tout au long de la période de collecte des données, des informations complémentaires ont été aussi recueillies auprès de certains partenaires techniques et programmes nationaux sur l'utilisation des ressources et les prix de certains matériels.

Des données ont été d'abord analysées selon le type de coût en rapport avec le travail (personnel des ONG et le personnel administratif), les fournitures (produits de prévention et autres consommables) et les coûts en capital tels que les équipements.

Pour tenir compte de l'inflation, les prix de 2010 ont été considérés comme référence. Sur la base des estimations de coûts unitaires pour chaque service, l'équipe d'étude a effectué des analyses de scénarii pour évaluer la portée du programme dans des conditions variables.

L'étude a produit des résultats sur le coût unitaire moyen national pour fournir chacun des services inclus dans le Paquet Minimum d'Activités une fois à une PS et un HSH (coût unitaire par contact de service). L'indicateur recherché est le coût moyen pour atteindre un client avec un service, une fois sur chaque site d'intervention, pondéré par le nombre de clients desservis sur chaque site. L'application de la moyenne pondérée nous a donné des coûts par service allant de 4 856 FCFA pour un contact lors d'une séance d'éducation/sensibilisation pour le VIH à 8 697 FCFA pour un CD en stratégie mobile. Pour les clients vivant avec le VIH, les coûts unitaires pondérés par contact de service vont de 5 015 FCFA pour un contact de soutien psychosocial à 25 413 FCFA pour la visite de bilan biologique (pré-TARV). Les coûts indirects sont la catégorie de coût le plus important correspondant environ 85 % de l'ensemble des coûts.

L'équipe de recherche a effectué une analyse de sensibilité sur les estimations de coûts unitaires pour expliquer comment les changements dans la prestation des services au fil du temps pourraient affecter les coûts. Le coût unitaire par contact de service estimé devrait diminuer de 36% à 50 % dans les scénarii où la prestation de services double l'année suivante. Le coût unitaire moyen pondéré pour un service fourni à un membre des populations cibles en fonction de l'utilisation actuelle des services, est estimé à 8 893 FCFA. la projection des coûts unitaires pondérés pour atteindre un membre des populations cibles pendant une année en lui desservant un paquet de services, l'équipe a élaboré trois scénarii basés sur le changement dans l'échelle des services offerts dans le temps, les changements dans les proportions d'utilisation des services (au niveau actuel d'utilisation et dans le scénario de l'utilisation du paquet minimum d'activités) et les changements dans le nombre de contacts par an d'utilisation des services. En comparant ces projections, les coûts unitaires des services à base communautaire devraient diminuer de près de 25 % dans les scénarii où la prestation de services est augmentée.

certaines résultats relèvent l'importance d'une budgétisation adéquate des moyens de prévention et de prise en charge lors de l'estimation des coûts unitaires et de l'identification des mesures visant à renforcer les systèmes de suivi-évaluation nécessaires pour le programme national MARP afin de surveiller et d'évaluer le coût et la rentabilité des interventions du programme.

En général, le gouvernement devrait utiliser ces résultats pour mettre à jour le coût du Plan stratégique national sur le VIH et le sida et lors des propositions de budgétisation des projets futurs pour d'autres partenaires financiers potentiels. Plus précisément, le gouvernement de Côte-d'Ivoire devrait également élaborer une définition opérationnelle nationale de la portée du programme. Pour l'utilisation la plus significative de ces résultats, les planificateurs de programmes doivent décider de la composition du paquet de service offert à la cible, du nombre de contacts par an et contrôler attentivement la prestation de services à des coûts unitaires exacts pour la portée du programme dans temps.

Une fois cette définition opérationnelle établie, la collecte de données nationales et les outils de rapportage ainsi que les bases de données nationales et autres moyens de stockage des données devraient être mis à jour pour refléter ces changements et disposer de données fiables sur l'ensemble des services offerts.

Toutefois, les sites d'intervention nécessiteront un important renforcement des capacités et un soutien. Le Gouvernement de Côte-d'Ivoire, les partenaires techniques et financiers devraient accorder la priorité au suivi et évaluation (S & E) des interventions en faveur des populations vulnérables. Le renforcement des capacités pourrait inclure une formation sur de nouveaux outils, le soutien à l'utilisation des données pour la prise de décision au niveau national et des stratégies pour améliorer la qualité des données.

ABREVIATIONS ET SIGLES

AGR	Activités Génératrices de Revenus
CAPC	Connaissances, attitudes, pratiques et comportement
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CD	Conseils Dépistage
CDC	Center for Disease Control and Prevention
EP	Educateur de Pairs
GTT	Groupe Technique de Travail
HPP	Health Policy Project (Projet des politiques sanitaires)
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IEC	Information, Education et Communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
MARP	Most At Risk Population
MSLS	Ministère de la santé et de la lutte contre le sida
OEV	Orphelins et Enfants rendus Vulnérables par le VIH / sida
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida)
PHV	Populations hautement vulnérables
PLS-PHV	Programme national de Lutte contre le Sida chez les Populations Hautement Vulnérables
PNPEC	Programme National de Prise en charge des personnes vivant avec le VIH / sida
PS	Professionnels (elles) du sexe
PSI	Population Services International
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PUMLS	Projet d'Urgence Multisectoriel de la Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise

INTRODUCTION ET DONNEES GENERALES

Le VIH & Sida en Côte-d'Ivoire

La Côte d'Ivoire, avec une prévalence de 3,4% est l'un des pays les plus affectés par le VIH en Afrique de l'Ouest (ONUSIDA 2010). L'enquête sur les indicateurs du sida (EIS) fournit des informations importantes sur l'épidémie du VIH / sida en Côte d'Ivoire, permettant ainsi un meilleur ciblage des activités de prévention et de soins. En effet, l'EIS 2005 révèle une prévalence de 4,7%, chez les adultes avec une prédominance féminine l'ordre les femmes dans chaque groupe d'âge quinquennal (6,4% pour les femmes contre 2,9% pour les hommes). La prévalence du VIH est plus importante chez les femmes âgées de 20 à 34 ans, 0,4% pour les moins de 20 ans et 14,9% parmi celles de 30 à 34 ans). Elle est légèrement plus élevée en zone urbaine (7,4% chez les femmes) qu'en zone rurale. Au niveau des régions des différences sont observées: 1,7% au Nord-Ouest, 5,5% au Sud et à l'Est et 6,1% dans la région d'Abidjan (EIS 2005).

Selon l'EIS, 2% seulement des hommes enquêtés ont payé pour avoir des rapports sexuels, et 31% des femmes non mariées, âgées de 15 à 19 ans, avaient eu au moins un partenaire sexuel plus âgé (au moins 10 ans). Les rapports sexuels commerciaux et le multipartenariat sexuel pour des raisons sociales et économiques contribuent à généraliser l'épidémie du VIH dans la plupart des pays africains. En Côte-d'Ivoire la crise militaro-politique de ces dix dernières années avec son corollaire de crise économique a été un facteur d'expansion de la profession du sexe. Les rapports des structures de prise en charge des PS (soutenues par PEPFAR), indiquent des prévalences élevées des IST et du VIH. De même, les HSH ont été identifiés comme population à risque plus élevé de contracter l'infection à VIH. Ce s'explique par, des comportements sexuels à risque notamment, le rapport anal non protégé et les rapports sexuels non protégés avec de multiples partenaires. Les HSH constituent une « population passerelle » pour la transmission du VIH, entre les populations bisexuelles et les populations hétérosexuelles. Des études réalisées auprès des HSH en Afrique indiquent une fréquence élevée de comportement bisexuel précédent et actuel. En outre, en 2009, une méta-analyse des travaux de recherche réalisés en Afrique subsaharienne auprès des PS a noté que le risque de contracter le VIH est plus élevé chez les HSH que chez les hommes hétérosexuels. En Côte d'Ivoire, les prévalences du VIH chez les HSH suivis dans les sites soutenus par PEPFAR variaient de 42% à 54% (Enquête PAPO 2009).

Riposte au VIH/Sida : Programmes et politiques de lutte contre le VIH/Sida

La lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire est multisectorielle. La politique nationale de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire était mise en œuvre conjointement par:

- Le Ministère de la lutte contre le sida (MLS) en charge de la coordination générale de la riposte contre le VIH en Côte d'Ivoire, y compris la planification, la mise en œuvre des interventions le suivi et l'évaluation du Plan stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida.
- Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) responsable de la gestion et de la prestation de soins cliniques liés au VIH, y compris les programmes nationaux de PTME et de Prise en Charge.

Par la suite ces deux ministères ont été fusionnés en une seule entité, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (MSLS). C'est une initiative récente qui a entraîné une certaine restructuration des responsabilités ministérielles à tous les niveaux. Toutefois, le personnel clé est resté en place et continue de mettre en œuvre la politique gouvernementale de lutte contre le sida.

Les activités de lutte contre le sida ciblant les PS et les HSH sont coordonnées par le Programme de Lutte contre le sida chez les Populations Hautement vulnérables (PLS-PHV). Un Paquet minimum

d'activités (PMA) ciblant les PS et les HSH a été élaboré sous la direction du PLS-PHV. Pour une meilleure efficacité des interventions, le PLS-PHV vérifie que toutes les activités des partenaires sont harmonisées et mises en œuvre selon les directives nationales. Ainsi le PLS-PHV à travers le Groupe Technique de Travail PHV organise des réunions régulières de coordination avec les différents partenaires techniques et financiers dans le but de planifier ensemble les initiatives de services et de coordonner les activités. Le modèle actuel d'interventions pour les PS et les HSH est celui d'un ensemble de partenaires avec des centres fournissant des services, le volet de prestation de services médicaux et communautaires étant exécuté dans des cliniques gérées par des ONG locales. Du point de vue du financement des interventions de lutte contre le VIH/sida, le Gouvernement Américain par le biais du PEPFAR est l'un des plus grands partenaires financiers (70% de tous les fonds de lutte contre le VIH depuis 2004). Les partenaires d'exécution, financés par le PEPFAR, apportent un appui important aux programmes ciblant les PS et les HSH, tant au niveau de la prestation directe de services qu'au niveau de l'assistance technique. Outre le Gouvernement des États-Unis, d'autres donateurs appuient également les programmes de lutte contre le VIH ciblant les PS et les HSH. En effet, la Banque mondiale a démarré depuis 2008 le Projet d'urgence multisectoriel de lutte contre le sida (PUMLS) avec un budget de \$20 millions sur quatre ans. Le PUMLS soutient entre autres les aspects clés des programmes de lutte contre le VIH concernant les PS et les HSH notamment pour l'achat des kits de dépistage du VIH et des produits de prévention (préservatifs et lubrifiants). De plus, l'UNFPA/CI soutient également les partenaires de mise en œuvre en achetant des préservatifs aux fins de distribution nationale.

En 2009, PEPFAR a aidé le MLS et le MSHP à étendre la couverture géographique des programmes de prévention du VIH ciblant les professionnels (les) du sexe mais un grand nombre d'entre eux ne reçoivent toujours pas de services.

Le programme déroulé par le PEPFAR a permis de renforcer la base nationale en données probantes, par le biais de :

- Une enquête sur les Connaissances, les Attitudes, les Pratiques et les Comportements (CAPC) faite auprès des militaires en 2008,
- De multiples activités d'estimation de la taille des PS (Capture-Recapture) avec une cartographie des sites prostitutionnels ainsi,
- Une étude sur l'utilisation des préservatifs et test de dépistage du VIH / syphilis par les PS.

En outre, FHI 360, Alliance CI, Geneva Global, Care International et Population Services International (PSI) ont travaillé avec des sites cliniques fixes décentralisés pour renforcer la capacité des organisations non gouvernementales locales (ONG) afin de fournir des services complets de prévention, de traitement des IST et de dépistage du VIH.

FHI 360 a également délivré des services aux HSH à Yamoussoukro et Abidjan et a commencé à renforcer une ONG travaillant avec les HSH, Arc-en-ciel Plus à travers la sensibilisation par les pairs. En 2009, le CDC a réalisé une évaluation préliminaire avant de faire l'enquête sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Abidjan. Cette enquête a effectivement commencé en 2010. Les unités mobiles fournissent des tests de dépistage, renforcent les compétences de négociation de l'utilisation du préservatif et la prise en charge des IST et établissent des liens avec les services de soins et de traitement du VIH et les services sociaux et juridiques. Une étude sur l'évaluation des coûts des prestations de services en matière de VIH/sida dans le secteur public de santé en Côte d'Ivoire a été réalisée par Abt Associates en 2008. Par ailleurs, une étude réalisée par FHI 360 en 2009 sur le rapport coût-efficacité des unités mobiles et des sites fixes a montré que la stratégie fixe est plus efficace.

Les activités d'assurance de la qualité ont continué en 2010 avec FHI 360 qui apporte une assistance technique pour appliquer les normes minimales dans les programmes avec les PS. L'URC soutient le MSLS dans la définition des normes nationales de qualité dans les programmes d'éducation par les

pairs. De plus, les partenaires collaborent avec la Pharmacie de la Santé Publique et renforcent les systèmes de suivi de la chaîne d'approvisionnement.

Les communications pour le changement de comportement ciblant les populations vulnérables au VIH insistent sur la connaissance de la transmission du VIH, l'évaluation du risque d'infection, les stratégies de mobilisation des ressources, la réduction de la stigmatisation et l'estime de soi.

Un nouveau partenaire, Heartland Alliance, a commencé à intervenir récemment en Côte d'Ivoire par le biais du financement du PEPFAR. Il continuera les activités auparavant réalisées par FHI 360 qui devient un partenaire important dans l'appui institutionnel en apportant un soutien aux activités de recherche et de surveillance. Le modèle de Heartland Alliance vise à rapprocher les services de la communauté. Tout en maintenant les acquis au niveau des cliniques, renforce l'autonomisation de la population cible dans sa prise en charge. Les services sont organisés et dispensés au niveau clinique et communautaire sur le modèle de la Clinique de Confiance.

JUSTIFICATION DE L'ETUDE

En plus de ces activités programmatiques importantes, il est nécessaire de comprendre comment le montant et la distribution du financement pour les programmes de lutte contre le VIH ciblant les PS et les HSH contribuent à l'atteinte des objectifs nationaux, surtout au vu d'autres priorités nationales telles l'accessibilité aux préservatifs masculins et les programmes pour les OEV et les programmes de PTME. Dans cette optique et pour traiter les questions d'ordre plus général, il est essentiel de déterminer les coûts des programmes nationaux de lutte contre le VIH ciblant les PS et les HSH. Aux fins d'une meilleure planification et d'une utilisation rationnelle des ressources, la Côte d'Ivoire a besoin de disposer de bonnes informations sur les coûts à encourir pour atteindre les objectifs nationaux de ses programmes de lutte contre les IST/VIH/sida. La planification nationale repose sur des données de qualité du coût unitaire des interventions clés.

L'étude proposée est opportune pour plusieurs raisons :

- Premièrement, tel que décrit ci-dessus, le programme est en pleine évolution. Avec l'introduction de Heartland Alliance comme nouveau partenaire, la prestation des services aux PS et aux HSH est élargie, passant des modèles traditionnels dans les centres de santé à l'approche communautaire. Au moment où le programme s'étend, critique de connaître les coûts associés à la prestation de services qui seront de plus en plus à base communautaire. Des données fiables sur le coût de la prestation de ces services à la communauté constitueront le complément indispensable à la recherche, en cours et prévue, sur l'efficacité de ces mécanismes de prestation de services.
- Deuxièmement, le Gouvernement Ivoirien est en train d'élaborer le Plan opérationnel à partir de son plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida. Le Plan opérationnel constituera un document clé ébauchant la mobilisation de ressources et les décisions d'affectation pour la mise en œuvre du paquet minimum de services ciblant les PS et les HSH. Il est en effet nécessaire de comprendre les coûts de la prestation de ces services pour prendre des décisions, en toute connaissance de cause, concernant la mobilisation et l'affectation des ressources.
- Troisièmement, un grand nombre des partenaires clés du Gouvernement participant au développement auront besoin d'informations sur les coûts de la fourniture du paquet minimum d'activités aux PS et aux HSH tant pour la budgétisation des donateurs que pour les décisions sur l'octroi de crédits. En août 2012, l'équipe du Gouvernement Américain/a travers le PEPFAR planifiera le prochain plan opérationnel national précisant les priorités et cibles clés pour les partenaires d'exécution de PEPFAR. L'UNFPA est en train de réaliser une évaluation de son 6^e Programme en Côte d'Ivoire dans en vue de formuler un 7^e programme. De même, le PUMLS a évalué la phase 1 de son programme dans le but d'exécuter

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

une 2^e étape en fonction des résultats de cette évaluation. Des données fiables sur le calcul des coûts liés à la fourniture du paquet minimum d'activités seront la base de l'information de tous ces processus.

Au vu de l'importance des programmes destinés aux populations cibles dans le cadre de la riposte nationale au VIH, plusieurs parties prenantes en Côte d'Ivoire ont exprimé le besoin de disposer de données sur les coûts, par population cible, afin d'étayer les divers processus de planification. Au regard de ces besoins en données, nous avons retenu les questions suivantes pour l'étude :

- Quels sont les déterminants de la variation du coût unitaire des services offerts (type de partenaires délivrant les services, la zone géographique, le mécanisme utilisé pour la prestation de services) ?
- Quelles sont les implications, en termes de coût des changements dans l'utilisation de services (types de services, fréquence d'utilisation) ?
- Quel est le coût total pour fournir un paquet complet de services à toutes les populations cibles pour un passage à échelle ?
- Comment la qualité de l'offre de services affecte-t-elle les coûts unitaires ?

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Toute étude de calcul des coûts demande que soient spécifiées clairement les interventions afin d'estimer exactement les coûts. S'il est aisé d'estimer les coûts pour interventions dans le cadre d'un programme clinique plus défini, comme les services pour prévenir la transmission mère-enfant (PTME) du VIH qui a un début et une fin bien délimités, il est toutefois difficile, pour diverses raisons, lorsqu'il s'agit d'un programme complet de prévention. En effet, on continue à penser que la prévention de l'infection à VIH demande que les efforts soient ciblés pour riposter à l'épidémie et pour mettre en œuvre un ensemble efficace d'interventions de prévention. Il peut s'agir d'interventions comportementales (utilisation du préservatif) et biomédicales (prophylaxie) qui influencent l'incidence du VIH ainsi que structurelles (équité entre les genres) qui cherchent à traiter les facteurs/risques sous-jacents exposant au VIH. Il n'existe pas de panacée universelle : la combinaison idéale change selon les types de client en fonction d'une évaluation individuelle du risque.

Même s'il existe une combinaison idéale de services au niveau de la prestation, les clients ne viennent pas toujours utiliser les services pour diverses raisons. Certains clients ne viennent pas car ils craignent la stigmatisation et la discrimination ou encore parce que les services ne sont pas fournis à des heures ou des endroits pratiques. Même si les services sont disponibles ou accessibles, les clients risquent de ne pas les fréquenter suffisamment pour que l'impact subsiste. Le changement comportemental s'effectue sur une longue période et il n'est guère raisonnable de penser qu'une PS ou un HSH va changer de comportement après un ou deux contacts avec un agent communautaire. Ces services doivent être fréquentés plus souvent que les services de conseil et dépistage (CD) du VIH. Ce sont autant de facteurs qui permettent d'expliquer ce qu'on entend par « toucher ou atteindre un client ou une cliente » pour lui apporter des services du programme pendant une année ainsi que le coût induit pour les atteindre.

Dans ce contexte, nous avons d'abord passé en revue la littérature existante pour déterminer si ces questions peuvent trouver une réponse avec les données dont nous disposons. Cette étude nous a permis de constater que peu d'études se sont penchées sur le coût de la prestation d'un ensemble complet de services VIH aux populations cibles en Côte d'Ivoire. Certaines des études récentes ont évalué le coût de la prestation de divers services du VIH dans un contexte clinique mais n'ont pas examiné spécifiquement les coûts de la prestation de services, à base communautaire, pour les groupes des populations cibles (Hatt, Ortiz et al, 2008).

Au niveau international, de nombreux travaux se sont penchés sur les coûts de la prestation d'un paquet complet de services aux populations cibles dans des pays en développement. Ces services comprenaient des composantes comportementales et biomédicales ainsi que les interventions structurelles. Certaines études se sont focalisées sur le rapport coût-efficacité de la prestation d'interventions spécifiques dans le cadre de divers modèles de services, comme les services mobiles comparés aux services fixes dans les établissements de santé ou encore les différences dans les produits de prévention qui sont distribués (Vickerman P, Terris-Prestholt F, et al, 2006; Thomsen SC, Ombidi W, et al, 2006). Un grand nombre d'études ont analysé les différentes interventions dans divers contextes et avec différents mécanismes de services (Kumaranayake L, Watts C, 2000; Marseille E, Dandona L, et al, 2005; Marseille E, Dandona L, et al, 2007; Söderlund N, Lavis J, 1993; Walker D, 2003). La plupart de ces études comportaient une variation importante dans les types de paquets d'interventions estimés et un ciblage différent des populations cibles différentes. Il est donc difficile d'adapter ces résultats au contexte de la Côte- d'Ivoire au vu du caractère unique de son modèle à base clinique.

Peu d'études se sont intéressées aux coûts unitaires de la prestation d'un paquet complet de services de prévention du VIH pour les populations cibles avec des services cliniques et un volet communautaire, combinaison d'importance capitale pour la Côte d'Ivoire. De ce fait, les rares études trouvées lors de la revue de la littérature qui analysaient les coûts de paquets complets de services provenaient du projet Avahan, initiative financée par Gates pour enrayer la propagation du VIH en Inde (Chandrashekar S, Vassall A, et al. 2010; Chandrashekar S, Vassall A, et al. 2012). Ce projet a été mis en œuvre dans un contexte précis et avec des niveaux de financement différents de ceux réalisés en Côte-d'Ivoire. Ceci n'est d'ailleurs guère surprenant puisque le calcul des coûts des programmes de lutte contre le VIH est un aspect relativement nouveau même s'il existe une expertise internationale croissante dans ce domaine. De ce fait, l'ONUSIDA a publié en 2000 les premières « Directives sur le calcul des coûts des stratégies de prévention du VIH / SIDA ». Il existe d'autres modèles d'estimation des coûts mais ils ne sont pas adaptés au contexte de services spécifique de Côte d'Ivoire (Kombe G, Dutta A, 2009).

De plus, les coûts des programmes du VIH changent rapidement. Par conséquent, les résultats de certaines études entreprises risquent d'être obsolètes après quelques années seulement et ne conviennent plus aux futures planifications. Par ailleurs, les différences observées au niveau des prix relatifs, des protocoles de programmes, ce que les programmes prennent pour « des interventions destinées aux populations cibles » ainsi que les méthodologies de calcul des coûts font qu'il est difficile de comparer les résultats des études entre les pays. Ce sont autant de raisons parmi d'autres pour lesquelles les experts recommandent de se fier aux données locales sur les coûts unitaires lorsque cela est possible lors de la formulation des estimations sur les coûts nationaux (Bollinger and Stover, 2007; Hester et al. 2009). Aussi, a-t-on déterminé que les données sur les coûts spécifiques à la Côte d'Ivoire et se rapportant aux différentes interventions pour les populations cibles répondraient le mieux aux besoins de mobilisation de ressources.

METHODOLOGIE

La méthode mixte a été utilisée par l'équipe de recherche pour la réalisation de cette étude. L'analyse de données primaires et secondaires a permis d'estimer le coût financier moyen au niveau national de la pour offrir un ensemble paquet complet de services à un membre de la population cible au cours d'une année. Nous avons examiné les coûts du temps du personnel chargé de la prestation (responsables de programmes, personnel payé et personnel administratif), des fournitures (produits de prévention, matériel d'IEC et autres fournitures) ainsi que les coûts de l'investissement. Les populations cibles dans cette étude regroupent les professionnels du sexe (hommes et femmes), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et leurs partenaires stables. La gamme d'intrants a été déterminée sur la base d'entretiens avec le personnel clé au niveau central et avec le personnel de santé d'un nombre limité d'ONG et de sites d'intervention. L'approche a pris un modèle représentatif de prestation de service pour l'intervention basé sur les critères d'inclusion suivants:

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

- Services dispensés actuellement aux populations cibles dans les structures fixes ou par le biais de services à base communautaire
- Services dispensés actuellement (nous n'avons pas tenu compte de services ou programmes planifiés)
- Services VIH faisant partie du Paquet Minimum d'Activités

DESCRIPTION DETAILLÉE DES SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS CIBLES

Des données détaillées ont été obtenues à partir des registres des sites d'intervention ayant offert des services fournis aux populations cibles en 2011. Nous avons classé les principaux services fournis et les interventions exécutées dans cinq grands volets selon le Paquet minimum d'activités :

1. Communication pour le changement de comportement,
2. Conseils dépistage pour le VIH (CD),
3. Services de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST),
4. Services de soins et traitement pour les membres des populations cibles qui sont séropositifs et
5. Services de soutien à base communautaire pour les personnes séropositives.

Les membres des populations cibles sont sensibilisés par des éducateurs de pairs (EP) et des agents communautaires dans le cadre de diverses interventions visant à apporter aux clients les informations dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés afin de se protéger contre l'infection à VIH et les IST. Ces services font partie des interventions générales de communication pour le changement de comportement (CCC). Les activités d'éducation et de sensibilisation, incluent :

- Des activités de sensibilisation de groupe ou autres activités collectives apportant des informations aux PS et aux HSH ainsi qu'à la communauté en général sur la promotion des préservatifs et l'utilisation des gels lubrifiants et
- Es activités de communication interpersonnelle se font a travers des interviews directes entre le client et l'EP.

Les éducateurs de pairs et les agents communautaires distribuent des préservatifs et des gels lubrifiants aux clients lors des interventions de CCC. Du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) est également distribué aux clients pendant ces interventions.

Dans le cadre des services CD dans les centres fixes et les antennes communautaires, les clients conseillés sont dépistés pour connaître leur statut sérologique. Des conseils sont donnés aux personnes séronégatives pour les aider à maintenir leur statut en l'état. Les personnes séropositives sont orientées vers les services de soins et traitement du VIH des structures sanitaires. Les services CD en milieu clinique et communautaire portent sur le conseil pré-test et post-test, le test rapide de dépistage du VIH et le test de confirmation de la séropositivité. Les clients qui se rendent dans les services cliniques pour un examen de routine, bénéficient d'un diagnostic syndromique des IST fait par un agent de santé qualifié et d'un test en laboratoire. Tous ceux qui sont dépistés positifs reçoivent une ordonnance pour les médicaments qu'ils peuvent obtenir dans la pharmacie du centre de santé. La délivrance de médicaments par la pharmacie du centre de santé et l'éducation en matière d'observance du traitement entrent dans la prise en charge des IST.

En Côte d'Ivoire, les soins et traitement en direction des populations cibles séropositives, comporte une série d'interventions et de services offerts en milieu clinique et communautaire. Les populations cibles dépistées positives sont référées vers un centre de santé pour y recevoir un traitement antirétroviral (TARV). Celles-ci effectuent au préalable un bilan pré-TARV pour déterminer leur éligibilité au TARV. Les services que les clients reçoivent à ce stade englobent les soins suivants:

anamnèse complète, antécédents médicaux et examen physique, conseils avec tests complets en laboratoire y compris confirmation de l'infection à VIH, numération des CD4, tests sanguins et dosage urinaire, radiographie pulmonaire pour le diagnostic de la tuberculose, traitement des infections opportunistes et visites de suivi pour le conseil et le suivi de l'état immunitaire. Une fois qu'un client ou une cliente est éligible pour le traitement, il ou elle commence à recevoir des médicaments avec des tests de laboratoire et un conseil de suivi périodique de données périodiquement. Les soins et le traitement des infections opportunistes font partie du pré-TARV et sont également donnés tout le long des interventions du TARV lors des visites prévues régulièrement avec les clients.

Le Paquet minimum d'activités comprend également des services de soutien supplémentaire dispensés au niveau communautaire pour les membres des populations cibles qui vivent avec le VIH. Les activités de réduction de la stigmatisation et de la discrimination y compris le plaidoyer, les réunions de groupe de soutien et les services de soutien psychosocial aident les personnes qui vivent avec le VIH (PVVIH) à vivre positivement leur statut et encourage l'adoption de comportement de santé. Les soins à domicile pour les PVVIH comportent un soutien nutritionnel (kits nutritionnels périodiques), une distribution de matériel pour promouvoir une meilleure hygiène et un soutien psychosocial et spirituel. Au titre des interventions de renforcement des capacités, on note les ateliers, les réunions et autres activités visant au renforcement des capacités des intervenants et membres de la population cible.

Conformément aux questions de l'étude, la présente étude ne comprend pas les coûts suivants dans l'analyse: assistance technique ou coûts administratifs encourus par des donateurs externes, les coûts pour les clients des programmes comme le temps des clients, les transports, les repas, les dépenses personnelles, les coûts encourus par les communautés ou les dépenses pour les médicaments.

GESTION DE L'ETUDE

Une équipe d'étude a été mise sur pied avec des représentants du gouvernement, de l'équipe PEPFAR du Gouvernement américain (USG-PEPFAR) et du Projet des politiques sanitaires de l'USAID (HPP). Les principales organisations gouvernementales faisant partie de l'étude sont le Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida (MSLS), le PLS-PHV, la DPSES, le PNPEC, la DAF, la DMRLS et l'ENSEA. Dans ces services et organismes, on a choisi une équipe d'étude ou un groupe de travail technique (GTT) comprenant 11 membres et qui a été chargée de superviser les aspects locaux de l'étude. Un comité directeur plus large, comprenant 35 membres clés des principales parties prenantes dont les donateurs, des représentants du gouvernement, des partenaires techniques ou de l'exécution, ainsi que des membres des populations cibles a également été mis sur pied. Ce comité directeur a supervisé les aspects essentiels de la conception et de la mise en œuvre de l'étude et a revu les méthodologies et les outils de l'étude.

Le GTT a participé à tous les aspects de l'étude en étroite collaboration avec HPP et était responsable des aspects suivants: l'adoption de la méthodologie, la validation des protocoles et plans de collecte, la formation des enquêteurs, le pré-test des outils de collecte, la collecte proprement dite, la supervision de la collecte, l'apurement, la saisie et l'analyse des données ainsi que la diffusion des résultats. Le GTT a également facilité l'accès aux données primaires, à l'information secondaire et l'accès aux établissements de santé, a vérifié la collaboration du personnel de santé et a revu les rapports en faisant les commentaires pertinents. USG/PEPFAR a financé l'étude et donné des directives techniques ainsi que des commentaires sur la méthodologie de l'étude. Il a par ailleurs facilité le déplacement des consultants internationaux et revu les rapports.

ECHANTILLONNAGE

Nous avons choisi un échantillon de 22 sites d'intervention gérés par des ONG et 4 hôpitaux publics, en tenant compte des critères suivants pour vérifier que les sites choisis étaient représentatifs de la variation régionale et opérationnelle dans le pays:

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

- **Type de site:** site clinique, site de prévention à base communautaire, site à base communautaire fournissant le paquet minimum d'activités
- **Source de financement du site:** PEPFAR, FNUAP, PUMLS
- **Clients:** PSF, PFH, HSH, tous les groupes et leurs partenaires stables
- **Champ de l'étude:** Couvrant toutes les régions agro-écologiques du pays; savane, forêt, littoral, et couvrant également les zones tant urbaines que rurales
- **Prévalence du VIH dans la région:** de prévalence faible et élevée du VIH pour la population en général et prévalence du VIH pour les PSF
- **Densité des partenaires:** nombre relatif de structures opérant dans la zone

En fonction de ces critères, nous avons d'abord choisi les régions du pays et ensuite les sites d'intervention dans chaque région. Les sites recouvrent plus de 10% des ONG dans le pays fournissant des services à base communautaire et des centres fixes associés à chaque site communautaire. Nous avons organisé des entretiens avec 100 membres du personnel programmatique et financier dans les 26 sites et 50 responsables de programmes et responsables financiers au niveau central pendant la collecte de données. Un consentement éclairé par écrit a été obtenu de tout le personnel interviewé.

Tableau 1. Sites d'interventions choisis par région et population cible desservie

Nom du site	Populations cibles				Type de site		
	PSF	PSH	HSH	Partenaires stables	Communauté	Site spécialisé (site à base communautaire fournissant tout le PMA)	Site clinique
CIP CAMES / GAGNOA	X	X		X		X	
CIP CAMES / TIASSALE	X					X	
CENTRE ESPERANCE / SAN PEDRO	X		X	X		X	
ONG APROSAM / SOUBRE	X			X	X		
ONG BLETTY / ABIDJAN	X	X		X	X		
CHR / SEQUELA	X	X	X	X			X
DISPENSAIRE URBAIN / DANANE	X	X	X	X			X
ESPACE CONFIANCE / DABOU	X		X	X	X		
ONG NOUTOUS / DANANE	X			X	X		
ONG CIP / ABIDJAN	X		X	X		X	
ONG SAPHARM / DALOA	X			X		X	
ONG SAPHARM / SEQUELA	X			X	X		

Nom du site	Populations cibles				Type de site		
	PSF	PSH	HSH	Partenaires stables	Communauté	Site spécialisé (site à base communautaire fournissant tout le PMA)	Site clinique
ONG ALTERNATIVE CÔTE D'IVOIRE / ABIDJAN			X		X		
ONG ARC EN CIEL / ABIDJAN			X		X		
CIP / CAMES / BONDOUKOU	X			X		X	
ONG ESPACE CONFIANCE / ABIDJAN	X	X	X	X		X	
GBH CÔTE D'IVOIRE / ABENGOUROU	X			X		X	
ASAPSU / YAMOOUSSOUKRO	X		X	X		X	
HOPITAL GENERAL / FERKESSEDOUGOU	X			X			X
HOPITAL PIANZOLA / OUANGOLODOUGOU							X
RSB / YAMOOUSSOUKRO			X		X		
IDEAL / KORHOGO	X			X		X	
IDEAL / FERKESSEDOUGOU	X			X		X	
IDEAL / MBENGUE	X				X		
IDEAL / OUANGOLODOUGOU	X			X	X		
RSB / BOUAKE	X		X			X	

COLLECTE DE DONNEES

L'équipe de l'étude a élaboré un questionnaire standard pour collecter des données auprès d'un échantillon de 26 sites d'intervention. L'étude pilote réalisée dans 4 sites à Abidjan a permis de familiariser les enquêteurs aux outils de collecte de données. Sous la supervision de quatre membres du GTT, quatre équipes de collecte de données comprenant trois personnes chargées de la collecte de données et un superviseur se sont rendues sur les sites d'intervention, entre Mai et Juillet 2012. Les enquêteurs ont interviewé le personnel local, ont revu les documents de programme et ont administré le questionnaire. Sur chaque site la période de collecte de données variait en moyenne de 2 à 5 jours en fonction de l'ampleur et de la complexité des services offerts et de la disponibilité des enquêtés. Des données ont été collectées sur le temps passé avec chaque client ou cliente, sur les diverses étapes de l'intervention et les services fournis ainsi que les ressources utilisées. Les répondants ont également fourni des informations sur les fonctions de gestion y compris la répartition du temps et les ressources utilisées.

Les enquêteurs ont demandé au personnel participant de leur montrer les installations et l'équipement utilisés pour la fourniture de services aux populations cibles, par exemple les bureaux ou les structures pour les services en milieu clinique. On a noté les dimensions des zones utilisées et les descriptions de l'équipement. Les enquêteurs ont également collecté toute donnée secondaire pertinente sur chaque site, y compris les données sur l'utilisation de services, le nombre de clients et les dossiers financiers sur les prix des fournitures et des produits.

Tout au long de la période de collecte de données, les membres du GTT ont recueilli des informations auprès des sources centrales sur l'utilisation de ressources et les prix, enquêtant auprès de diverses sources locales (voir **Appendice 1**). Les superviseurs ont commencé à apurer et à saisir les données immédiatement après le travail sur le terrain, utilisant le modèle de saisie et d'analyse des données sur Excel qui a été développé uniquement pour la Côte d'Ivoire en adaptant d'autres outils de calcul des coûts, notamment le modèle CORE+ financé par l'USAID (MSH, 2010). Le modèle comprend un manuel pour chaque site d'intervention, un manuel contenant l'information standard sur les prix nationaux et un manuel qui consolide les données de l'analyse.

ANALYSE DE DONNEES

Les intrants ont d'abord été analysés en fonction du type de coût. Il s'agit de la main-d'œuvre (personnel technique et personnel administratif) ; des fournitures (médicaments, laboratoires et produits) et des équipements. La gamme des intrants a été déterminée lors d'entretiens avec le personnel clé au niveau central ainsi qu'avec des membres du personnel de santé d'un nombre limité de sites d'interventions. Les dépenses d'investissement ont été l'objet d'une annualisation entre 3 et 10 ans suivant le type de dépenses. L'étude estime les intrants en monnaie locale, (franc CFA) ou en dollar américain. Nous avons donné les résultats dans les deux devises en utilisant des taux de change moyens pour la période donnée.¹ Pour tenir compte de l'inflation, nous avons donné tous les coûts en prix constants de 2011.

Plusieurs contraintes se sont présentées lors de la collecte de données suite à la nature rétrospective de l'étude. L'année de référence de l'étude comprenait une période de grave instabilité politique en Côte d'Ivoire, ce qui s'est répercuté sur les 12 mois complets de prestation de services. Un grand nombre de sites ont donné des estimations pour une période spécifique dans l'année d'intervention qui ont ensuite été ajustées manuellement dans des modèles par le personnel de l'étude. Un grand nombre de sites ne disposaient pas d'informations exactes sur le nombre de clients couverts par le programme et peu d'entre eux gardaient des données à jour sur le nombre de visites effectuées par les clients lors de la période du rapport ou sur le nombre de personnes venant consulter les différents types de services. Par exemple, les sites ne comptaient pas de données exactes sur le nombre de clients séropositifs ou séronégatifs. À cause d'un tel manque de données exactes, il n'a pas été possible de faire une véritable pondération en fonction des personnes couvertes et, par conséquent, l'analyse se limitait au nombre de contacts dans les services. Les résultats ont été pondérés pour ces contacts en fonction des critères de l'étude.

Analyse des scénarii

Nous avons analysé des analyses de divers scénarii sur la base des estimations des coûts unitaires afin d'estimer la portée du programme selon diverses conditions changeantes. Nous avons formulé plus de soixante scénarii différents de l'utilisation possible des services par un membre des populations cibles sur une période de 12 mois. Nous avons commencé par calculer un scénario de base, utilisant des données sur la fréquentation de services que nous avons pu collecter par site. Ensuite, nous avons mis au point des scénarii correspondant à ces données initiales en variant les intrants selon trois dimensions : a) les changements dans l'échelle de services dans le temps, b) les changements dans les

¹ Taux de change de 450 F CFA par 1\$.

proportions de services utilisés, et c) les changements dans le nombre de contacts par an pour chaque service.

Les scénarii de changement dans le nombre de contacts par an envisageaient 4, 6, 10 et 12 contacts par an pour les services à base communautaire et 1, 2, 4 ou 6 contacts par an pour les services Diagnostic et les services IST. Les services de soins et traitement du VIH ont été calculés sur la base de 2 services pré-TARV et 12 services TARV par an. Les scénarii utilisés pour les changements dans la prestation de services envisagent une augmentation de 50% ou de 100% du nombre de contacts dans les services lors des douze prochains mois. Les scénarii pour les proportions de services utilisés tiennent compte des données sur l'utilisation actuelle de services, collectées par cette étude et d'un modèle sur l'utilisation de services, s'inspirant de la définition opérationnelle comprise dans le paquet minimum d'activités au niveau national. Lors d'une réunion avec les parties prenantes fin août 2012, les membres de l'équipe ont présenté des résultats préliminaires d'un nombre choisi de sites pour recevoir un premier feedback guidant l'analyse complémentaire. Une description complète de l'analyse du calcul des coûts est donnée en **Appendice 1**.

RESULTATS

Notre étude a permis de déterminer le coût unitaire moyen au niveau national de chaque service du paquet minimum d'activités. Le service est offert une seule fois à chaque membre de la population cible (coût unitaire par contact de service). Elle a permis également d'estimer le coût unitaire moyen d'un contact de service spécifique fourni une fois à un client en fonction de la proportion des différents services utilisés parmi tous les services dispensés actuellement.

Coûts unitaires des services VIH pour les clients des populations cibles

Coût unitaire pondéré par contact de service

L'indicateur recherché est le coût moyen pour atteindre un client ou une cliente des populations cibles. Le service est dispensé une fois et pondéré par le nombre de clients desservis sur chaque site. L'application de la moyenne pondérée nous a donné les coûts par service allant de 4 856 FCFA pour un contact lors d'une séance d'éducation / sensibilisation pour le VIH et à 8 592 FCFA pour un CD en stratégie mobile. Pour les clients vivant avec le VIH, les coûts unitaires pondérés par contact de service allaient de 5 015 FCFA pour un contact de soutien psychosocial et à 28 344 FCFA pour la visite de bilan biologique (pré-TARV) semestrielle. Les coûts unitaires par contact de service pour chaque service sont indiqués sur le **Tableau 2** ci-après.

Tableau 2. Coûts unitaires pondérés et non pondérés par service et par critère de l'étude

SERVICE	COUT UNITAIRE (F CFA)													
	Pondération		Type de site		Région		Nombre des partenaires dans la région		Donateur		Prév. VIH PSF		Maturité du site	
	Pondéré	Non pondéré	Communaire (N=10)	Centre de santé / spécialisé (N=16)	Abidjan (N=5)	Autre (N=21)	Élevée (N=11)	Faible (N=15)	PEPFAR (N=12)	Autre (N=14)	Élevée (N=13)	Faible (N=13)	Nouveau (N=3)	Ancien (N=23)
<i>Services offerts aux populations cibles</i>														
COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT														
Sensibilisation de masse	4,856	5,795	4,922	4,786	4,718	5,585	4,671	6,147	4,729	6,015	4,702	6,368	10,653	4,834
Communication interpersonnelle	4,938	5,903	4,840	5,035	4,860	5,669	4,751	6,244	4,914	6,000	4,732	6,487	10,881	4,888
Dépistage et conseil pour le VIH														
CD mobile	8,592	11,160	7,939	9,339	14,441	9,508	8,033	9,081	13,867	11,579	8,135	9,373	13,829	9,056
CD fixe	6,452	7,331	6,351	6,469	5,602	7,554	5,604	8,380	6,654	-	5,819	8,599	-	6,549
Diagnostic et traitement des IST														
Diagnostic syndromique des IST	6,342	8,839	6,323	6,344	5,498	7,809	5,947	7,878	5,931	10,529	5,979	8,187	12,820	6,305
Diagnostic étiologique des IST	6,660	9,650	5,700	6,660	5,470	8,163	5,974	8,279	6,276	-	6,152	8,730	-	6,624
Traitement syndromique des IST	7,054	9,470	7,301	7,024	6,060	8,527	6,646	8,563	6,586	11,408	6,687	8,869	12,587	7,013
Traitement étiologique des IST	6,884	9,404	5,700	6,884	5,688	8,469	6,192	8,585	6,499	-	6,245	8,498	-	6,848
<i>Services offerts aux populations cibles vivant avec le VIH</i>														
SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT														
Service pré-TARV	28,344	27,825	-	24,212	25,121	26,439	25,892	26,194	24,903	24,015	25,891	25,958	-	25,362
Service ARV	20,540	18,501	-	15,521	15,359	16,398	16,111	15,827	16,228	15,795	16,211	13,907	-	16,558

SERVICE	COUT UNITAIRE (F CFA)													
	Pondération		Type de site		Région		Nombre des partenaires dans la région		Donateur		Prév. VIH PSF		Maturité du site	
	Pondéré	Non pondéré	Communaautaire (N=10)	Centre de santé / spécialisé (N=16)	Abidjan (N=5)	Autre (N=21)	Élevée (N=11)	Faible (N=15)	PEPFAR (N=12)	Autre (N=14)	Élevée (N=13)	Faible (N=13)	Nouveau (N=3)	Ancien (N=23)
SERVICES À BASE COMMUNAUTAIRE POUR LES PVVIH														
Soutien psychologique	5,015	5,852	4,452	5,060	4,336	5,839	5,160	6,004	4,694	6,311	5,090	6,014	12,354	4,627
Soutien spirituel	5,035	5,995	4,183	5,035	5,872	5,425	5,854	5,982	4,987	-	5,882	6,263	-	5,002
Visite à domicile	6,513	7,683	4,932	8,430	5,511	7,022	10,248	6,453	5,912	5,545	10,277	6,734	-	6,479
Groupes de soutien	9,511	10,101	8,001	9,563	4,456	10,408	9,349	8,164	4,603	10,669	9,378	8,445	-	11,428
Soutien nutritionnel	14,501	24,146	13,024	14,503	13,965	14,164	14,214	10,866	13,078	16,151	14,243	11,147	20,371	13,915
Activités de mobilisation des revenus	19,779	20,739	19,779	19,779	19,584	5,010	19,565	-	19,731	-	19,594	-	-	19,746
Interventions de renforcement des capacités	10,010	10,727	9,771	10,219	42,016	9,364	16,499	8,958	10,422	10,645	16,176	9,357	10,926	13,828

L'analyse a indiqué des variations considérables des coûts unitaires par contact de service en fonction de divers facteurs retenus dans le protocole de recherche de l'étude (**Appendice A**). Si on analyse les résultats par type de site, les services fournis par les sites communautaires étaient généralement moins coûteux que ceux des services fournis par des centres de santé (sites cliniques) ou par des structures spécialisées bien que les coûts ne varient pas de manière significative. Les services des soins à domicile étaient plus chers dans les structures spécialisées où de nombreux sites ont indiqué fournir des kits de soins à domicile aux clients.

En outre, les coûts ont été analysés par site à Abidjan et à l'intérieur du pays. En général, les coûts étaient plus faibles sur les sites d'Abidjan que sur les autres sites à l'exception des services de CD mobile, des activités génératrices de revenus et des interventions de renforcement des capacités. Cette étude a noté d'importantes variations dans les types de services à base communautaire pour les clients vivant avec le VIH. Par exemple, certains sites d'Abidjan fournissaient des paquets de services supplémentaires incluant des kits alimentaires et les kits d'hygiène dans le cadre des interventions de renforcement des capacités.

Du point de vue du nombre de sites par région ou par densité des partenaires, l'analyse des coûts montre que les coûts étaient plus élevés dans les régions comptant moins de partenaires pour les services de prévention ciblant les populations cibles. A l'inverse les coûts des services de soins et traitement sont plus élevés dans les régions avec un grand nombre de partenaires.

Lorsqu'on relie les coûts des services et la prévalence du VIH chez les PS, cette même tendance est observée en analysant les coûts dans les régions avec une prévalence plus élevée du VIH. Des coûts plus élevés pour les services de prévention aux populations cibles ont été observés dans des régions avec une prévalence plus faible. Cependant, les coûts des soins et traitements sont généralement plus élevés dans les régions à forte prévalence.

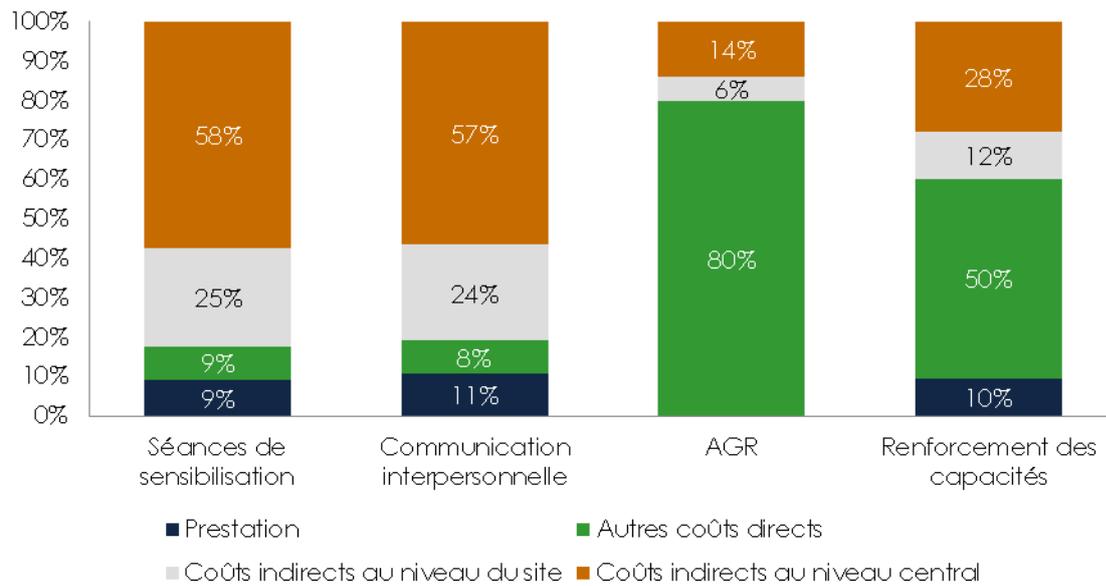
Si l'on compare les coûts par donateur, les sites soutenus par PEPFAR avaient en général des coûts plus faibles que les sites soutenus par d'autres partenaires financiers, sauf pour quelques services tels que les services de CD en stratégie mobile et les services pré-TARV et TARV.

Par ailleurs, seuls les trois nouveaux sites ont indiqué fournir des services depuis moins d'un an avant l'année de l'étude. Les coûts étaient nettement plus élevés dans ces sites, pratiquement le double du coût comparé à ceux des sites plus anciens.

La répartition des coûts unitaires

La répartition des coûts unitaires pour un contact de service à base communautaire offert aux populations cibles est présentée sur la **Figure 1**. Les coûts indirects représentent la catégorie de coût la plus importante pour les services de communication pour le changement de comportement (CCC), correspondant à environ 85% de l'ensemble des coûts. La plupart des services CCC sont délivrés par les éducateurs de pairs ou autres agents communautaires qui reçoivent des primes de motivations et non un salaire fixe. En outre, les séances de CCC reposent sur les animations de groupe et des communications interpersonnelles. Elles ne demandent donc pas d'équipement ni d'intrants coûteux, comparé à d'autres services. Les coûts de la prestation de services sont relativement plus élevés que d'autres coûts directs, car ce sont les éducateurs de pairs qui distribuent les intrants de prévention comme les préservatifs masculins et féminins ainsi que les lubrifiants lors des séances de CCC.

Figure 1 : Répartition des coûts de services à base communautaire pour les populations cibles



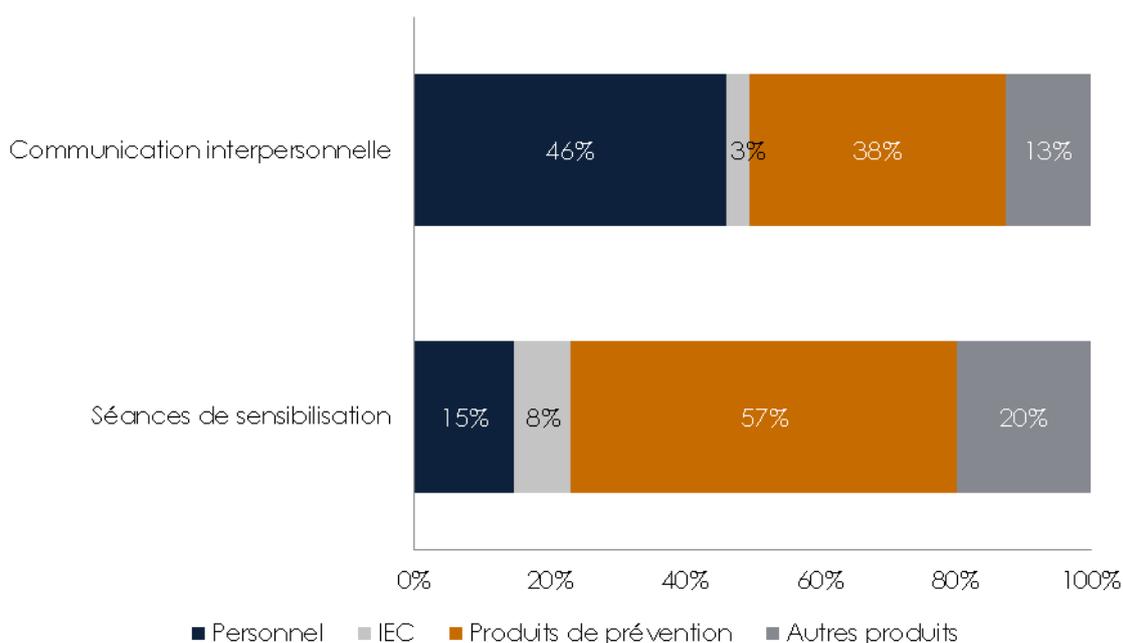
Les activités génératrices de revenus (AGR) réalisées par les sites de cette étude occasionnent des coûts importants une fois par an pour le matériel, l'équipement ou encore les dépenses de démarrage nécessaires pour lancer des activités mobilisatrices de revenus dans la communauté.

Les services de renforcement des capacités varient par site. Certains sites ont considéré la formation uniquement comme une activité de renforcement, tandis que certains mentionnent la distribution annuelle des kits d'hygiène ou autres fournitures aidant les membres des populations cibles dans leurs besoins de soutien fondamental comme faisant partie du renforcement.

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

La **Figure 2** présente la répartition des coûts de prestation au sein des coûts directs pour les deux principales interventions de CCC. Les produits de prévention y compris les préservatifs masculins et féminins ainsi que les lubrifiants, comptaient pour les coûts les plus élevés, de l'ordre de 38 à 57% de tous les coûts. La distribution de préservatifs et de lubrifiants variait entre les sites, allant de zéro (0) à quatre (4) ou plus par client. Le temps du personnel représente également une composante importante des coûts. En effet, le coût du temps du personnel pour la communication interpersonnelle est nettement plus élevé que les coûts similaires pour les séances de sensibilisation de masse.

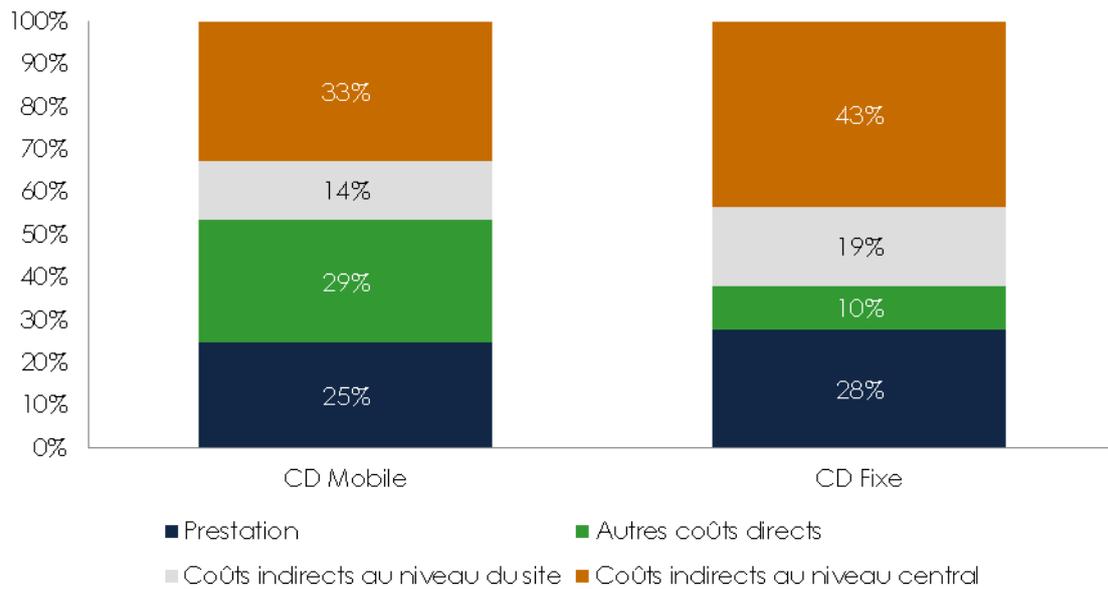
Figure 2 : Répartition des coûts directs des interventions CCC pour les populations cibles



La répartition des coûts unitaires est présentée sur la **Figure 3**. D'une part, les coûts indirects sont les plus importants et représentent entre 47% et 62% des coûts totaux. Ces coûts indirects couvrent les frais de construction, de location et d'entretien des établissements fixes. Ils incluent également les coûts des véhicules et du transport pour la délivrance des services en stratégie mobile.

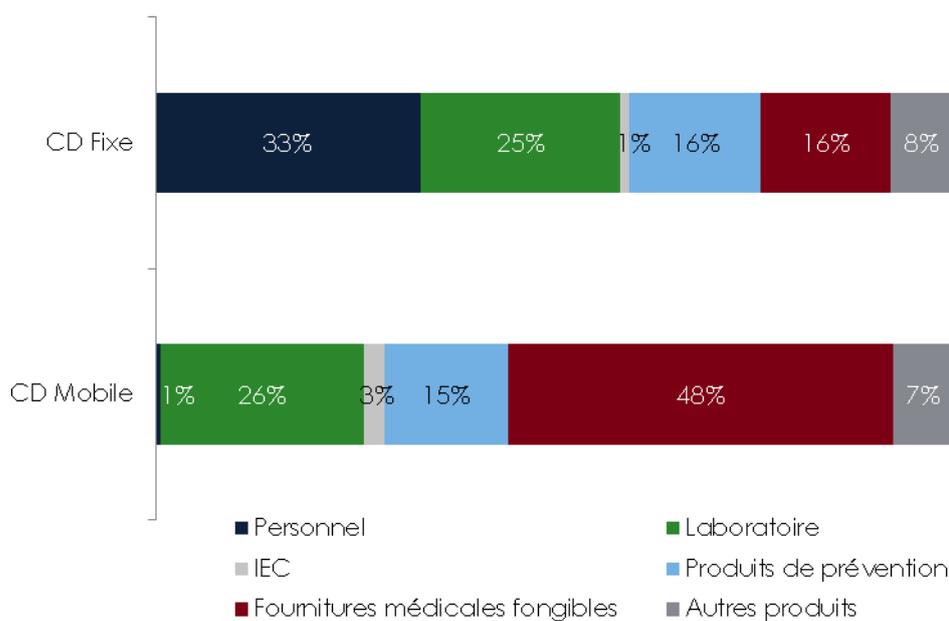
D'autre part, les coûts indirects au niveau central représentent la composante la plus élevée regroupant les dépenses liées à la supervision et à l'assurance de qualité, les achats et la coordination. Le coût de la prestation de services CD était nettement plus élevé que les autres coûts directs, en raison du prix élevé des tests de laboratoire par client.

Figure 3 : Répartition des coûts des services CD fournis aux populations cibles



La répartition des coûts des services de CD est présentée sur la Figure 4. L'analyse note d'importantes variations du coût unitaire de la prestation de services de CD bien que les coûts des tests de laboratoire pour le VIH représentent environ 25% de tous les coûts de prestation pour les deux services (fixe et mobile). Les intrants et consommables médicaux représentent le coût le plus important des services de CD mobiles, de l'ordre de plus de 50% de tous les coûts de la prestation. Généralement, les sites ont indiqué l'utilisation de fournitures médicales à usage unique (fongibles) pour les services de CD mobiles. Les services de CD mobiles étant généralement fournis par les agents communautaires recevant des primes motivations, les dépenses liées au personnel sont très faibles si on les compare à celles des services de CD fixes employant des réceptionnistes, des conseillers, des bio-techniciens ainsi qu'un personnel infirmier dispensant les services de CD.

Figure 4 : Répartition des coûts de la prestation des services CD fournis aux populations cibles

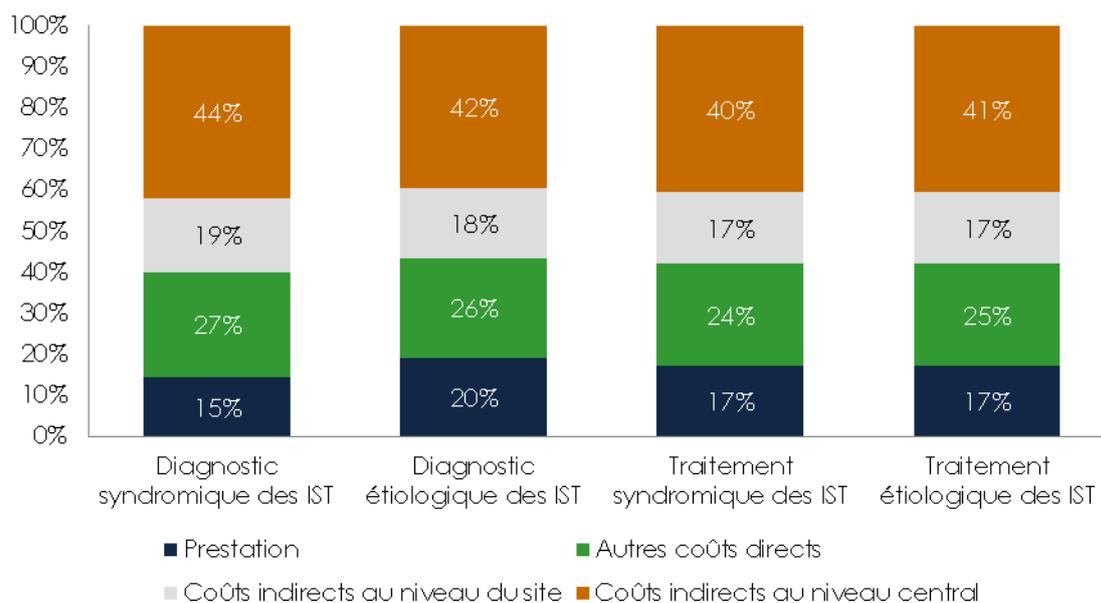


Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

La **Figure 5** présente la répartition des coûts des services de diagnostic et de traitement des IST. Les coûts indirects étaient la catégorie de coût la plus élevée de tous les services de prise en charge IST, représentant 79 à 88% de tous les coûts totaux. Certains coûts de la prise en charge des IST sont liés à l'infrastructure physique et aux coûts de fonctionnement des établissements et des points de services, bien que ce soient les coûts les plus élevés au niveau central, de l'ordre de 40 et 44% de tous les coûts.

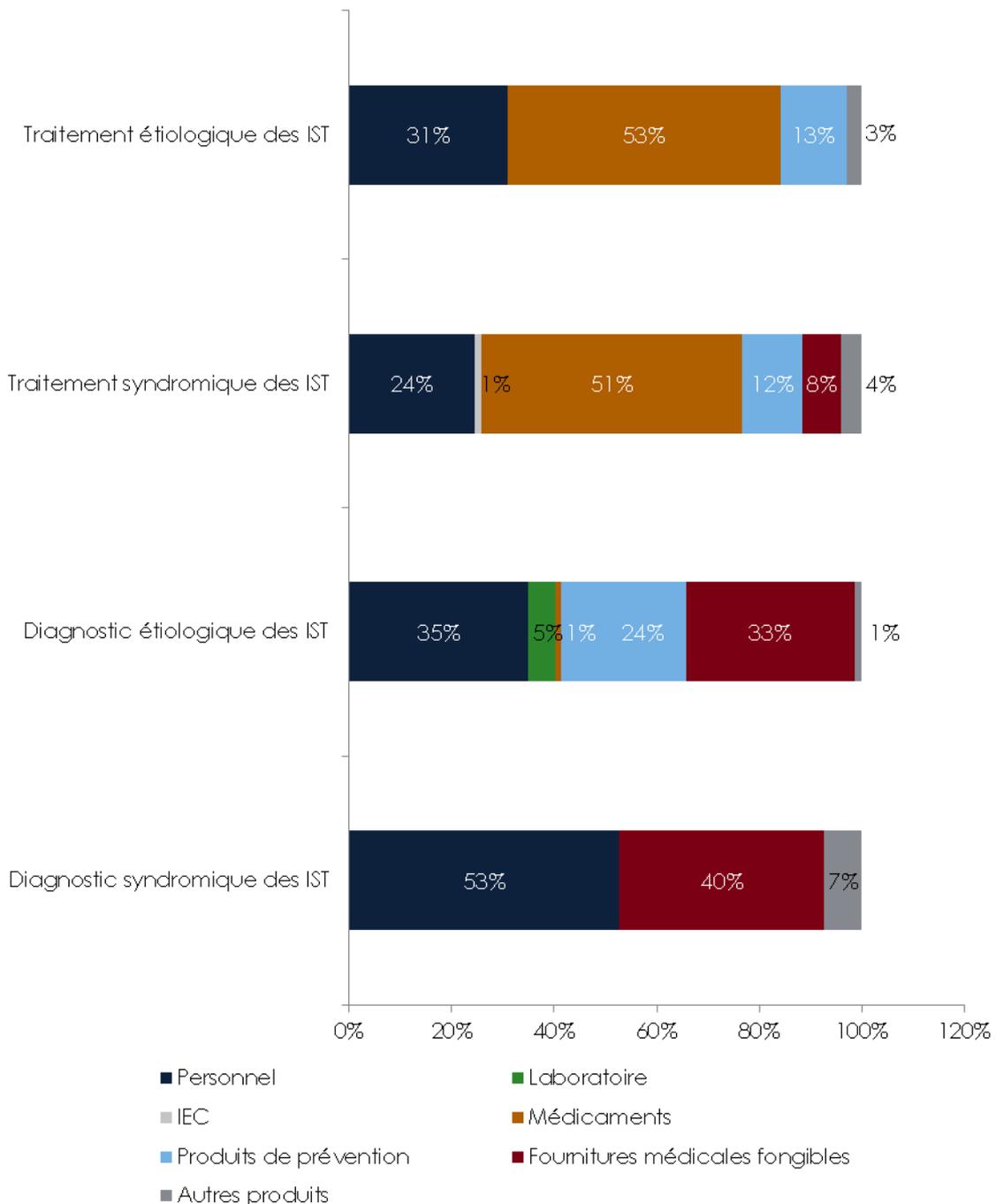
Comme pour les services de CD, les coûts indirects comprennent la supervision, les activités d'assurance de qualité, l'achat des tests de diagnostic et des traitements des IST ainsi que la coordination générale des services des IST.

Figure 5 : Répartition des coûts des services IST fournis aux populations cibles



La **Figure 6** ci-dessous présente la répartition des coûts de la prestation de services pour le diagnostic et le traitement des IST. Dans l'ensemble, c'est le temps du personnel qui représente la catégorie de coût la plus élevée, de l'ordre de 24 à 53% de tous les coûts dans les différents services des IST. Les fournitures médicales à usage unique représentent les coûts les plus importants pour le diagnostic alors que les coûts des médicaments représentent plus de 50% des coûts de traitement.

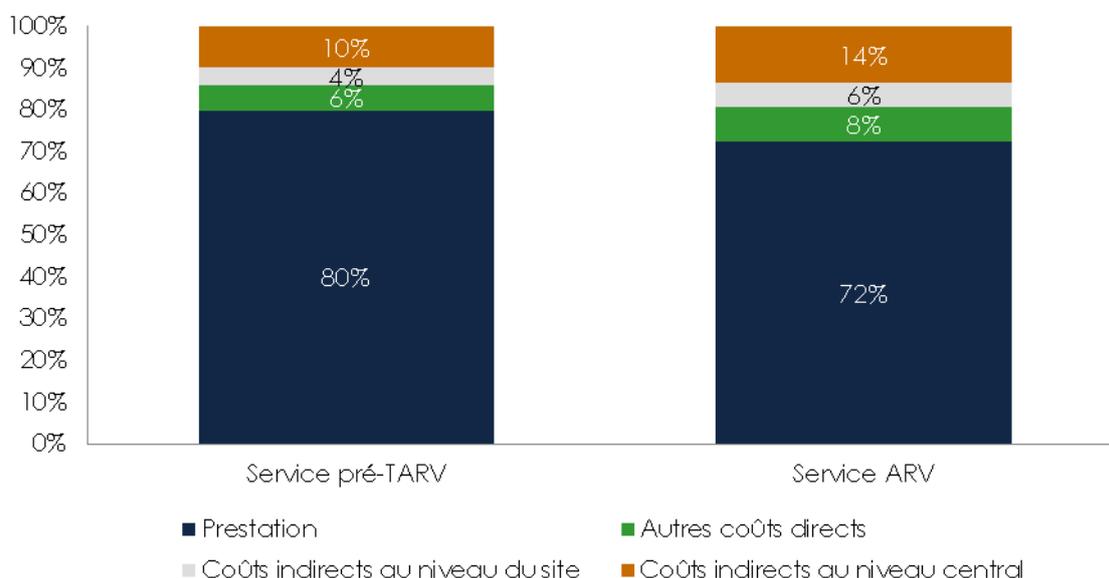
Figure 6 : Répartition des coûts de la prestation des services IST fournis aux populations cibles



Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

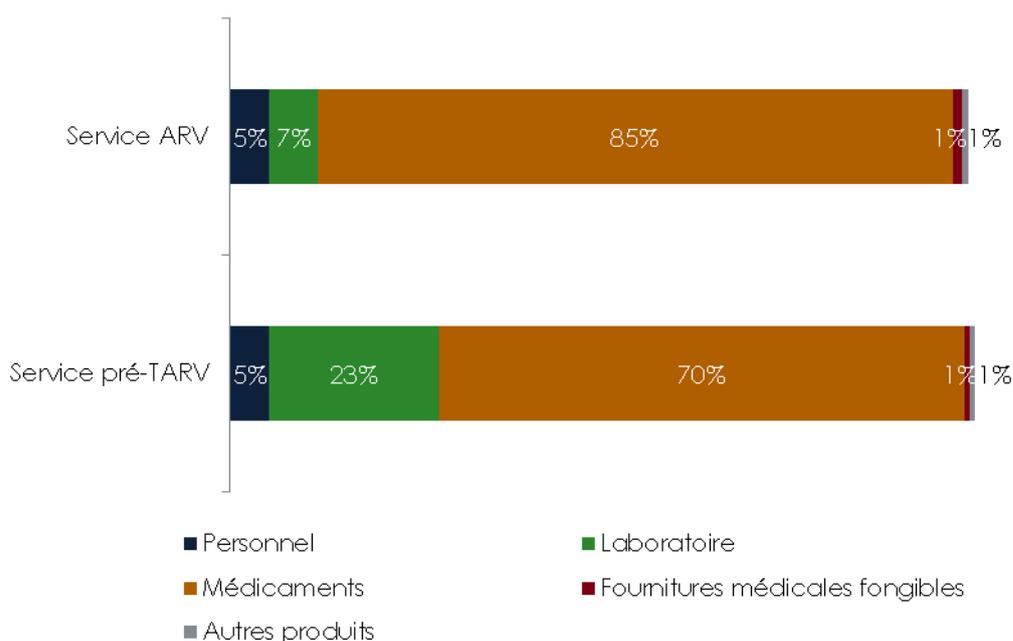
La **Figure 7** présente la répartition des coûts pour les services de soins et soutien du VIH offerts aux clients séropositifs des populations cibles. Les coûts de la prestation de services représentent la catégorie de coûts la plus élevée, de l'ordre de 72 à 80% de tous les coûts.

Figure 7 : Répartition des coûts pour les services de soins et soutien VIH fournis aux populations cibles



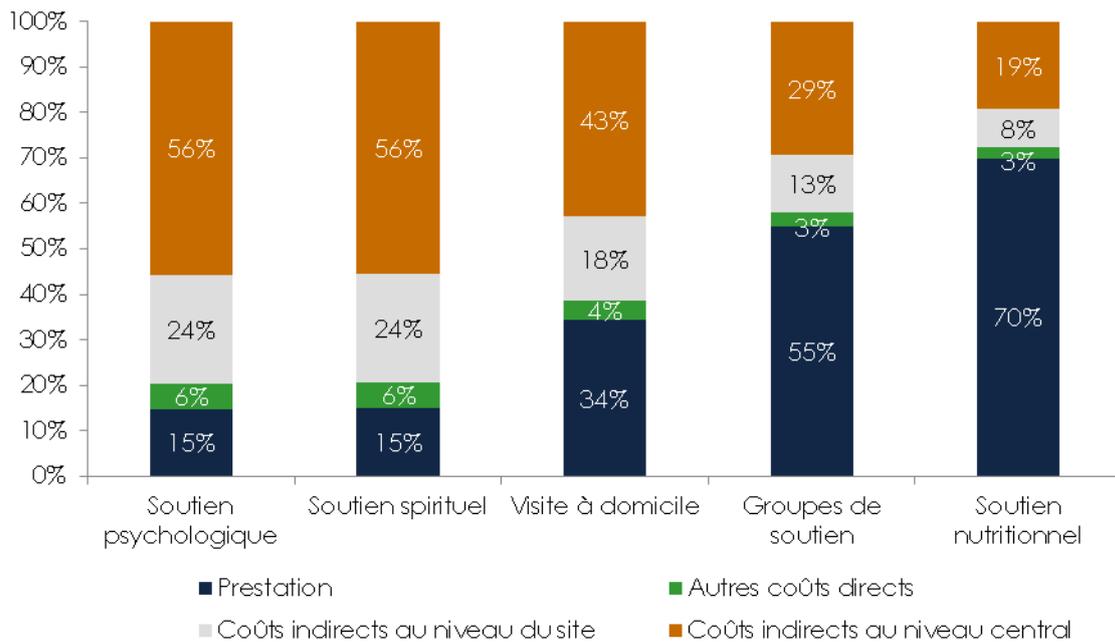
La **Figure 8** ci-dessous présente la répartition des coûts des services de soins et traitement du VIH pour les populations cibles. Les coûts des services pré-TARV comprennent un approvisionnement de six mois pour la prophylaxie au cotrimoxazole pour tous les clients. Les coûts des services TARV incluent le coût mensuel des médicaments ARV et des médicaments pour la prévention et le traitement des infections opportunistes.

Figure 8 : Répartition des coûts de la prestation des services de soins et soutien VIH fournis aux populations cibles



La **Figure 9** ci-dessous présente la répartition des coûts unitaires pour les principaux services à base communautaire offerts aux clients séropositifs des populations cibles. A l’instar d’autres services à base communautaire décrits ci-dessus, les coûts indirects représentent la catégorie de coûts la plus élevée (de l’ordre de 61 à 80% de tous les coûts) pour le soutien et les soins à domicile, car ces services sont dispensés généralement par des éducateurs de pairs ou d’autres agents communautaires. Il existe de très nettes variations dans le coût des services de soutien nutritionnel et des groupes d’aide apportés aux clients séropositifs dans les sites de l’étude. Ces variations étaient dues à la fourniture de kits de nutrition et / ou d’hygiène aux clients lors des services de routine.

Figure 9 : Répartition des coûts unitaires pour les services à base communautaire pour les PVVIH des populations cibles



Les **Figures 10 et 11** ci-dessous présentent la répartition des autres coûts directs et indirects des programmes. Les coûts de gestion et de coordination du projet ainsi que les salaires du personnel d’appui représentent pratiquement la moitié de tous les coûts directs notifiés par les sites de l’étude. De même, le coût du temps du personnel d’appui représente la catégorie de coûts indirects la plus importante. Tout le personnel du niveau central soutenant les programmes destinés aux populations cibles entre dans cette catégorie de coûts.

Figure 10 : Répartition des autres coûts directs du programme

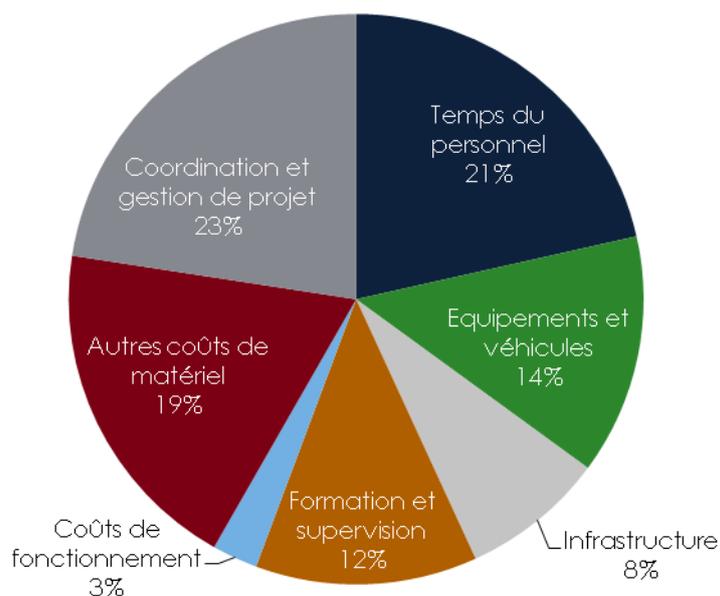
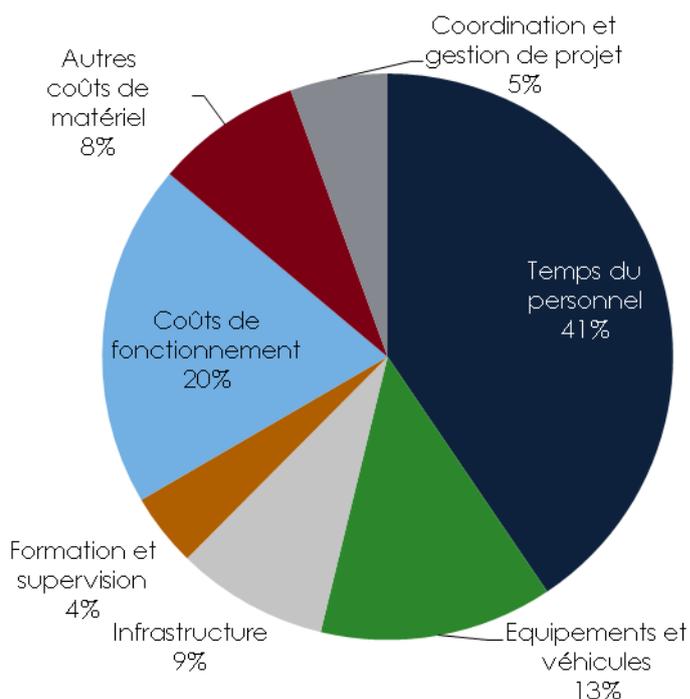


Figure 11 : Répartition des coûts indirects



Analyse de sensibilité sur les coûts unitaires

Nous avons réalisé des analyses de sensibilité sur les estimations des coûts unitaires en variant la répartition des entrants pour chaque contact de service afin de déterminer comment les changements de l'offre de services au fil du temps peuvent influencer les coûts dans le cadre de deux scénarii de mise à échelle du programme :

- **Augmentation de 50%** dans les contacts de service dans les 12 prochains mois
- **Augmentation de 100%** dans les contacts de service dans les 12 prochains mois

Les **Figures 12 et 13** présentent des projections montrant comment les coûts unitaires par contact de service changeront, selon les estimations, dans les deux scénarii de mise à échelle. Le coût unitaire par contact de service pour la plupart des services à base communautaire devrait diminuer de 36% à 50% dans les scénarii où la prestation de services double l'année suivante. La diminution du coût unitaire par contact de services à base communautaire est plus importante uniquement pour les services cliniques fixes. Cela s'explique par le ratio élevé entre les coûts directs et les coûts indirects des contacts à base communautaire comparés aux services cliniques.

Figure 12 : Coûts unitaires des services PHV dans différents scénarii de mise à échelle

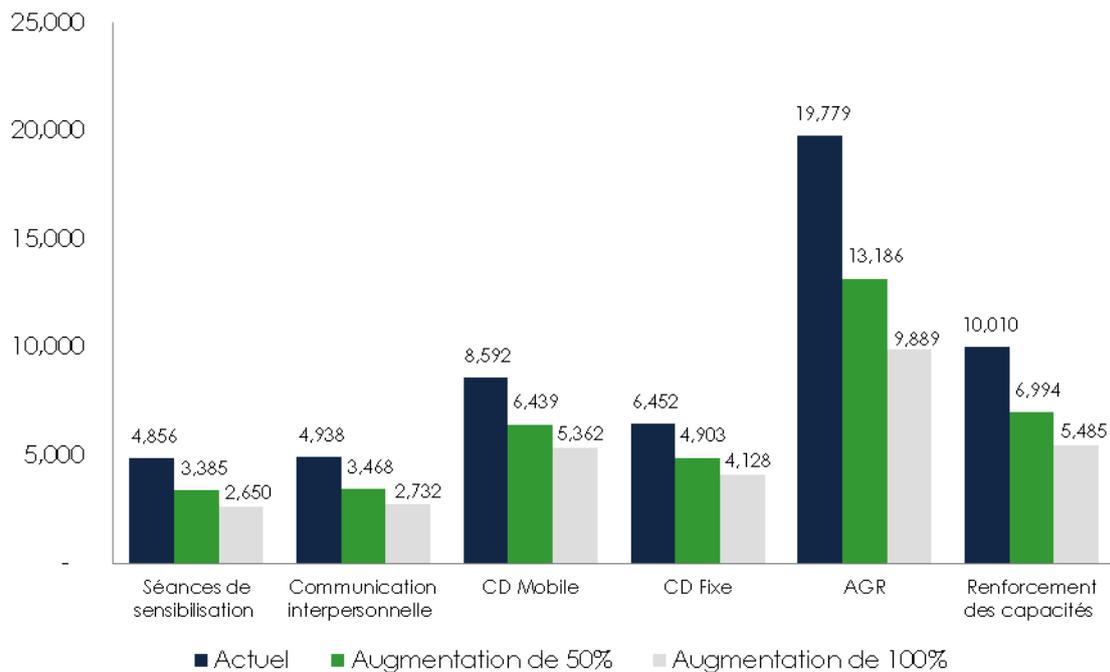
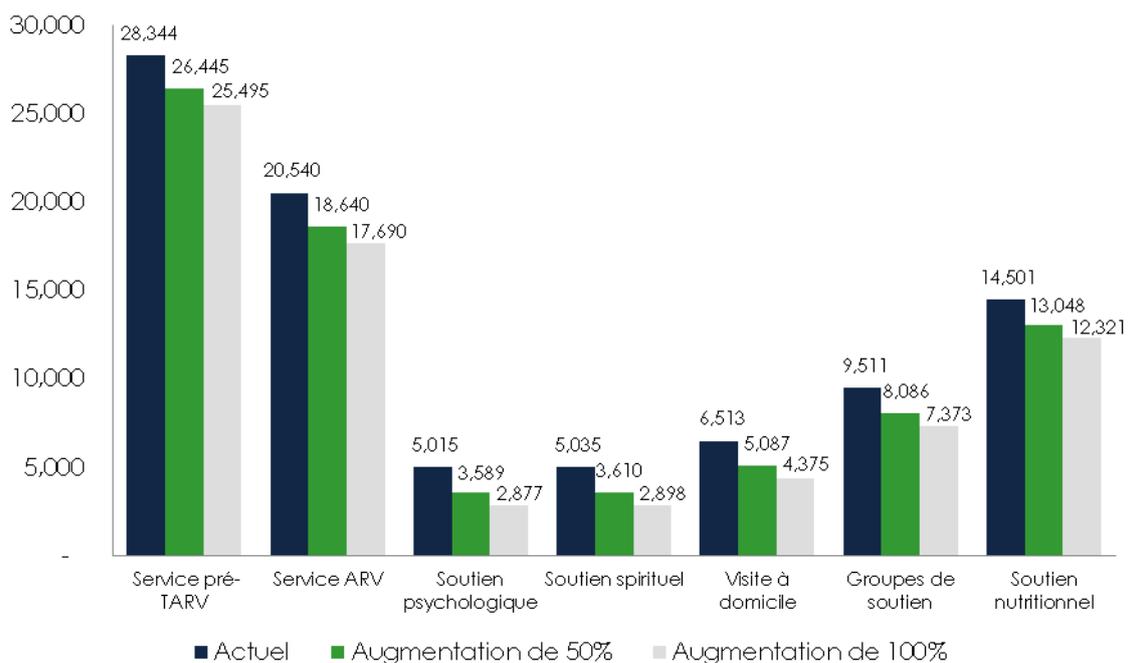


Figure 13 : Coûts unitaires des services PVIH dans différents scénarii de mise à échelle



Coût unitaire moyen pondéré

Tous les services ne sont pas utilisés de façon égale par les clients. Pour analyser le coût moyen de la prestation d'un service, nous avons pondéré les coûts unitaires par contact de service en fonction de l'utilisation actuelle des services. Le **Tableau 3** ci-après présente le nombre de contacts de services fournis et leur proportion relative sur la base des données collectées sur les sites d'intervention de l'étude. Il est important de faire la distinction entre personnes atteintes ou touchées et contacts de services. Si les données collectées dans cette étude portent sur 127 296 contacts de services, cela ne veut pas dire qu'on a atteint 127 296 membres des populations cibles car un client peut recevoir de nombreux services.

Tableau 3. Taux d'utilisation actuelle des services pour les populations cibles

Service	Nombre total utilisant des services	% utilisant des services par type de service	% utilisant des services pour tous les services
Services fournis aux populations cibles			
Événements de sensibilisation	93,811	92%	74%
Communication interpersonnelle	8,702	8%	7%
TOTAL	102,513		
DC mobile	1,977	32%	2%
DC fixe	4,265	68%	3%
TOTAL	6,242		
Activités de mobilisation des recettes	8	1%	<1%
Activités de renforcement des capacités	743	99%	1%
TOTAL	751		
Diagnostic syndromique des IST	2,597	38%	2%
Diagnostic étiologique des IST	753	11%	1%
Traitement syndromique des IST	2,758	40%	2%
Traitement étiologique des IST	753	11%	1%
TOTAL	6,861		
Services fournis aux clients PVVIH des populations cibles			
Services pré-TARV	491	19%	<1%
Services TARV	1,973	75%	2%
TOTAL	2,614		
Soutien psychosocial	4,073	49%	3%
Soutien spirituel	544	7%	<1%
Soins à domicile	989	12%	1%
Groupe de soutien	622	7%	<1%
Soutien nutritionnel	2,087	25%	2%
SOUS-TOTAL	8,315		
TOTAL	127,296		

Le coût unitaire moyen pondéré pour un service fourni à un membre des populations cibles est estimé à 8 993 F CFA. Ce coût est calculé en multipliant le coût unitaire de chaque service par le pourcentage des clients qui utilise ce service. Ce calcul reflète donc l'allocation des coûts par services en fonction de tous les services.

Ainsi, le programme national dépense actuellement environ 8 900 F CFA pour délivrer un service une seule fois à un client des populations cibles. C'est un calcul utile pour estimer les coûts de la prestation du paquet minimum d'activités en direction de la population cible sur la période d'une année comme le démontre la section suivante.

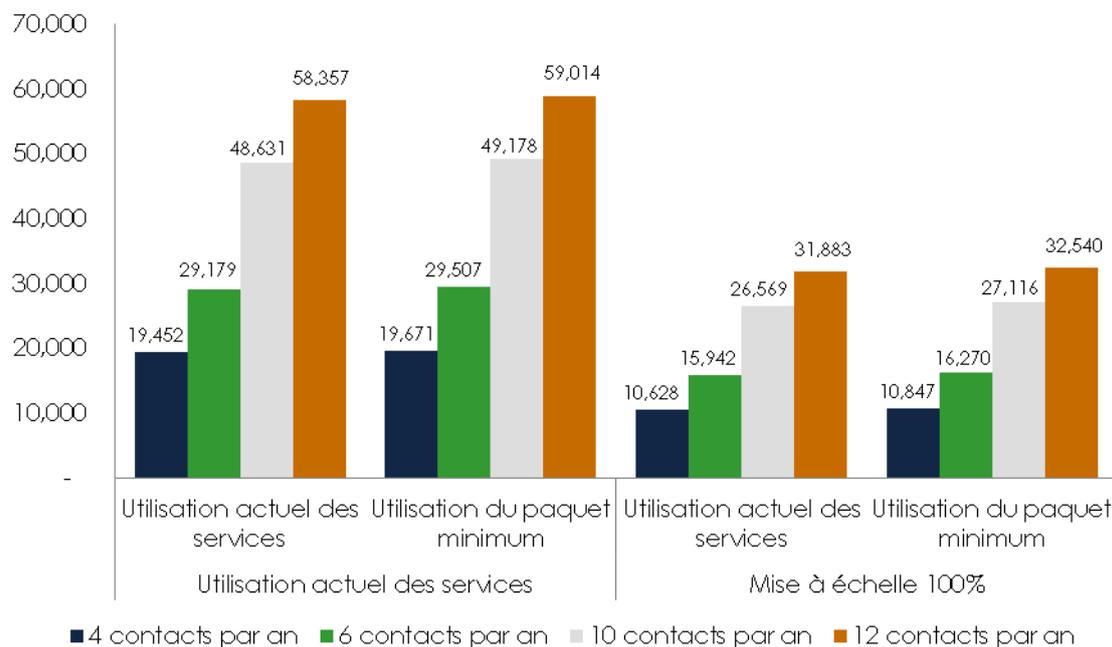
Analyse des scénarii : Coût unitaire de la portée du programme

Afin de faire une projection des coûts unitaires pondérés pour atteindre un membre des populations cibles pendant une année en lui apportant un paquet de services, trois scénarii ont été utilisés:

1. Changement d'échelle des services offerts au fil du temps,
2. Changements dans les proportions d'utilisation des services (au niveau actuel d'utilisation et dans le scénario de l'utilisation du paquet minimum d'activités),
3. Changements dans le nombre de contacts par an.

La **Figure 14** ci-après présente le coût annuel projeté de la prestation des services CCC à un client des populations cibles. Ce coût varie dans les trois scénarii décrits ci-dessus.

Figure 14 : Coût annuel projeté de la prestation des services CCC à un membre des populations cibles par scénario



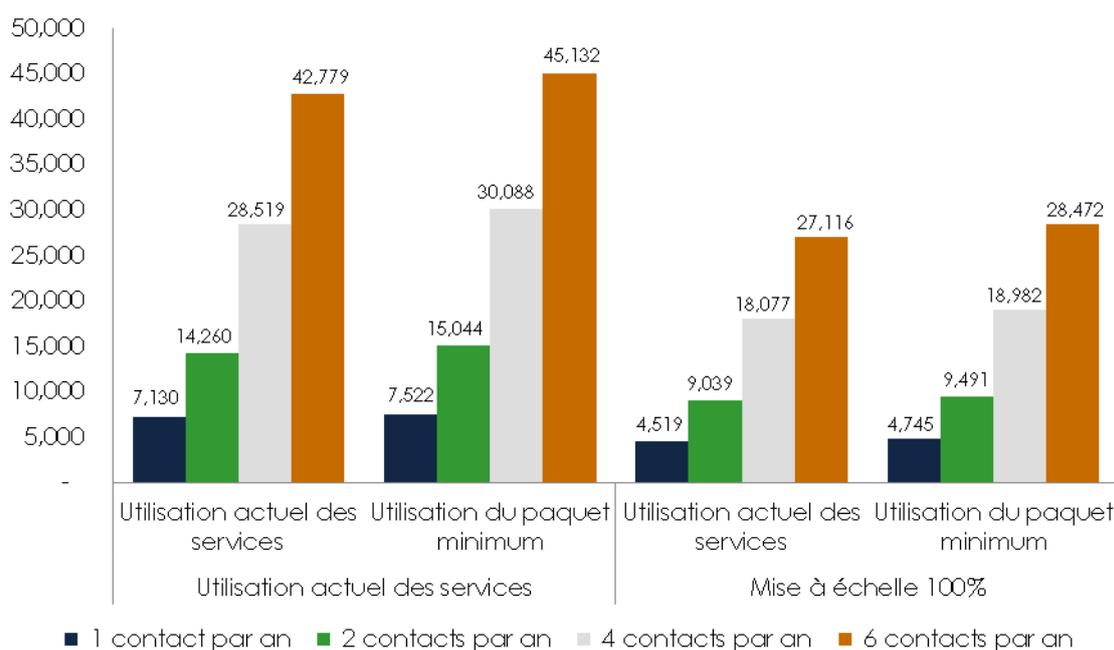
Les projections sont plus sensibles à la variation du nombre de contacts, car c'est simplement une augmentation linéaire en fonction du nombre total de contacts (tripler le nombre de contacts par an dans la définition de la portée du programme va aussi tripler le coût pour atteindre un client dans une année). Si nous observons comment les changements dans l'utilisation des services affectent les coûts unitaires, sur la base d'un total de six contacts par an et par client, les changements dans les proportions des services de sensibilisation de masse comparés à la communication interpersonnelle ne semblent pas impacter de manière importante les coûts unitaires, avec une différence estimée

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

d'environ 328 F CFA (c.-à-d. $29\,507\text{ F CFA} - 29\,179\text{ F CFA} = 328\text{ F CFA}$). Par ailleurs, les coûts sont réduits de 50% dans le cadre du scénario où la prestation de services double dans les 12 prochains mois.

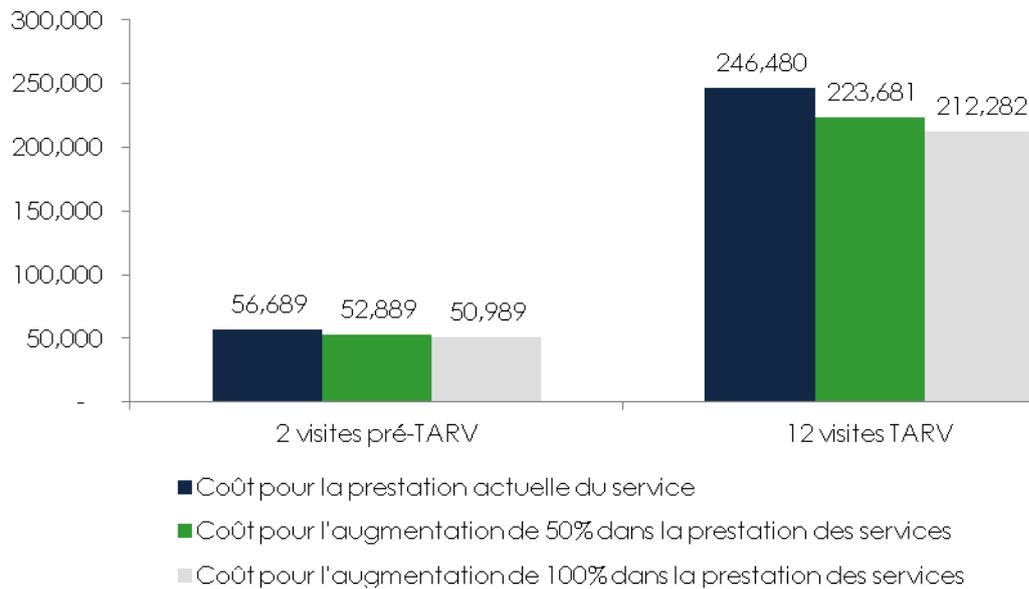
La **Figure 15** ci-après présente les coûts annuels de la prestation des services de CD selon les trois scénarii. A l'instar des services de CCC, les estimations sont sensibles à toutes les dimensions. Ainsi, les coûts augmentent lorsqu'augmente le nombre de contacts et ils diminuent quand la prestation de services s'élargit et quand les coûts indirects sont distribués sur un plus grand nombre de contacts de services annuels. Dans le scénario du paquet minimum où les services de CD mobiles et fixes sont utilisés en proportion égale, les coûts augmentent légèrement.

Figure 15 : Coût annuel projeté des services CD par scénario



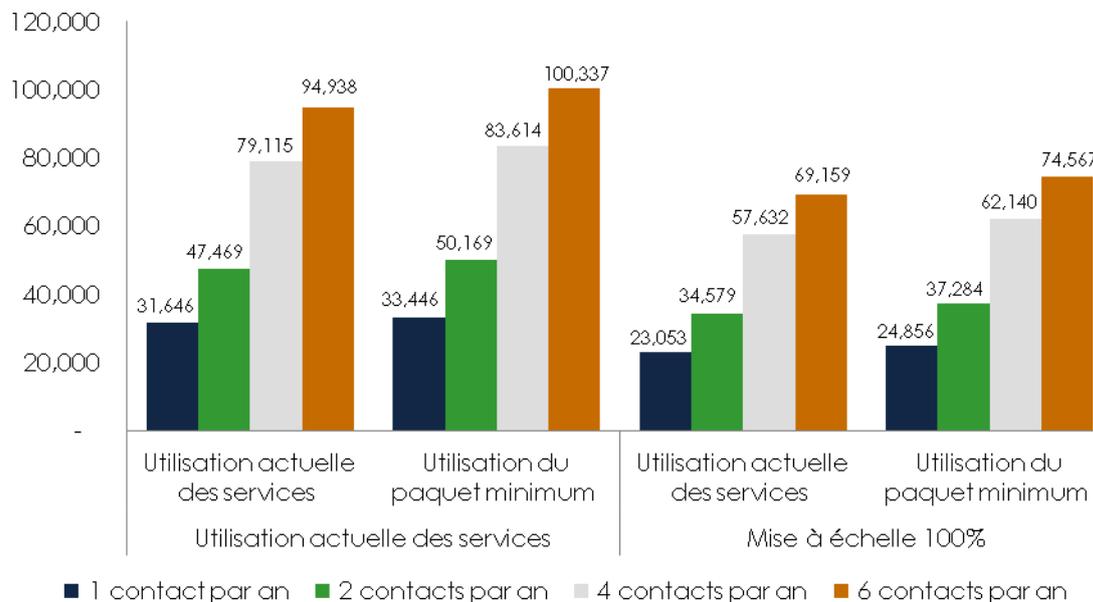
La **Figure 16** ci-après présente les projections des coûts annuels de la prestation des services de soins et de traitement du VIH par scénario. Étant donné que les services de soins et traitement du VIH sont plus habituels (avec une périodicité normée) que les autres services, aucun changement n'a été calculé dans les proportions d'utilisation des services. Ainsi, toutes les estimations se basent sur 2 visites pré-TARV et 12 visites TARV. Les coûts annuels de la prestation d'un paquet complet de services devraient donc diminuer d'environ 10% pour les services pré-TARV et environ 14% pour les services TARV, car les coûts indirects sont une composante plus petite des coûts pour ces services.

Figure 16 : Coût annuel projeté des services de soin et de soutien VIH à un membre des populations cibles par scénario



La **Figure 17** présente les coûts projetés des services à base communautaire pour les clients des populations cibles qui vivent avec le VIH. A l’instar des services à base communautaire présentés ci-dessus, les coûts unitaires devraient diminuer de 25% avec l’expansion de services. Le changement dans les coûts sont relativement moins sensibles selon les proportions de l’utilisation actuelle des services et celles basées sur le paquet minimum d’activités².

Figure 17 : Coût annuel projeté de la prestation des services à base communautaire a un membre des populations cibles séropositives par scénario

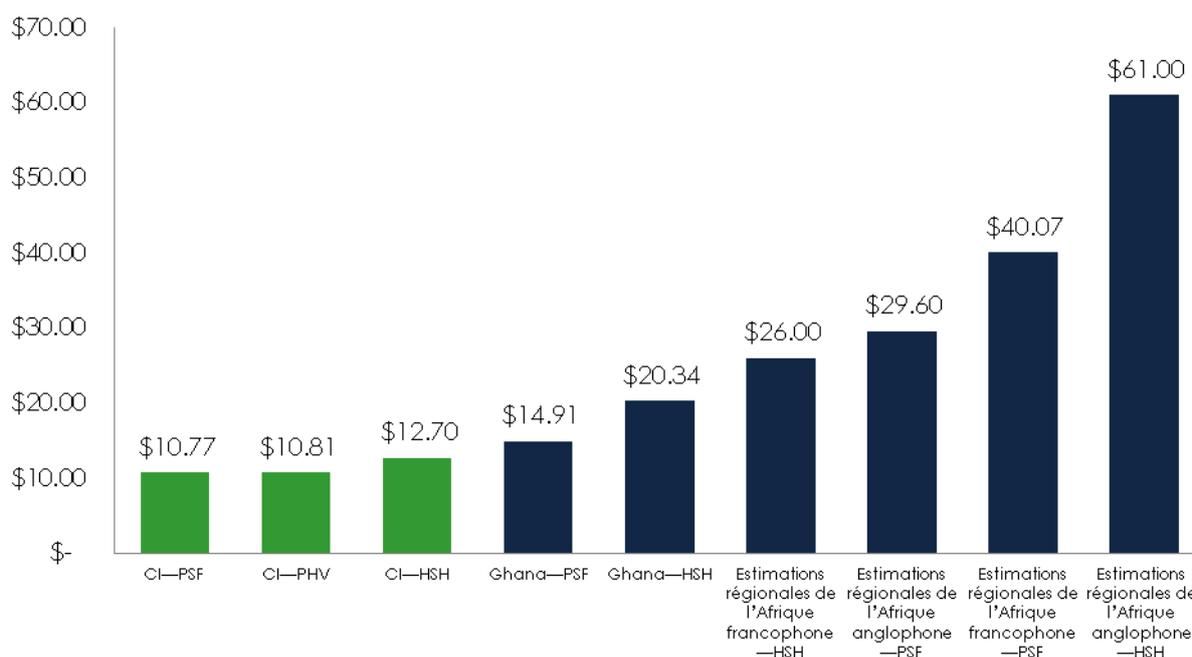


² L’appendice 2 présente des données sur les coûts unitaires par année et par catégorie de services pour l’utilisation actuelle de service en fonction du paquet minimum d’activités. L’appendice 3 présente des données détaillées sur les coûts unitaires pour les services des PSF et des HSH.

Comparaisons des coûts

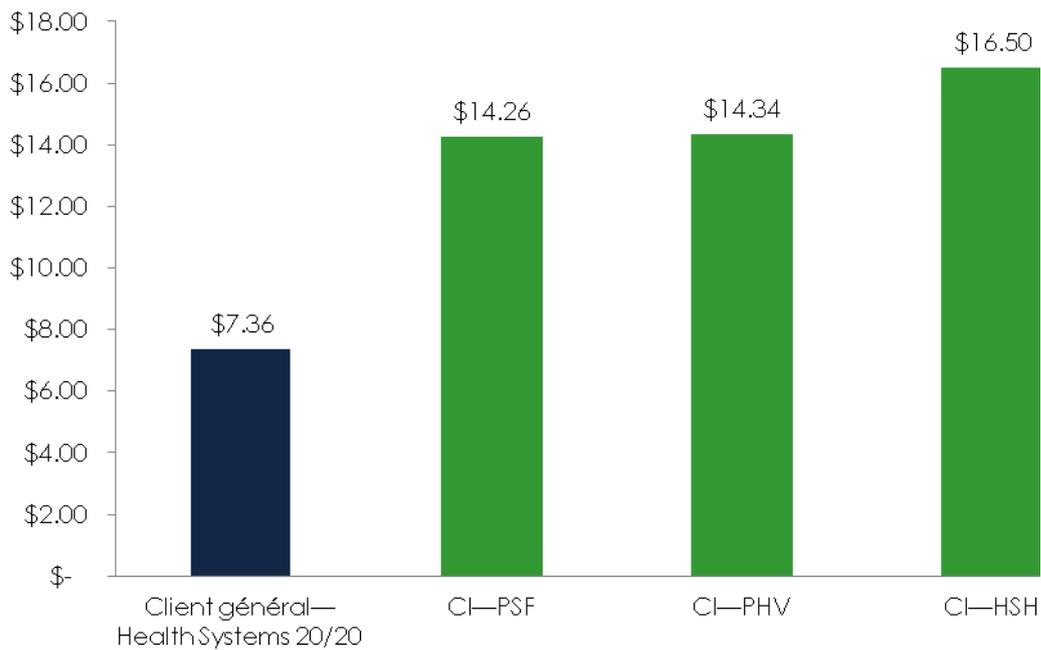
Les différences observées au niveau des prix relatifs, les protocoles de programme, les services offerts aux populations cibles ainsi que les méthodologies de calcul des coûts rendent difficile la comparaison des résultats des études entre les pays. Cependant, les difficultés accompagnant les comparaisons de coûts interpays, les résultats obtenus démontrent que les coûts unitaires notifiés en Côte d'Ivoire sont dans la fourchette des coûts unitaires notifiés indiqués dans des études menées dans d'autres pays. Comme l'indique la **Figure 18** ci-après, le coût de la prestation de services à base communautaire de cette étude (en rouge) est nettement inférieur aux estimations régionales et aux coûts d'autres études de la région subsaharienne.

Figure 18 : Coût moyen par service à base communautaire (US\$)



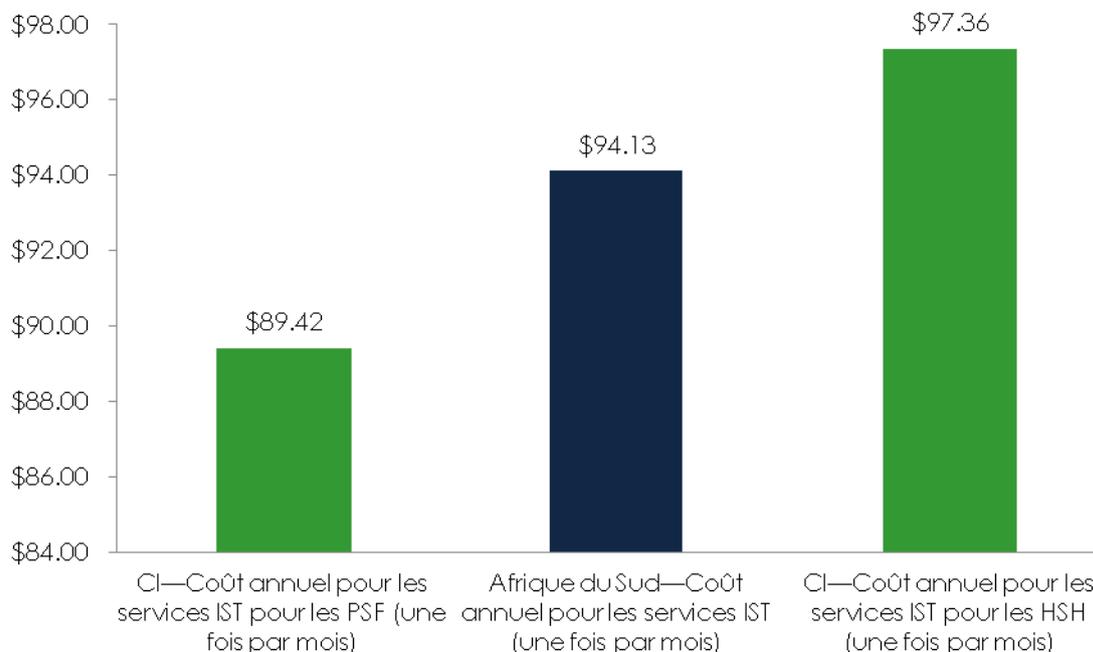
Concernant les services cliniques, les **Figures 19&20** indiquent des comparaisons de coûts entre les services fixes de CD, les services cliniques IST et les services TARV. Pour les services de CD, cette étude a estimé des coûts nettement plus élevés que les coûts estimés par une étude de 2008 faite par le projet Health Systems 20/20 en Côte d'Ivoire (Hatt L, Ortiz C, 2008). Cela pourrait être dû à plusieurs facteurs, dont le fait que notre étude inclut les coûts indirects au niveau central qui sont liés à la gestion générale du programme avec les populations cibles, coûts qui ne sont pas inclus dans l'analyse Health Systems 20/20.

Figure 19 : Coût moyen par visite de CD fixe (US\$)



Il existe très peu d'études notifiant les coûts annuels des services IST. La **Figure 20** ci-après présente le coût annuel estimé des services IST de cette étude ainsi que les estimations d'une étude analogue faite en Afrique du Sud prenant en compte les milieux clinique et communautaire. Ainsi, nous notons que les coûts de notre étude sont sensiblement les mêmes que ceux observés en Afrique du sud.

Figure 20 : Coût moyen par service annuel IST (US\$)

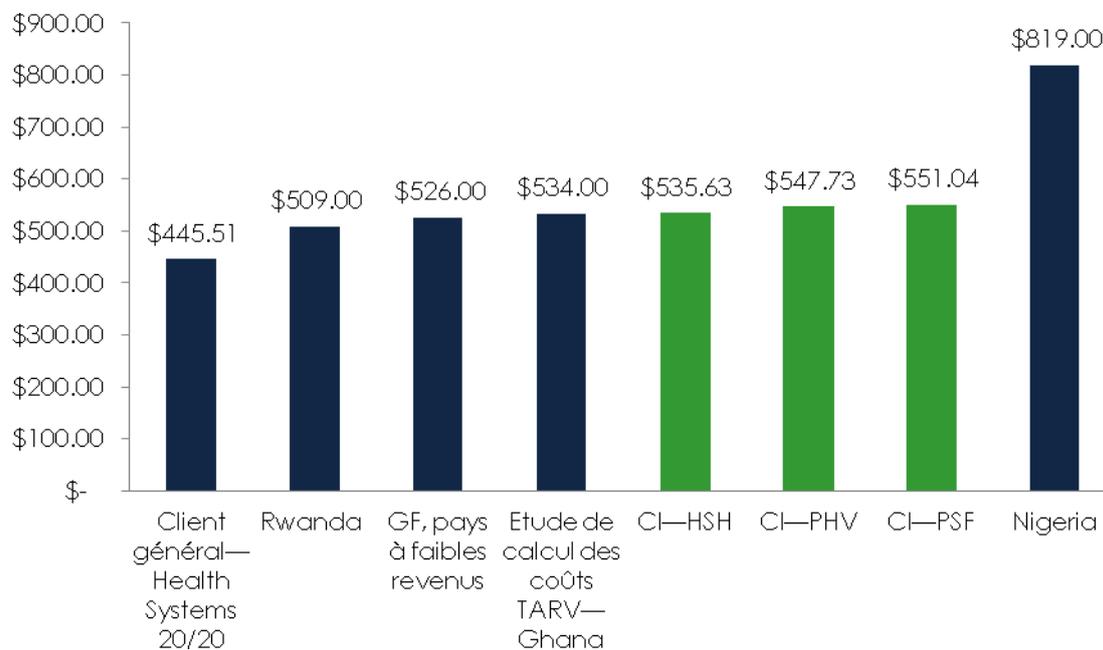


Pour les services de soins et traitement du VIH, la **Figure 21** compare les coûts de l'étude aux coûts notifiés dans d'autres études, notamment l'analyse Health Systems 20/20 de l'étude de calcul des coûts du TARV réalisée en 2010 au Ghana (Rosen J, Asante F, 2010) et à ceux d'autres études réalisées au Nigeria et au Ghana. Bien que cette étude estime des coûts nettement plus élevés que les coûts estimés

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

par le projet Health Systems 20/20, les coûts sont comparables à ceux d'autres pays de la région subsaharienne.

Figure 21 : Coût moyen annuel pour la prestation des services de soins et soutien VIH fournis aux populations cibles (US\$)



DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette étude présente les premières estimations de coûts liés à la prestation des services essentiels de lutte contre le VIH pour les PSF et les HSH en Côte d'Ivoire. Elle vise à mettre en relief les résultats les plus importants selon les coûts des services contenus dans le paquet minimum de services.

En outre, l'étude a identifié des coûts indirects élevés (gestion de programme) comparés aux coûts directs (préservatifs et gels lubrifiants) ainsi que des différences notables dans les projections des coûts unitaires au fur et à mesure que le programme est mis à échelle pour les services VIH à base communautaire.

Concernant les services cliniques, il a été mis en évidence des coûts élevés pour les prestations directes par rapport aux coûts indirects. De plus, il a été relevé des coûts plus importants dus à un personnel qualifié délivrant les services dans les établissements de santé. L'analyse des résultats montre que la Côte d'Ivoire ne dispose pas de suffisamment de données relatives aux coûts des services cliniques et communautaires offerts aux populations cibles. L'étude est également arrivée à la conclusion que le système national de S&E doit être renforcé pour que le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida à travers le Programme de Lutte contre le sida chez les Populations Hautement Vulnérables puisse assurer le suivi et l'évaluation des coûts des services en tenant compte des aspects d'efficacité, d'efficience et de pérennisation du programme VIH.

L'étude a mis en exergue que ce sont les coûts indirects qui influent le plus sur les coûts unitaires concernant les services à base communautaire par rapport aux services cliniques. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des services directs sont fournis par des volontaires sur les sites d'intervention.

Généralement, les éducateurs de pairs, les agents communautaires et les infirmiers reçoivent des primes de motivation et non pas un salaire intégral avec des avantages. Même si les « coûts de motivation » de ces volontaires sont considérés comme un coût direct, le coût par « contact de service » est relativement faible, comparé au coût de ces mêmes services dispensés par un personnel salarié. Cela se vérifie lorsqu'on compare les services de CD fournis en stratégie mobile par des agents communautaires en comparaison avec les services CD délivrés en stratégie fixe.

En outre, il est important de préciser que cette étude a été réalisée après la venue récente de Heartland Alliance comme principal partenaire technique pour les services offerts aux populations cibles au niveau communautaire. Ce partenaire s'oriente à présent davantage vers un modèle de prestations à base communautaire plutôt qu'en milieu clinique. Les sites soutenus par Heartland Alliance n'ayant pas encore atteint leur pleine capacité de fonctionnement, les coûts indirects déterminés par cette étude sont répartis sur un petit nombre de clients car il est possible que ces sites aient moins de clients et de services.

Il est important de souligner ce fait, car en projetant les changements de coûts unitaires quand les programmes passeront à échelle, nous constaterons que c'est bien l'extension du programme qui est le principal contributeur des coûts. Les projections des coûts unitaires pour les services à base communautaire, dans le cadre des différents scénarii de mise à échelle, indiquent que les coûts unitaires par services dans certains cas pourraient diminuer de l'ordre de 50% si les sites d'intervention doubleraient le nombre de services à base communautaire fournis par an. Ces résultats correspondent aux résultats d'autres analyses de coût unitaire des programmes de prévention du VIH visant les populations cibles, constatant elles aussi que le coût unitaire par client chute au fur et à mesure que les sites d'intervention atteignent un nombre de plus en plus grand de clients (Chandrashekar S, Vassall A, et al. 2010; Chandrashekar S, Vassall A, et al. 2012; Dandona L, et al, 2005).

Pour les services de soins et de traitement du VIH dans un milieu clinique, nous avons constaté que les coûts unitaires dépendaient davantage des coûts directs que des coûts indirects. Les deux grands contributeurs aux coûts directs sont les tests de laboratoire et les médicaments ARV pour les clients séropositifs, représentant plus de 70% des coûts unitaires pour les différents types de client. Ces résultats confirment les données d'une étude faite en 2010 au Ghana concernant les coûts des ARV, ainsi que d'autres études analogues dans des pays à faibles et moyens revenus (Rosen et Asante, 2010; Galárraga, et al. 2011). Au niveau international, il est important de reconnaître que le coût des ARV a changé nettement ces dix dernières années, suite à la plus grande disponibilité de médicaments génériques et à des réformes sur le plan de l'importation et des droits de propriété intellectuelle depuis 2001. Le prix de certaines associations médicamenteuses a chuté de plus de 90% (Perez-Casas et al, 2001; WTO 2001; MSF 2011). Par ailleurs, selon l'ONUSIDA, la future marge de réductions supplémentaires est limitée à présent pour les prix des médicaments ARV (ONUSIDA, 2011). Certes, les prix des produits de laboratoire et autres produits achetés internationalement pourraient continuer à diminuer dans le temps grâce aux continuelles négociations, mais sachant que ces prix n'entrent pas dans le contrôle des parties prenantes locales, il est plus prudent de ne s'attendre qu'à peu de variation dans les coûts des services de soins et de traitement du VIH dans le court terme.

Nombreux de nos résultats concernent davantage les obstacles au suivi et à l'évaluation de l'efficacité et de l'utilisation des programmes de prévention du VIH destinés aux populations cibles de la Côte d'Ivoire. En effet, de tels mécanismes de suivi sont indispensables pour rendre utiles nos estimations des coûts.

Au niveau du programme, de solides mécanismes de suivi et d'évaluation capables de mesurer les changements dans le temps, par personne atteinte et par service utilisé par ces personnes, sont impératifs pour calculer un coût unitaire exact de la couverture d'un client en l'espace d'un an. Alors que le système national de Suivi et d'Évaluation en Côte d'Ivoire est continuellement renforcé, ces mécanismes sont encore nouveaux et ne collectent pas encore les données de qualité nécessaires pour calculer un coût unitaire fiable et exact par client ou cliente atteint(e) en un an sur la plupart des sites.

Les résultats des recherches opérationnelles réalisées actuellement par FHI 360 et d'autres partenaires permettront d'enrichir cette connaissance et d'éclairer davantage les différences entre les services utilisés et les personnes atteintes.

Nous avons pu collecter des données adéquates pour répondre aux questions de notre étude mais plusieurs insuffisances demeurent. Les plus importantes informations relevées au cours de l'étude concernent la sélection non aléatoire des sites d'interventions, introduisant ainsi un élément d'incertitude dans l'extrapolation des résultats au niveau national. De plus, la présente étude a noté une variation de l'offre de service. La diversité des sites d'intervention n'a facilité ni l'application d'un seul questionnaire standard ni l'interprétation des résultats. Les équipes de collecte de données ont utilisé le même questionnaire sur chaque site, mais la qualité et l'exhaustivité des données n'étaient pas identiques d'un site à un autre. Il serait utile d'arriver à une plus grande standardisation des services par le biais de systèmes améliorés du suivi de programme car cela permettrait des coûts plus standardisés et une budgétisation et planification plus exactes. Cela nécessitera un renforcement des capacités des prestataires de services et acteurs des programmes de lutte contre le VIH.

Par ailleurs, il faut noter que la plupart des données sur l'utilisation de ressources reposaient sur des estimations ou des indices obtenus au cours des entretiens avec les partenaires techniques et financiers et non durant une observation directe. Par exemple, un élément important des données est celui de la quantité des produits fongibles utilisés lors des services. Les équipes de collecte de données ont cherché à contacter des personnes connaissant bien les opérations des programmes. En raison du temps limité consacré à chaque site, les équipes n'ont pas toujours pu s'entretenir avec les informateurs clés et n'ont donc pas pu collecter des données concernant certains coûts indirects (le coût des services publics, l'entretien et la réparation ainsi que les transports). Pour pallier cette insuffisance, l'analyse a inclus des projections sur la manière dont les coûts pourraient changer dans le cadre de différents scénarii de mécanismes de prestation et de mise à échelle des programmes.

De plus, il est important de noter que cette étude présume que les services aux populations cibles sont fournis sans crainte de stigmatisation, de discrimination ou de risque d'arrestation pour les prestataires de santé. Certains services tels que les interventions de renforcement des capacités et les groupes de soutien fournis par les sites sont considérés comme des activités de réduction de la stigmatisation et discrimination. Toutefois, ces services n'ont pas été classés en tant que tels par les sites et ont été rangés dans les services de soutien général. Il faudra faire une analyse plus approfondie de l'impact que cette stigmatisation risque d'avoir au moment de la mise à échelle des activités.

RECOMMANDATIONS

La présente étude vise à fournir au Gouvernement de la Côte d'Ivoire et à d'autres parties prenantes les informations sur le coût total de la prestation de services VIH aux populations cibles pendant la période d'une année en Côte d'Ivoire. Ses résultats aideront à la planification nationale, la budgétisation annuelle et la programmation actuelle des activités. En général, le Gouvernement de la Côte d'Ivoire pourra utiliser ces résultats pour calculer les coûts de sa stratégie nationale de lutte contre le VIH ciblant les populations cibles ainsi que pour budgétiser les futures propositions de projet qui seront présentées au Fonds mondial et à d'autres donateurs. Des recommandations spécifiques sont données ci-après au Gouvernement de la Côte d'Ivoire, aux partenaires techniques et d'exécution ainsi qu'aux donateurs.

Premièrement, le Gouvernement de la Côte d'Ivoire devrait élaborer une définition opérationnelle nationale de la portée du programme. Pour que les résultats puissent être utilisés de la meilleure manière possible, les planificateurs du programme doivent choisir la combinaison ciblée d'utilisation de services et de contact par an et ensuite suivre de près la prestation de services pour obtenir des coûts unitaires exacts par portée de programme dans le temps. Ainsi, on s'assurera que le programme est mis à échelle dans la bonne direction et que les ressources adéquates sont mobilisées et octroyées selon les cibles du programme pour atteindre ses clients par an. Cette définition opérationnelle doit

être communiquée clairement aux sites d'intervention et aux partenaires de l'exécution pour que la prestation de services soit calquée sur un même modèle d'un site à un autre.

Une fois décidée de la définition opérationnelle, on pourra mettre à jour les outils nationaux de collecte et de rapportage des données ainsi que les bases de données nationales et les autres architectures de stockage de données pour refléter ces changements et recueillir les données pertinentes sur le paquet de services. La collecte de données de suivi de bonne qualité par les exécuteurs du programme brosera un tableau véridique des changements dans l'utilisation des services et dans la prestation de services qui permettra d'arriver à une estimation plus exacte des coûts unitaires dans le temps.

Les sites d'intervention auront besoin d'un soutien important sur le plan du renforcement des capacités pour être capables de collecter exactement des données de qualité sur ces paquets de services. Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire, les partenaires techniques et les donateurs pourront donner la priorité nécessaire aux renforcements des capacités de Suivi et Évaluation (SE) pour appuyer la mise en œuvre de systèmes nationaux de S&E pour les interventions destinées aux populations cibles. Le soutien pour le renforcement des capacités pourrait porter sur une formation directe concernant les nouveaux outils, l'utilisation des données pour la prise de décisions locales et les stratégies d'amélioration de la qualité des données.

APPENDICE 1. DETAILS SUR LES METHODES ET L'ANALYSE DU CALCUL DES COÛTS

Pour chaque type principal d'intrants, le tableau ci-après décrit les méthodes et les sources pour estimer les quantités des intrants, les prix et les coûts unitaires. Les intrants sont classés en catégories de (1) coûts directs par visite, (2) coûts indirects directement associés au programme VIH pour les populations cibles et (3) coûts généraux de soutien.

Tableau 1.1 : Coûts directs par visite

Temps du personnel		
Quantités	Sources	Commentaires
Nombre moyen de minutes que chaque membre du personnel passe à fournir directement des services à un client(e) typique, par contact de service	Entretiens avec le personnel du programme	Les temps moyens notés ne reflètent pas forcément l'utilisation réelle des ressources. Les temps moyens notés intègrent le temps mort et peuvent sous-estimer le véritable coût des ressources.
Prix	Sources	Commentaires
Calculé par minute de rémunération pour les catégories de personnel salarié	Échelles salariales fournies par le niveau central et coûts de motivation fournis par les sites d'intervention	La rémunération inclut les salaires et les avantages
Matériel d'IEC		
Quantités	Sources	Commentaires
Quantité moyenne utilisée par contact de service Prix par article multiplié par quantité moyenne d'articles utilisés lors d'un contact de service	Entretiens avec le personnel du programme	
Prix	Sources	Commentaires
Prix de l'article utilisé	Données au niveau central, y compris coûts de conception et de production	

Appendice 1. Détails sur les Methodes et L'Analyse du Calcul des Coûts

Médicaments		
Médicaments ARV		
Quantités	Sources	Commentaires
Quantité requise pour un membre de la population cible suivant une prophylaxie ARV pendant un mois Prix par dose *doses par jour* nombre total de jours de prophylaxie, calculé séparément pour chaque type de client	Directives nationales pour les ARV Distribution de clients par protocole de médicaments (PNPEC, 2011) Quantifications nationales des coûts (SCMS & PNPEC, 2011)	Y compris frais de transport, Calcul avec 5% de pertes
Prix	Sources	Commentaires
Taux international négocié	Information au niveau central sur les prix des ARV (PNPEC 2011 Prix in US\$)	
Médicaments IO et IST		
Quantités	Sources	Commentaires
Pour le cotrimoxazole, quantité nécessaire pour un membre de la population cible pour une période de 6 mois Pour les médicaments IST, quantité moyenne nécessaire pour traiter une IST en utilisant les kits de traitement syndromique pour les IST de première et de seconde intention	Directives nationales TAR SCMS et PNPEC, 2011	
Prix	Sources	Commentaires
Prix par dose de médicament	Liste de médicaments NHIS (liste prix octobre 2011)	
Produits fongibles et autres fournitures médicales		
Quantités	Sources	Commentaires
Quantité moyenne utilisée par visite, par type de visite Prix par article, multiplié par quantité moyenne d'articles utilisés pendant une visite	Entretien avec le personnel de l'établissement	
Prix	Sources	Commentaires
Prix de l'article utilisé	Estimations par les auteurs, en fonction des prix internationaux et locaux	

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

Produits de prévention		
Quantités	Sources	Commentaires
Quantité moyenne distribuée / vendue par contact de service Prix par article multiplié par quantité moyenne d'articles distribués / vendus dans un contact de service	Entretiens avec le personnel du programme	
Prix	Sources	Commentaires
Prix de l'article utilisé	Estimations par les auteurs en fonction des prix internationaux et locaux	
Autres produits fongibles et autres fournitures		
Quantités	Sources	Commentaires
Quantité moyenne utilisée par contact de service Prix par article multiplié par quantité moyenne d'articles utilisés dans un contact de service	Entretiens avec le personnel du programme	
Prix	Sources	Commentaires
Prix de l'article utilisé	Estimations par les auteurs en fonction des prix internationaux et locaux	
Laboratoires		
Quantités	Sources	Commentaires
Pour chaque test, quantité par client Pour chaque test, prix par test *nombre moyen de tests par client * pourcentage de clients obtenant le test. Calculé séparément pour les personnes séropositives et séronégatives. Pour le test en laboratoire associé à la résistance aux ARV et le suivi du traitement, le prix moyen par test par visite clinique.	Directives nationales HTC Pour le suivi du traitement VIH, Source: Hatt L, Ortiz C, Boko D, Musau S, Zurita B, Sika L, et Kombe G. 2008. Coûts de la Prise en Charge Médicale du VIH / SIDA par les Services de Santé Publique en Côte d'Ivoire. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 Project, Abt Associates Inc	
Prix	Sources	Commentaires
Coût par test de laboratoire	SCMS, 2012	

Tableau 1.2 : Autres coûts directs associés à la prestation de services

Temps du personnel (temps professionnel non client)		
Quantités	Sources	Commentaires
Nombre de personnel professionnel et pourcentage de temps non client passé sur le programme MARP en une année	Entretien avec le personnel de programme	
Prix	Sources	Commentaires
Calculé par minute de rémunération par catégories de personnel	Échelles salariales fournies du niveau central	Rémunération comprend salaires et avantages
Coûts des véhicules		
Quantités	Sources	Commentaires
Nombre et type de véhicules utilisés pour la prestation de services Coût annuel amorti de remplacement * utilisation dans le programme des populations cibles en tant que % de l'utilisation totale par les ONG ÷ contacts services avec les populations cibles	Entretien avec le personnel du programme	
Prix	Sources	Commentaires
Coût de remplacement de l'article, amortissement direct par vie utile	Estimations de prix par les auteurs en fonction des prix locaux. Vie utile fixée par les auteurs en fonction de normes internationales	
Équipement de programme		
Quantités	Sources	Commentaires
Nombre et type d'équipement utilisé dans chaque type de visite Coût annuel amorti de remplacement * ÷ contact de services avec les populations cibles.	Entretien avec le personnel du programme	
Prix	Sources	Commentaires
Coût de remplacement de l'article, amortissement direct par vie utile	Estimations de prix par les auteurs en fonction des prix locaux. Vie utile fixée par les auteurs en fonction de normes internationales	

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

Coûts des sites physiques		
Quantités	Sources	Commentaires
Nombre de mètres carrés d'espace physique utilisé dans les programmes avec les populations cibles	Mesuré à chaque site	
Prix	Sources	Commentaires
Coût par mètre carré en fonction du loyer d'un établissement commercial équivalent. Coût annuel par mètre carré * nombre de mètres carrés	Dossiers du site Estimations des auteurs en fonction des informations des experts immobiliers	
Formation du personnel		
Quantités	Sources	Commentaires
Montant fixe des coûts de formation par site d'intervention	Entretien avec le personnel du programme	
Prix	Sources	Commentaires
Montant annuel dépensé pour la formation ÷ contacts de services avec les populations cibles		
Coûts de fonctionnement du programme		
Quantités	Sources	Commentaires
Coût annuel total ÷ contacts de services avec la population cible		
Prix	Sources	Commentaires
Coût annuels pour le site dans son ensemble	Entretiens avec le personnel du programme	

Tableau 1.3 : Coûts indirects liés à la prestation de services sur le site de l'intervention

Temps du personnel (temps administratif non client)		
Quantités	Sources	Commentaires
Nombre de personnel administratif et pourcentage de temps non client passé au programme MARP par an.	Entretien avec le personnel du programme	
Prix	Sources	Commentaires
Calculé par minute de rémunération pour les catégories de personnel	Échelles salariales fournies par le niveau central	Rémunération comprend salaires et avantages.
Équipement de bureau		
Quantités	Sources	Commentaires
Nombre et type de matériel utilisé lors de chaque type de visite Coût annuel amorti de remplacement * utilisation dans le programme des populations cibles en tant que pourcentage de l'utilisation totale des ONG ÷ contacts de services des populations cibles	Entretien avec le personnel du programme	
Prix	Sources	Commentaires
Coût de remplacement de l'article, amortissement direct par vie utile	Estimations de prix par les auteurs en fonction des prix locaux. Vie utile fixée par les auteurs sur la base des normes internationales	
Infrastructure du site administratif		
Quantités	Sources	Commentaires
Nombre de mètres carrés d'espace physique utilisé dans le programme des populations cibles	Mesuré au site d'intervention	
Prix	Sources	Commentaires
Coût par mètre carré en fonction du loyer d'un espace commercial équivalent. Coût annuel par mètre carré * nombre de mètres carrés	Estimations faites par les auteurs en fonction de l'information des experts immobiliers	

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

Coûts des véhicules		
Quantités	Sources	Commentaires
Coût annuel total * usage MARP en tant que proportion de l'usage total des ONG ÷ contacts de services MARP		
Prix	Sources	Commentaires
Coûts annuels de transport pour les ONG	Entretiens avec le personnel de programme	
Services publics		
Quantités	Sources	Commentaires
Coût annuel total * usage population cible en tant que proportion de l'usage total des ONG ÷ contacts de services pour les populations cibles		
Prix	Sources	Commentaires
Coûts annuels du site entier	Entretiens avec le personnel du programme	
Coûts des entretiens et des réparations		
Quantités	Sources	Commentaires
Coût annuel total * usage des populations cibles en tant que proportion de l'usage total du site ÷ contacts de services pour les populations cibles		
Prix	Sources	Commentaires
Coûts annuels site entier	Entretiens avec le personnel du programme	
Coûts indirects par contact de service pour le soutien général de programme		
Quantités	Sources	Commentaires
Total coûts de soutien pour le programme des populations cibles ÷ nombre total de contacts de services	FHI 360, PSI, Heartland Alliance, Geneva Global, PUMLS, PLS-PHV, PNPEC, DIPE, 2011. Calcul des auteurs	
Prix	Sources	Commentaires
Total coûts annuels de soutien aux populations cibles	FHI 360, PSI, Heartland Alliance, Geneva Global, PUMLS, PLS-PHV, PNPEC, DIPE, 2011.	

APPENDICE 2: RESULTATS DES ANALYSES DE SCENARII SUR LES COÛTS UNITAIRES

Tableau 2.1 : Populations Hautement Vulnérables (PHV)

Taux de prestation de services	Contacts / an	Répartition de services	
		Répartition actuelle	Paquet minimum
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services CCC à base communautaire par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	4 contacts	19,452	19,671
	6 contacts	29,179	29,507
	10 contacts	48,631	49,178
	12 contacts	58,357	59,014
Coût à 50% d'augmentation dans les services	4 contacts	13,569	13,788
	6 contacts	20,354	20,682
	10 contacts	33,923	34,470
	12 contacts	40,708	41,364
Coût à 100% d'augmentation dans les services	4 contacts	10,628	10,847
	6 contacts	15,942	16,270
	10 contacts	26,569	27,116
	12 contacts	31,883	32,540
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services CD à base communautaire par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	1 contact	7,130	7,522
	2 contacts	14,260	15,044
	4 contacts	28,519	30,088
	6 contacts	42,779	45,132
Coût à 50% d'augmentation dans les services	1 contact	5,389	5,671
	2 contacts	10,779	11,342
	4 contacts	21,558	22,684
	6 contacts	32,337	34,026
Coût à 100% d'augmentation dans les services	1 contact	4,519	4,745
	2 contacts	9,039	9,491
	4 contacts	18,077	18,982
	6 contacts	27,116	28,472

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

Taux de prestation de services	Contacts / an	Répartition de services	
		Répartition actuelle	Paquet minimum
Analyse des scénarii: Coût unitaire d'autres services à base communautaire par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	1 contact	10,114	11,964
	2 contacts	20,229	23,928
	4 contacts	40,458	47,856
	6 contacts	60,686	71,784
Coût à 50% d'augmentation dans les services	1 contact	7,060	8,232
	2 contacts	14,119	16,464
	4 contacts	28,238	32,928
	6 contacts	42,358	49,393
Coût à 100% d'augmentation dans les services	1 contact	5,532	6,366
	2 contacts	11,064	12,732
	4 contacts	22,129	25,464
	6 contacts	33,193	38,197
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services IST par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	1 contact	6,723	6,716
	2 contacts	13,445	13,433
	4 contacts	26,890	26,866
	6 contacts	40,335	40,299
Coût à 50% d'augmentation dans les services	1 contact	4,823	4,817
	2 contacts	9,645	9,633
	4 contacts	19,291	19,266
	6 contacts	28,936	28,899
Coût à 100% d'augmentation dans les services	1 contact	3,873	3,867
	2 contacts	7,745	7,733
	4 contacts	15,491	15,467
	6 contacts	23,236	23,200
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services communautaires pour PVVIH par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	4 contacts	31,646	33,446
	6 contacts	47,469	50,169

Appendice 2: Resultats des Analyses de Scenarii sur les Coûts Unitaires

Taux de prestation de services	Contacts / an	Répartition de services	
		Répartition actuelle	Paquet minimum
	10 contacts	79,115	83,614
	12 contacts	94,938	100,337
Coût à 50% d'augmentation dans les services	4 contacts	25,917	27,719
	6 contacts	38,876	41,579
	10 contacts	64,793	69,298
	12 contacts	77,752	83,157
Coût à 100% d'augmentation dans les services	4 contacts	23,053	24,856
	6 contacts	34,579	37,284
	10 contacts	57,632	62,140
	12 contacts	69,159	74,567

Tableau 2.2 : PSF

Taux de prestation de services	Contacts / an	Répartition de services	
		Répartition actuelle	Paquet minimum
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services CCC à base communautaire par an, désagregés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	4 contacts	19,381	19,601
	6 contacts	29,072	29,401
	10 contacts	48,453	49,001
	12 contacts	58,143	58,802
Coût à 50% d'augmentation dans les services	4 contacts	13,594	13,814
	6 contacts	20,392	20,721
	10 contacts	33,986	34,535
	12 contacts	40,783	41,442
Coût à 100% d'augmentation dans les services	4 contacts	10,701	10,921
	6 contacts	16,052	16,381
	10 contacts	26,753	27,302
	12 contacts	32,104	32,762
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services CD par an, désagregés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	1 contact	7,176	7,503
	2 contacts	14,352	15,006

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

Taux de prestation de services	Contacts / an	Répartition de services	
		Répartition actuelle	Paquet minimum
	4 contacts	28,704	30,013
	6 contacts	43,056	45,019
Coût à 50% d'augmentation dans les services	1 contact	5,420	5,655
	2 contacts	10,840	11,311
	4 contacts	21,679	22,622
	6 contacts	32,519	33,932
Coût à 100% d'augmentation dans les services	1 contact	4,542	4,732
	2 contacts	9,084	9,463
	4 contacts	18,167	18,926
	6 contacts	27,251	28,389
Analyse des scénarii: Coût unitaire d'autres services communautaires par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	1 contact	9,830	11,727
	2 contacts	19,661	23,455
	4 contacts	39,322	46,910
	6 contacts	58,982	70,365
Coût à 50% d'augmentation dans les services	1 contact	6,872	8,076
	2 contacts	13,743	16,151
	4 contacts	27,486	32,302
	6 contacts	41,230	48,453
Coût à 100% d'augmentation dans les services	1 contact	5,392	6,250
	2 contacts	10,784	12,499
	4 contacts	21,569	24,998
	6 contacts	32,353	37,498
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services IST par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	1 contact	6,891	6,706
	2 contacts	13,781	13,412
	4 contacts	27,563	26,825
	6 contacts	41,344	40,237
Coût à 50% d'augmentation dans les services	1 contact	4,991	4,807
	2 contacts	9,982	9,613

Appendice 2: Resultats des Analyses de Scenarii sur les Coûts Unitaires

Taux de prestation de services	Contacts / an	Répartition de services	
		Répartition actuelle	Paquet minimum
	4 contacts	19,965	19,227
	6 contacts	29,947	28,840
Coût à 100% d'augmentation dans les services Coût à 100% d'augmentation dans les services	1 contact	4,041	3,857
	2 contacts	8,083	7,714
	4 contacts	16,166	15,428
	6 contacts	24,248	23,142
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services communautaires pour PVVHI par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	4 contacts	32,920	33,352
	6 contacts	49,380	50,028
	10 contacts	82,300	83,379
	12 contacts	98,759	100,055
Coût à 50% d'augmentation dans les services	4 contacts	27,222	27,657
	6 contacts	40,833	41,485
	10 contacts	68,056	69,142
	12 contacts	81,667	82,971
Coût à 100% d'augmentation dans les services	4 contacts	24,374	24,809
	6 contacts	36,560	37,214
	10 contacts	60,934	62,024
	12 contacts	73,121	74,428

Tableau 2.3 : HSH

Taux de prestation de services	Contacts / an	Répartition de services	
		Répartition actuelle	Paquet minimum
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services CCC à base communautaire par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	4 contacts	22,855	23,326
	6 contacts	34,283	34,989
	10 contacts	57,138	58,316
	12 contacts	68,566	69,979
Coût à 50% d'augmentation dans les services	4 contacts	15,824	16,295
	6 contacts	23,737	24,443

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

Taux de prestation de services	Contacts / an	Répartition de services	
		Répartition actuelle	Paquet minimum
	10 contacts	39,561	40,739
	12 contacts	47,473	48,886
Coût à 100% d'augmentation dans les services	4 contacts	12,309	12,780
	6 contacts	18,464	19,170
	10 contacts	30,773	31,950
	12 contacts	31,883	38,340
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services DC par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	1 contact	7,540	9,336
	2 contacts	15,080	18,672
	4 contacts	30,160	37,343
	6 contacts	45,240	56,015
Coût à 50% d'augmentation dans les services	1 contact	5,779	6,962
	2 contacts	11,559	13,924
	4 contacts	23,117	27,848
	6 contacts	34,676	41,772
Coût à 100% d'augmentation dans les services	1 contact	4,899	5,775
	2 contacts	9,798	11,550
	4 contacts	19,596	23,101
	6 contacts	29,393	34,651
Analyse des scénarii: Coût unitaire d'autres services communautaires par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	1 contact	13,182	14,600
	2 contacts	26,364	29,201
	4 contacts	52,728	58,402
	6 contacts	79,092	87,603
Coût à 50% d'augmentation dans les services	1 contact	9,103	9,988
	2 contacts	18,206	19,976
	4 contacts	36,412	39,951
	6 contacts	54,618	59,927
Coût à 100% d'augmentation dans les services	1 contact	7,063	7,681
	2 contacts	14,127	15,363

Appendice 2: Resultats des Analyses de Scenarii sur les Coûts Unitaires

Taux de prestation de services	Contacts / an	Répartition de services	
		Répartition actuelle	Paquet minimum
	4 contacts	28,254	30,726
	6 contacts	42,381	46,088
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services IST par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	1 contact	7,280	7,302
	2 contacts	14,561	14,604
	4 contacts	29,121	29,208
	6 contacts	43,682	43,811
Coût à 50% d'augmentation dans les services	1 contact	5,190	5,212
	2 contacts	10,380	10,423
	4 contacts	20,760	20,846
	6 contacts	31,140	31,270
Coût à 100% d'augmentation dans les services	1 contact	4,145	4,166
	2 contacts	8,290	8,333
	4 contacts	16,579	16,666
	6 contacts	24,869	24,999
Analyse des scénarii: Coût unitaire des services communautaires pour les PVVIH par an, désagrégés par scénarii de mise à échelle des services, nombre de contacts par an et par client, et différentes répartitions des types de services utilisés.			
Coût du taux actuel de prestation	4 contacts	24,384	30,697
	6 contacts	36,576	46,046
	10 contacts	60,960	76,743
	12 contacts	73,152	92,091
Coût à 50% d'augmentation dans les services	4 contacts	17,684	23,977
	6 contacts	26,526	35,965
	10 contacts	44,211	59,942
	12 contacts	53,053	71,931
Coût à 100% d'augmentation dans les services	4 contacts	14,334	20,617
	6 contacts	21,502	30,925
	10 contacts	35,836	51,542
	12 contacts	43,003	61,850

APPENDICE 3: COÛT UNITAIRE DETAILLE POUR LES PSF ET LES HSH

Coûts unitaires des services VIH ciblant les professionnelles du sexe (PSF)

Coût unitaire pondéré par contact de service

L'indicateur recherché ici est le coût moyen pour atteindre une professionnelle du sexe. Le service est dispensé, une fois, et pondéré par le nombre de clientes desservies sur chaque site. L'application de la moyenne pondérée a dégagé les coûts par service allant de 4 840 F CFA pour un contact lors d'une séance de sensibilisation/éducation du VIH et à 8 589 F CFA pour une visite pré-TARV de six mois. Les coûts unitaires par contact de service pour chaque service sont indiqués sur le **Tableau 3.1**.

Tableau 3.1. Coûts unitaires pondérés et non pondérés, par service et par critère d'étude

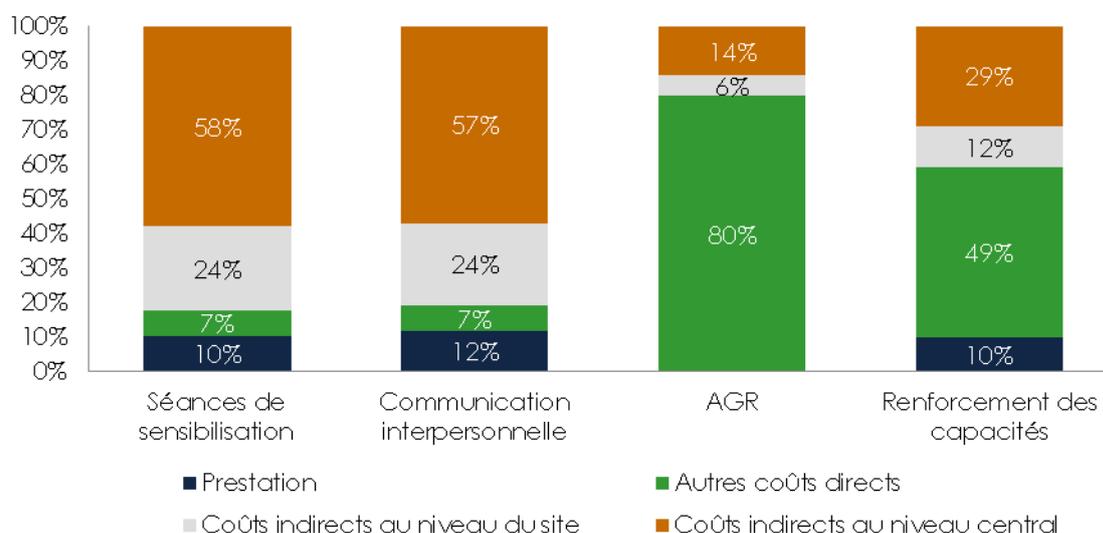
Service	Coût Unitaire (F CFA)	
	Pondéré	Non pondéré
Services fournis aux professionnelles du sexe		
COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT		
Sensibilisation de masse	4,840	5,717
Communication interpersonnelle	4,920	5,846
Conseil et Dépistage VIH		
DC mobile	8,589	11,246
DC fixe	6,417	7,254
Diagnostic et Traitement des IST		
Diagnostic syndromique des IST	6,353	9,073
Diagnostic étiologique des IST	6,659	9,803
Traitement syndromique des IST	7,016	9,637
Traitement étiologique des IST	6,883	9,570
Services fournis aux professionnelles du sexe vivant avec le VIH		
Services de Soins et Traitement		
Services pré-TARV	28,343	27,774
Services TARV	20,664	19,376
Services à Base Communautaire pour les PVVIH		
Soutien psychosocial	5,007	5,882
Soutien spirituel	5,017	5,939
Visite à domicile	6,462	7,796
Groupes de soutien	9,493	10,045

Service	Coût Unitaire (F CFA)	
	Pondéré	Non pondéré
Soutien nutritionnel	14,461	16,028
Activités génératrices de revenus	19,761	20,683
Interventions de renforcement des capacités	19,719	10,477

La Répartition des coûts unitaires

La répartition des coûts unitaires pour un contact de service à base communautaire offert aux populations cibles est présentée dans la **Figure 3.1**. Les coûts indirects représentent la composante de coût la plus importante pour les services de communication pour le changement de comportement (CCC), allant de 81% à 82% des coûts. A l'instar des services généraux pour les populations cibles, la plupart des services CCC sont fournis par les éducateurs de pairs ou autres agents communautaires qui reçoivent des primes de motivation et non pas un salaire fixe. En outre, les séances de CCC reposent sur les animations de groupe et les communications interpersonnelles. Elles ne demandent donc ni équipement ni intrants coûteux, comparé à d'autres services. Les coûts de la prestation de services sont relativement plus élevés que d'autres coûts directs, car ce sont les éducateurs de pairs qui distribuent les intrants de prévention comme les préservatifs masculins et féminins ainsi que les lubrifiants lors des séances de CCC.

Figure 3.1 : Répartition des coûts de services à base communautaire pour les professionnelles du sexe



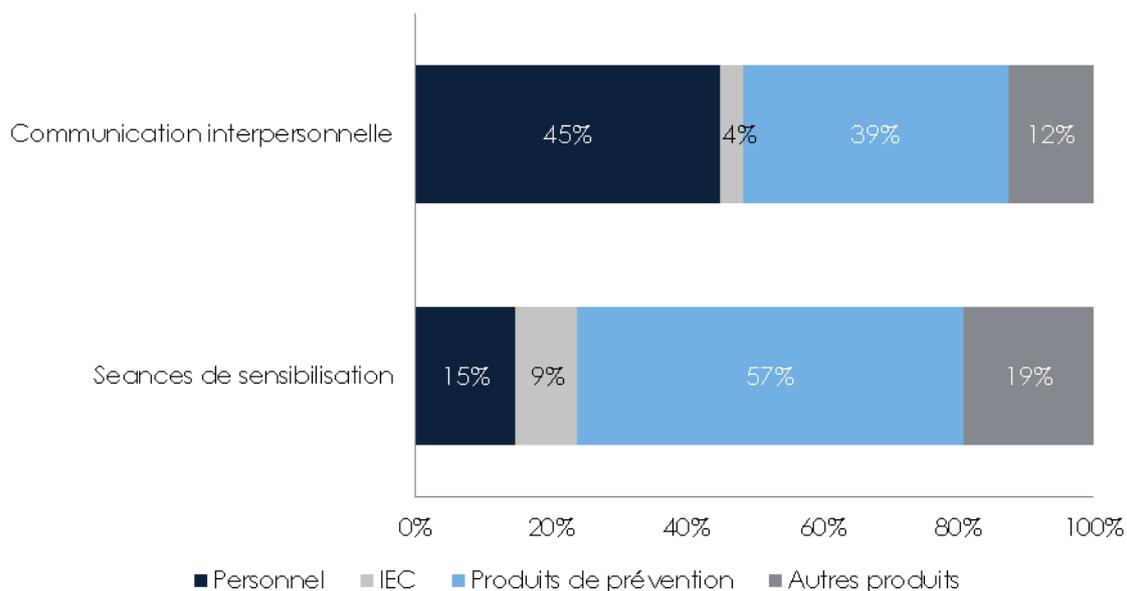
Les activités génératrices de revenus (AGR) réalisées sur les sites de cette étude occasionnent des coûts importants une fois par an pour le matériel, l'équipement ou encore les dépenses de démarrage nécessaires pour lancer des activités mobilisatrices de revenus dans la communauté. Les services de renforcement des capacités varient par site. Certains sites mentionnent la distribution annuelle des kits d'hygiène ou autres fournitures aidant les membres des populations cibles dans leurs besoins de soutien fondamental.

La **Figure 3.2** ci-dessous présente la répartition des coûts de prestation au sein des coûts directs pour les deux principales interventions de CCC. Les produits de prévention, y compris les préservatifs masculins et féminins ainsi que les lubrifiants, comptent pour les coûts les plus élevés, de l'ordre de

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

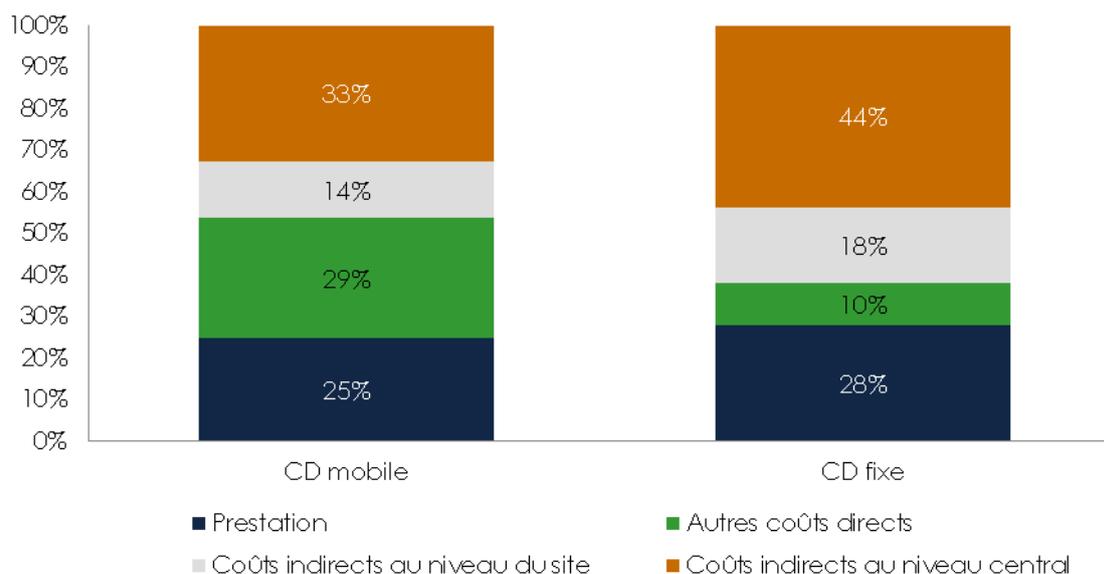
39 à 57% de tous les coûts. La distribution de préservatifs et de lubrifiants variait entre les sites, allant de zéro à quatre ou plus par client. Le temps du personnel représente également une composante importante des coûts. En effet, le coût du temps du personnel pour la communication face à face est nettement plus élevé que les coûts analogues pour des événements de sensibilisation de masse dans un contexte communautaire.

Figure 3.2 : Répartition des coûts directs des interventions CCC pour les professionnelles du sexe



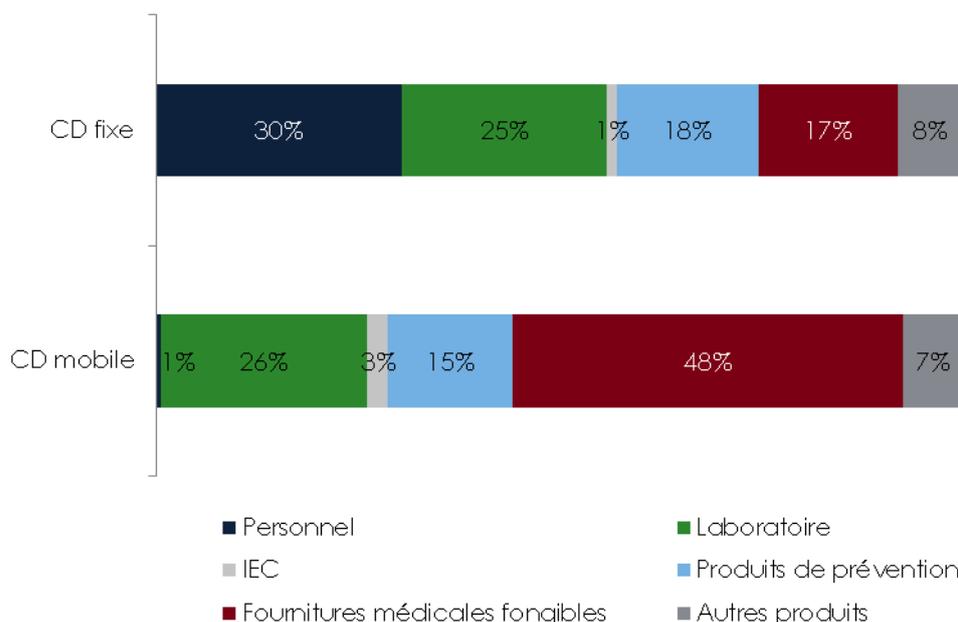
La distribution des coûts unitaires est présentée sur la **Figure 3.3**. Les coûts indirects sont les coûts les plus importants, représentant entre 47% et 62% du total des coûts. Ces coûts indirects sont les coûts des structures et de l'entretien dans les établissements fixes ainsi que les coûts des véhicules et des transports pour les services mobiles. Les coûts indirects au niveau central représentent la composante de coût la plus élevée, regroupant les dépenses liées à la supervision et à l'assurance de qualité, les achats au niveau central et la coordination en général. Le coût de la prestation de services était nettement plus élevé que les autres coûts directs, surtout en raison du prix élevé des tests de laboratoire et confirmation du VIH, sur la base par client et de l'utilisation relativement faible d'autres équipements pour les services CD.

Figure 3.3 : Répartition des coûts des services CD fournis aux professionnelles du sexe



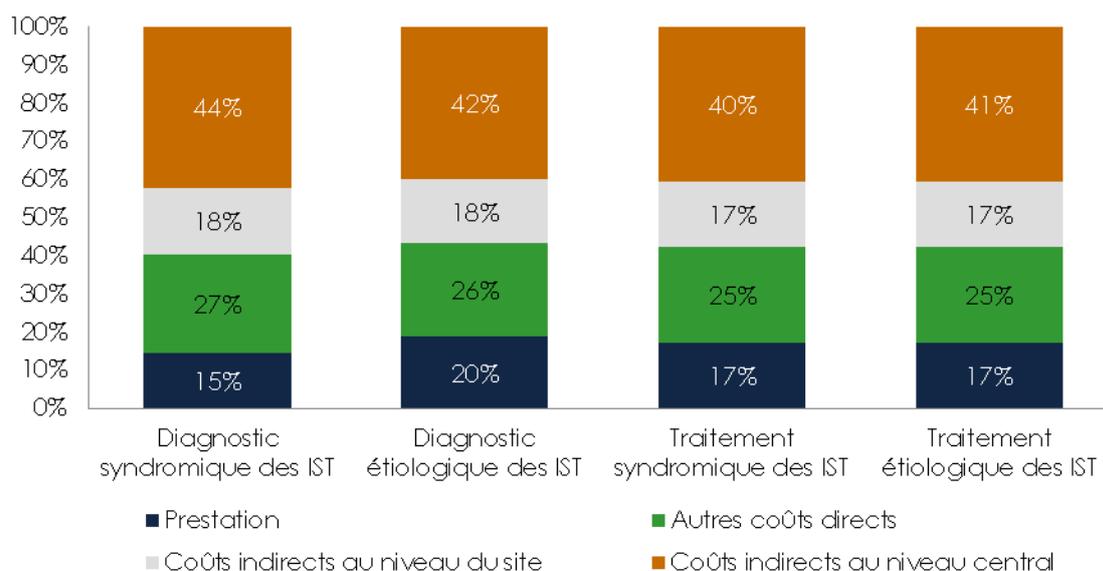
La distribution des coûts des services CD est présentée sur la **Figure 3.4**. L'analyse note d'amples variations dans le coût unitaire de la prestation de services CD dans les deux différentes catégories de service, bien que les coûts des tests en laboratoire pour le VIH représentent environ 25% de tous les coûts de prestation pour les deux services. Les fournitures médicales représentaient le coût le plus important des services CD mobiles de l'ordre de plus de 50% de tous les coûts de la prestation. Généralement, les sites ont indiqué l'utilisation de fournitures médicales fongibles pour les services mobiles CD, et non le matériel qui est stérilisé et réutilisé. Etant donné que les services mobiles CD sont généralement fournis par des agents d'extension communautaire ou autre personnel recevant des incitations et non pas un salaire fixe, il est normal que les dépenses liées au personnel soient très faibles si on compare aux services CD dans les centres fixes employant des réceptionnistes, des conseillers, des bio-techniciens ainsi qu'un personnel infirmier dispensant les services CD.

Figure 3.4 : Répartition des coûts de la prestation des services CD fournis aux professionnelles du sexe



La **Figure 3.5** présente la distribution des coûts des services de diagnostic et de traitement des IST. Les coûts indirects étaient la catégorie de coût la plus élevée de tous les services des IST, représentant 57 à 62% de tous les coûts. Certains coûts des IST sont liés à l'infrastructure physique et aux coûts de fonctionnement des établissements et des points de services bien que les coûts au niveau central soient les plus élevés, de l'ordre de 40 et 44% de tous les coûts. Comme pour les services de CD, les coûts indirects comprennent la supervision, les activités d'assurance de qualité pour les services des IST, l'achat des tests de diagnostic et des traitements des IST ainsi que la coordination générale des services des IST. Une ventilation des coûts indirects est donnée ci-après.

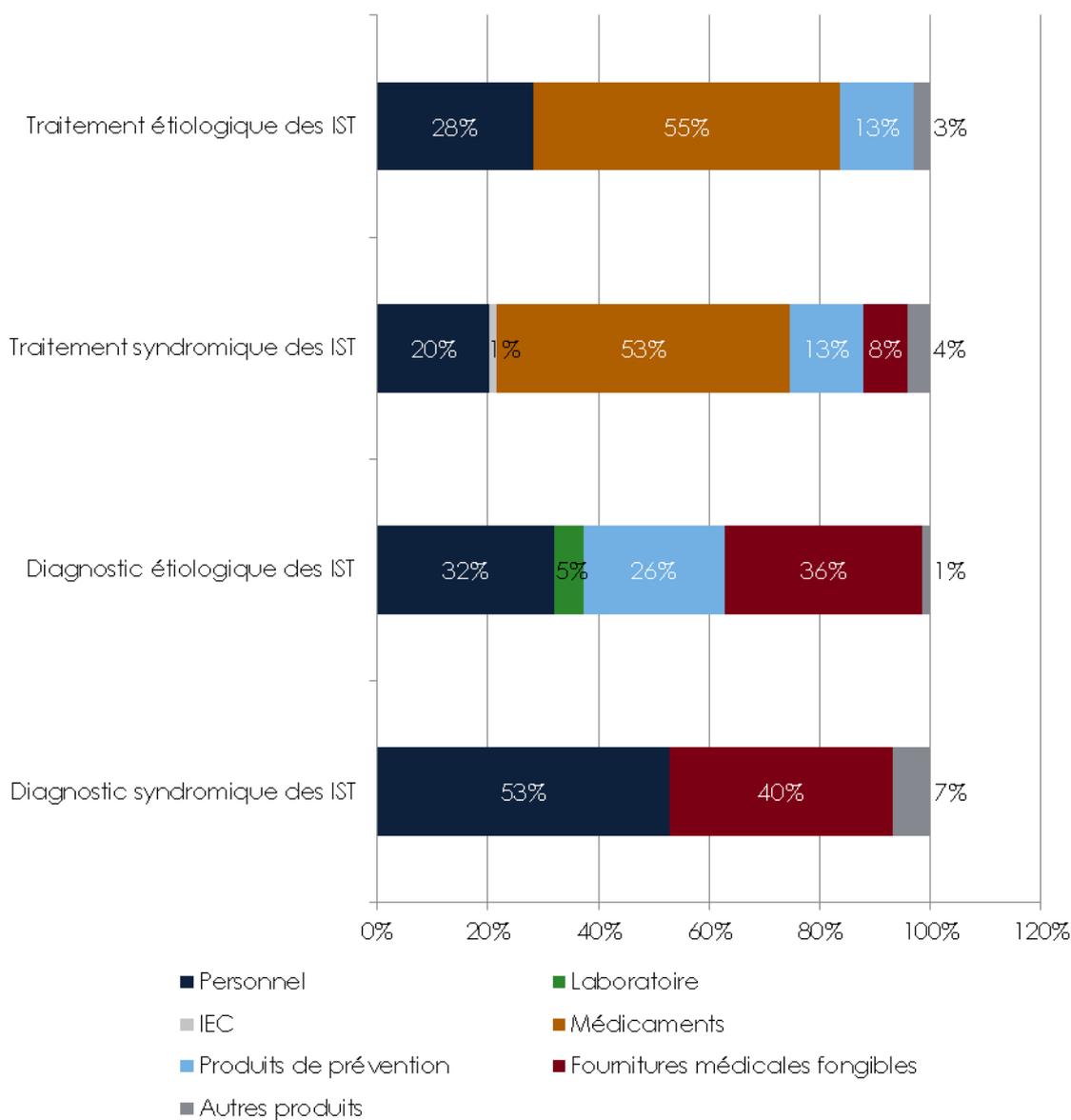
Figure 3.5 : Répartition des coûts des services IST fournis aux professionnelles du sexe



La **Figure 3.6** ci-après affiche la distribution des coûts de la prestation de services pour le diagnostic et le traitement des IST. Dans l'ensemble, c'est le temps du personnel qui représente la catégorie de

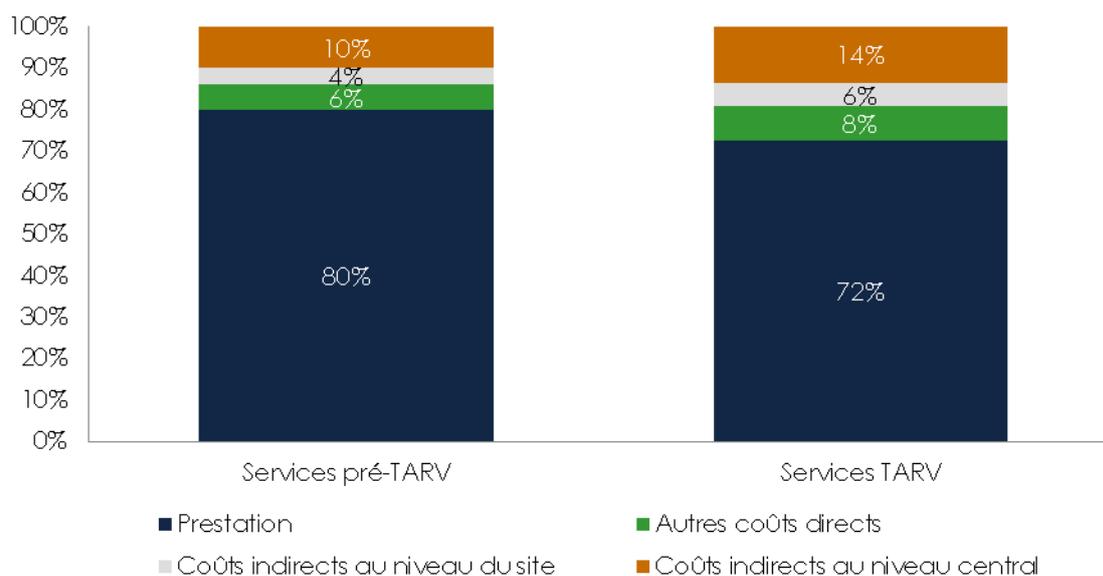
coût la plus élevée, de l'ordre de 20 à 53% de tous les coûts dans les différents services des IST. Les fournitures médicales fongibles sont le volet de coût le plus important pour les services de diagnostic alors que les coûts des médicaments représentent plus de 50% des coûts des services de traitement.

Figure 3.6 : Répartition des coûts de la prestation des services IST fournis aux professionnelles du sexe



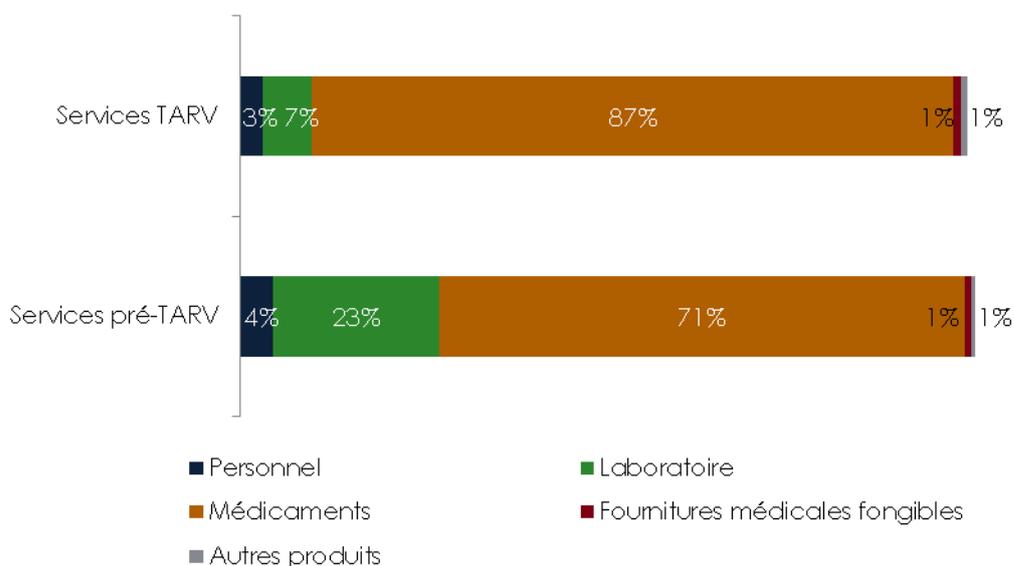
La Figure 3.7 présente la distribution des coûts pour les services de soins et soutien du VIH aux professionnelles du sexe qui sont séropositives. Les coûts de la prestation de services représentent la catégorie de coûts la plus élevée, de l'ordre de 72 à 80% de tous les coûts.

Figure 3.7 : Répartition des coûts pour les services de soins et soutien VIH fournis aux professionnelles du sexe



La **Figure 3.8** ci-après présente la distribution des coûts de la prestation de soins et de soutien au VIH. Les coûts des médicaments, pré-TARV, comprend un approvisionnement de six mois de prophylaxie de cotrimoxazole pour tous les clients, et les services du TARV incluent le coût mensuel des médicaments ARV et des médicaments pour la prévention et le traitement des infections opportunistes.

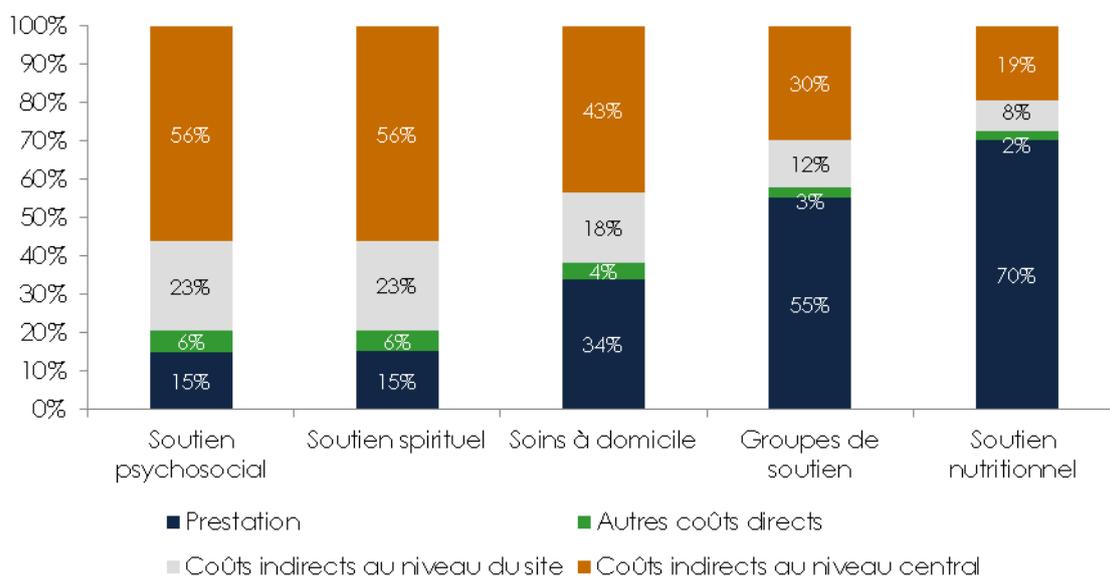
Figure 3.8 : Répartition des coûts de la prestation des services de soins et soutien VIH fournis aux professionnelles du sexe



La **Figure 3.9** ci-après présente la distribution des coûts unitaires pour les principaux services à base communautaire aux professionnelles du sexe qui sont séropositives. À l'exemple d'autres services à base communautaire décrits ci-dessus, les coûts indirects représentent la catégorie de coûts la plus élevée pour le soutien et les soins à domicile, de l'ordre de 61 à 79% de tous les coûts, car ces services sont dispensés généralement par des éducateurs pairs ou des agents d'extension communautaire. Il

existe de très nettes variations dans le coût des services de soutien nutritionnel et des groupes d'aide apportés aux clients séropositifs selon les sites de l'étude, bon nombre d'entre eux fournissant des kits de nutrition et / ou d'hygiène aux clients lors des services de routine.

Figure 3.9 : Répartition des coûts unitaires pour les services à base communautaire pour les PVVIH professionnelles du sexe



Analyse de sensibilité sur les coûts unitaires

Nous avons réalisé des analyses de sensibilité sur les estimations des coûts unitaires pour chaque contact de service afin de déterminer comment les changements de services au fil du temps peuvent influencer les coûts dans le cadre de deux scénarii de mise à échelle du programme:

- **Augmentation de 50%** dans les contacts de service dans les 12 prochains mois
- **Augmentation de 100%** dans les contacts de service dans les 12 prochains mois

Les **Figures 3.10 et 3.11** présentent des projections montrant dans quelle mesure les coûts unitaires par contact de service changeront, selon les estimations, dans les deux scénarii de mise à échelle présentés ci-dessus. Le coût unitaire par contact de service pour la plupart des services à base communautaire devrait diminuer de 38% à 50% dans les scénarii où la prestation de services double l'année prochaine. La diminution du coût unitaire par contact de services à base communautaire est davantage prononcée que pour les services cliniques fixes à cause du ratio élevé entre les coûts directs et les coûts indirects des contacts à base communautaires comparés aux services cliniques.

Figure 3.10 : Coûts unitaires des services PSF dans différents scénarii de mise à échelle

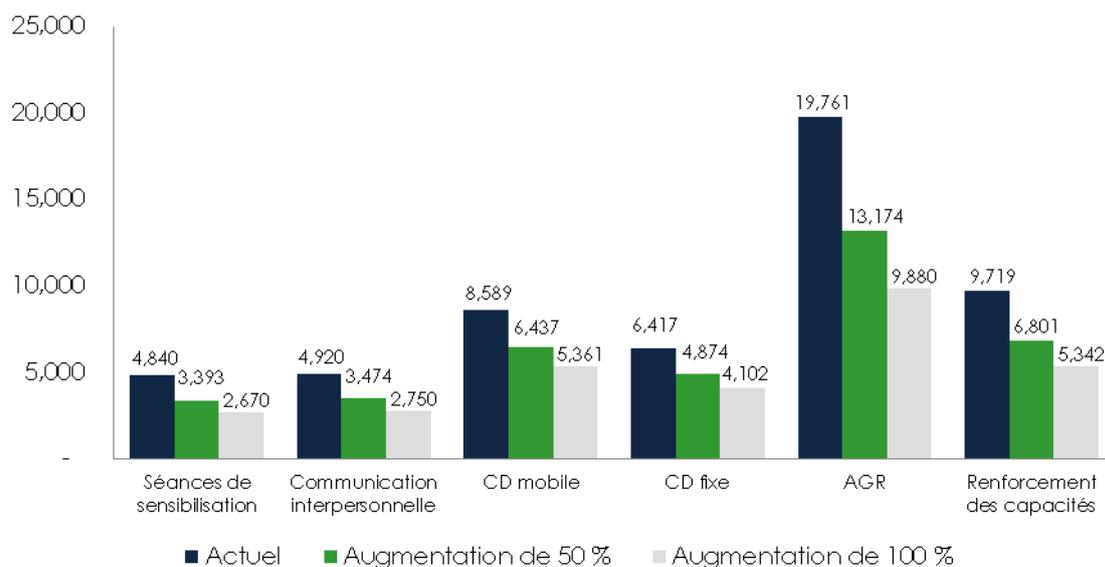
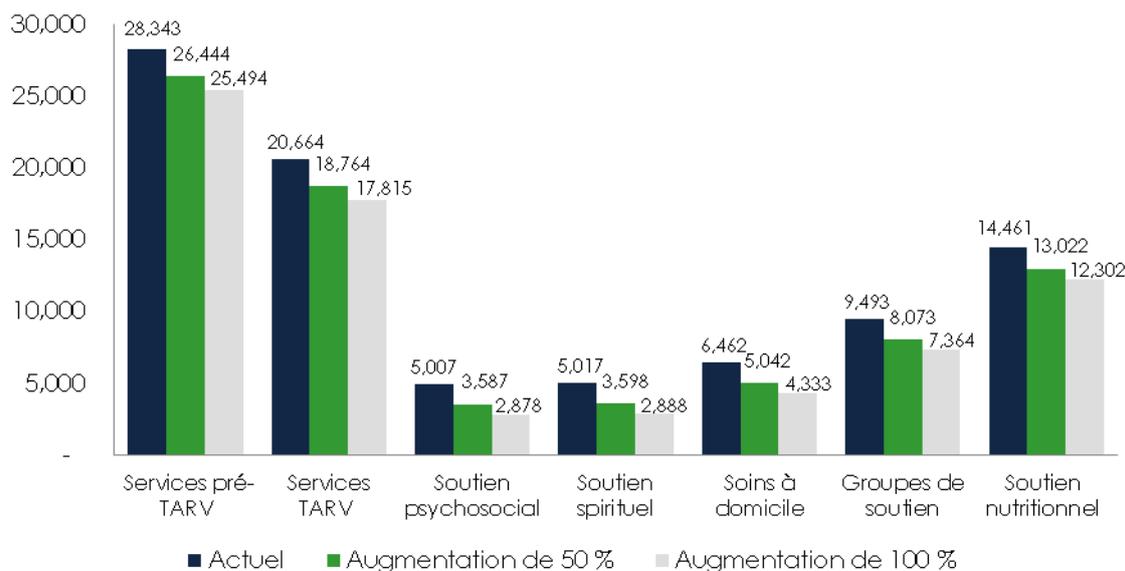


Figure 3.11 : Coûts unitaires des services PVVIH dans différents scénarii de mise à échelle



Coût unitaire moyen pondéré

Tous les services ne sont pas utilisés en distribution égale par les PSF. Pour pouvoir analyser le coût moyen de la prestation d'un service, nous avons pondéré les coûts unitaires par contact de service en fonction de l'utilisation actuelle des services. Le **Tableau 3.2** ci-après présente le nombre de contacts de service et la proportion relative de tous les services fournis en fonction des données collectées sur les sites d'intervention de cette étude. Il est important de faire la distinction entre personnes atteintes et contacts de service. Si les données collectées dans cette étude portent sur 98 950 contacts de service, cela ne veut pas dire qu'on a atteint 98 950 professionnelles du sexe car une cliente peut recevoir de nombreux services.

Correspondant à ces proportions, le coût unitaire pondéré pour un service moyen est estimé à 8 828 F CFA pour un service général fourni à une professionnelle du sexe. Aussi, le programme national dépense-t-il actuellement environ 8 800 F CFA pour fournir un service, une fois, à une professionnelle

du sexe. C'est un calcul utile pour estimer les coûts de la prestation du paquet complet des services à un certain nombre de clients sur la période d'une année, comme on le voit dans la section suivante sur la projection des coûts selon la portée du programme.

Tableau 3.2. Taux d'utilisation actuelle des services pour les professionnelles du sexe

Service	Nombre total de personnes utilisant le service	% utilisant les services par type de service	% utilisant les services par tous les services
Services fournis aux professionnelles du sexe			
Sensibilisation	75,665	93%	76%
Communication interpersonnelle	5,422	7%	5%
TOTAL	81,087		
CD mobile	1,948	35%	2%
CD fixe	3,628	65%	4%
TOTAL	5,576		
Activités de mobilisation de revenus	7	1%	<1%
Activités de renforcement des capacités	625	99%	1%
TOTAL	632		
Diagnostic syndromique des IST	272	7%	<1%
Diagnostic étiologique des IST	622	16%	1%
Traitement syndromique des IST	2,358	61%	2%
Traitement étiologique des IST	622	16%	1%
TOTAL	3,874		
Services fournis aux professionnelles du sexe vivant avec le VIH			
Services pré-TARV	423	22%	<1%
Services TARV	1,525	78%	2%
TOTAL	1,948		
Soutien psychosocial	2,358	40%	2%
Soutien spirituel	323	6%	<1%
Soins à domicile	989	17%	1%
Groupes de soutien	622	11%	1%
Soutien nutritionnel	1,541	26%	2%
Sous – total	5,833		
TOTAL	98,950		

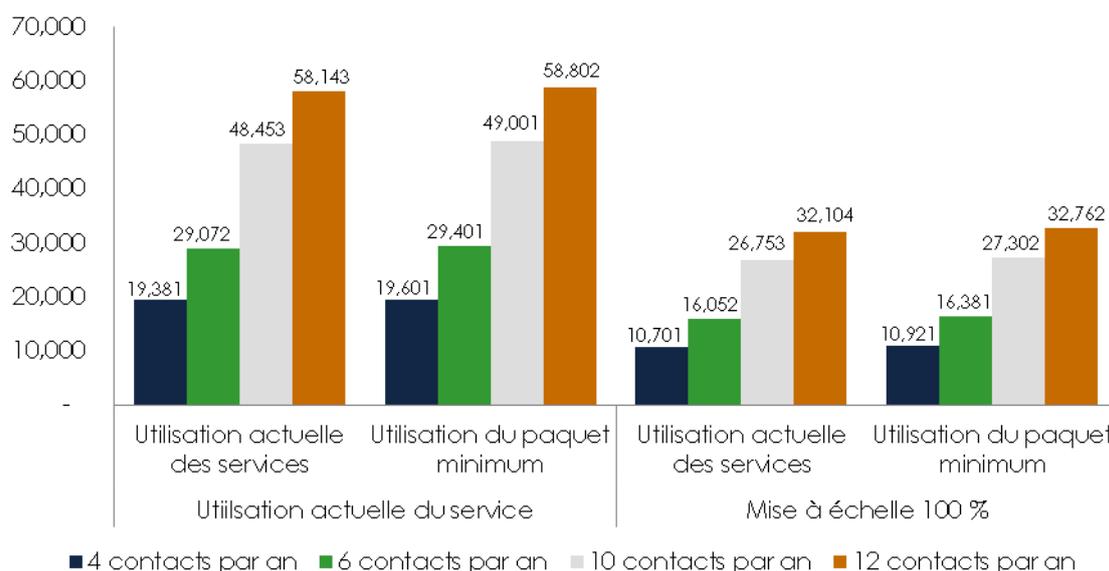
Analyse des scénarii : Coût unitaire de la portée du programme

Afin de projeter les coûts unitaires pondérés pour atteindre un membre des populations cibles et lui fournir un paquet de services pendant une année, nous avons mis au point des scénarii en fonction de trois dimensions : (a) changement d'échelle des services au fil du temps, (b) changements de proportions des services utilisés – au niveau actuel d'utilisation et dans le scénario de l'utilisation du

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

paquet minimum, et (c) changements du nombre de contacts par an. Comme le présente la **Figure 3.12** ci-après, le coût annuel projeté de la prestation des services CCC à une professionnelle du sexe est sensible aux changements dans toutes les trois dimensions décrites ci-dessus.

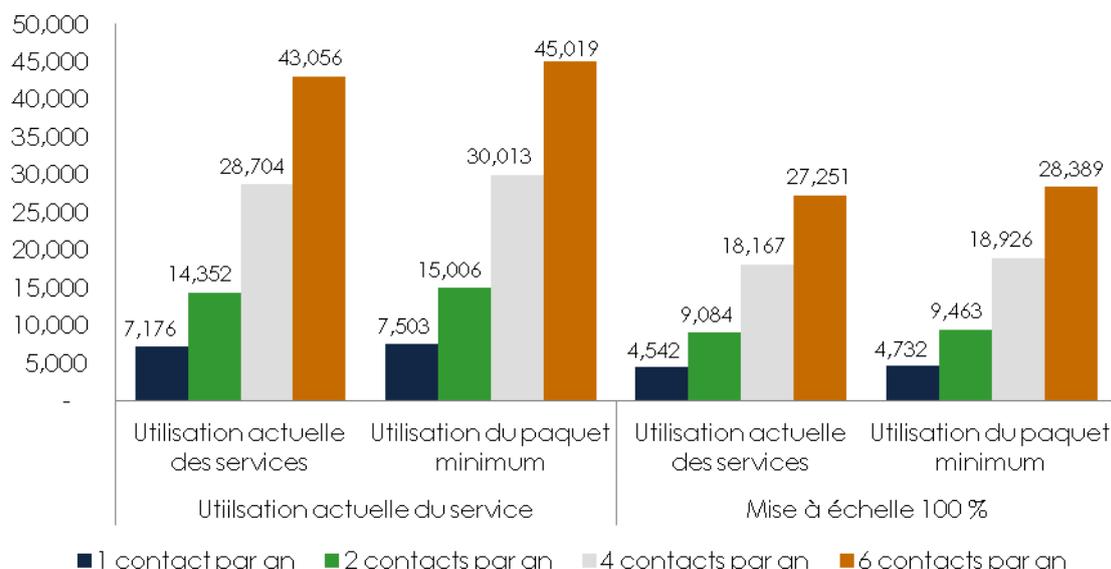
Figure 3.12 : Coût annuel projeté de la prestation des services CCC à une professionnelle du sexe par scénario



Il est normal que les projections soient plus sensibles aux changements dans le nombre de contacts, car c'est simplement une augmentation linéaire de la fonction du nombre total de contacts (tripler le nombre de contacts par an dans la définition de la portée du programme va tripler le coût pour atteindre une cliente dans une année). Si nous voyons comment les changements dans l'utilisation des services affectent les coûts unitaires, en fonction d'une définition d'un total de six contacts par an et par cliente, les changements dans les proportions des services de sensibilisation par rapport aux communications interpersonnelles ne semblent pas impacter de manière importante les coûts unitaires, avec une différence estimée d'environ 300 F CFA. Par ailleurs, les coûts sont réduits de 45% dans le cadre du scénario où la prestation de services double dans les 12 mois à venir.

La **Figure 3.13** ci-après projette les coûts annuels de la prestation des services CD dans le cadre de divers scénarii. À l'exemple des services de CCC, les estimations sont sensibles à toutes les dimensions, où les coûts augmentent naturellement lorsqu'augmente le nombre de contact et les coûts diminuent quand la prestation de services s'élargit et quand les coûts indirects sont distribués sur un plus grand nombre de contacts annuels de services. Dans le scénario du paquet minimum où les services CD mobiles et fixes sont utilisés en proportion égale, les coûts augmentent légèrement.

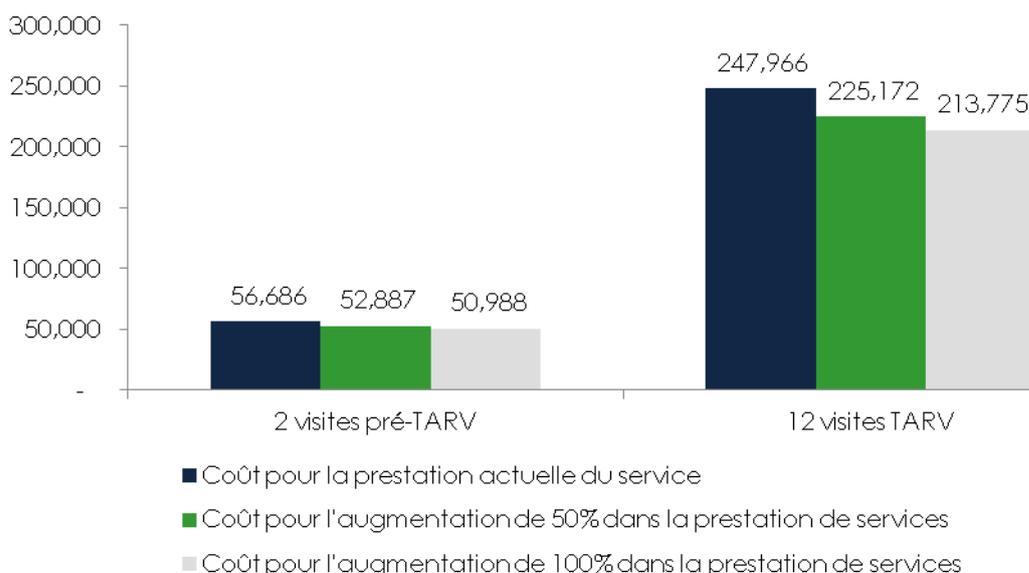
Figure 3.13 : Coût annuel projeté des services CD par scénario



La Figure 3.14 ci-après projette les coûts annuels de la prestation des services de soins et de traitement du VIH par scénario. Vu que les services de soins et traitement du VIH sont plus routiniers que les autres services, aucun changement n'a été calculé dans les proportions de l'utilisation des services.

Toutes les estimations se basent sur 2 visites pré-TARV et 12 visites TARV. Les coûts annuels de la prestation d'un paquet complet de services devraient diminuer d'environ 11% pour les services pré-TARV et environ 14% pour les services TARV, car les coûts indirects sont une composante plus petite des coûts pour ces services.

Figure 3.14 : Coûts annuels projetés des services de soin et de soutien VIH aux professionnelles du sexe par scénario

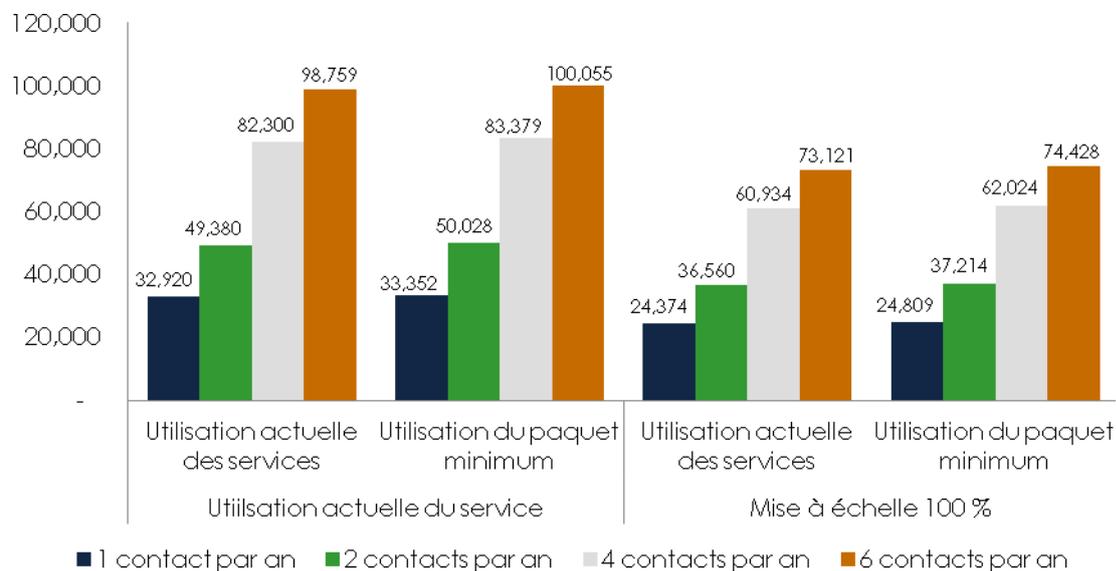


La Figure 3.15 présente les coûts projetés des services à base communautaire pour les professionnelles du sexe vivant avec le VIH. A l'exemple des services à base communautaire présentés ci-dessus, les coûts unitaires devraient diminuer de 25% avec l'expansion de services. Les

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

changements dans les coûts sont relativement moins sensibles en fonction des proportions de l'utilisation actuelle de services et des proportions basées sur un paquet minimum d'activités.

Figure 3.15 : Coût annuel projeté de la prestation des services à base communautaire à un membre des professionnelles du sexe séropositives par scénario



Coûts unitaires des services VIH ciblant les HSH

Coût unitaire pondéré par contact de service

L'indicateur le plus direct des coûts nationaux était le coût moyen pour atteindre un HSH et lui fournir un service, une fois, parmi les sites d'intervention compris dans cette étude, pondéré par le nombre de clients desservis à chaque site. L'application de la moyenne pondérée a dégagé les coûts par service allant de 5 683 F CFA pour un contact de sensibilisation / éducation du VIH à 11 246 F CFA pour une visite mobile CD. Pour les groupes vivant avec le VIH, les coûts unitaires pondérés allaient de 5 560 F CFA pour un contact de soutien psychologique à 29 657 F CFA pour une visite pré-TARV de six mois. Les coûts unitaires par contact de service pour chaque service sont indiqués dans le **Tableau 3.3**.

Tableau 3.3. Coûts unitaires pondérés et non pondérés, par service et par critère de l'étude

Service	Coût unitaire (F CFA)	
	Pondérés	Non-pondérés
Services offerts aux HSH		
Communication pour le Changement de Comportement		
Évènement de sensibilisation de masse	5,683	7,277
Communication interpersonnelle	5,881	7,486
Dépistage et conseil du VIH		
CD mobile	11,246	36,488
CD fixe	7,426	8,888
Diagnostic et traitement des IST		
Diagnostic des IST	6,925	14,312
Diagnostic étiologique des IST	7,126	14,528
Traitement syndromique des IST	7,766	15,058
Traitement étiologique des ISTI	7,219	14,388
Services fournis aux HSH vivant avec le VIH		
Services de soins et de traitement		
Services pré-TARV	29,657	33,420
Services TARV	20,086	23,845
Services à base communautaire pour les PVVIH		
Soutien psychosocial	5,560	6,713
Soutien spirituel	6,812	8,091
Soins à domicile	6,138	7,224
Groupes de soutien	5,395	6,675
Soutien nutritionnel	13,442	22,459
Activités de mobilisation de revenus	20,523	21,803
Interventions de renforcement des capacités	13,120	37,470

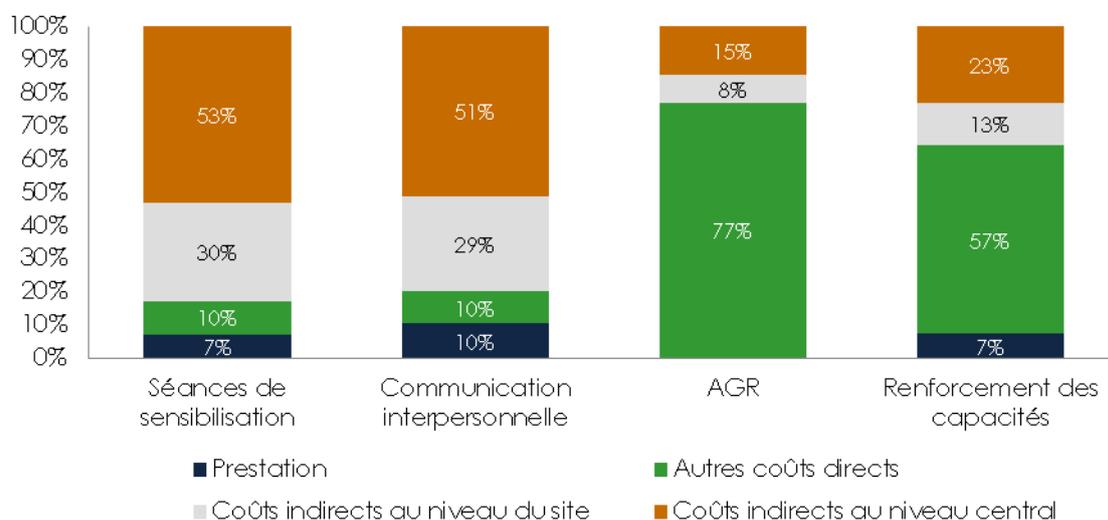
Distribution des coûts unitaires

La distribution des coûts unitaires pour un contact de service pour les différents services à base communautaire fournis aux HSH est présentée dans la **Figure 3.16**. Les coûts indirects représentent la composante de coût la plus importante pour les services de communication pour le changement de comportement (CCC), de l'ordre de 80% à 83% des coûts. A l'exemple des services généraux pour les populations cibles, la plupart des services CCC sont fournis par les éducateurs pairs ou autres agents de l'extension communautaire qui reçoivent des incitations minimales et non pas un salaire fixe. De plus, les événements CCC ciblent un dialogue communautaire ou individuel et ne demandent donc ni d'équipement ni de produits chers, comparés à d'autres interventions de lutte contre le VIH. Les coûts de la prestation de services sont relativement plus élevés que d'autres coûts directs, car ce sont les

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

éducateurs pairs qui distribuent des produits de prévention comme les préservatifs masculins et féminins ainsi que les lubrifiants lors des événements de CCC.

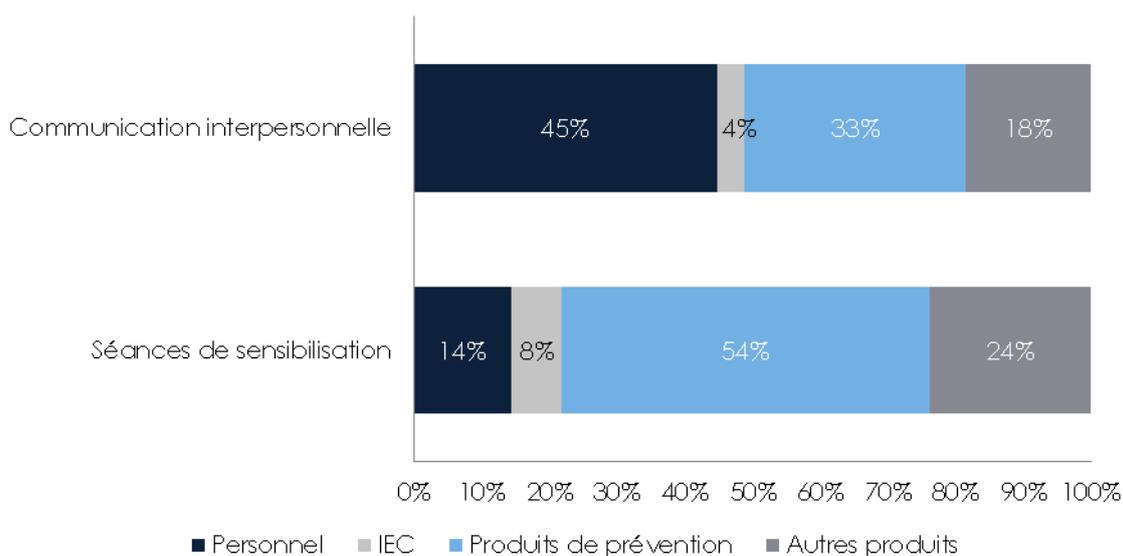
Figure 3.16 : Répartition des coûts de services à base communautaire pour les HSH



Les activités mobilisatrices de revenus (AMR) réalisées par les sites de cette étude occasionnent des coûts importants une fois par an pour le matériel, l'équipement ou encore les dépenses de démarrage nécessaires pour lancer des activités mobilisatrices de revenus dans la communauté, et représentent la composante de coûts la plus importante de ce service. Les services de renforcement des capacités variaient par site. Certains sites mentionnent la distribution annuelle des kits d'hygiène ou autres fournitures aidant les membres des populations cibles dans leurs besoins de soutien fondamental.

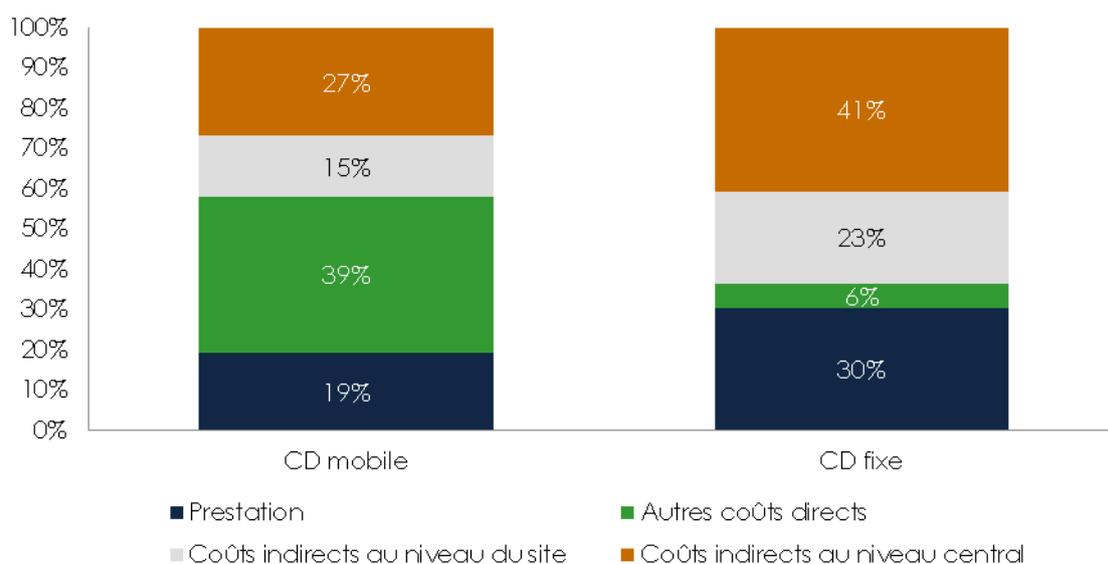
La Figure 3.17 ci-après indique la distribution des coûts de prestation pour les deux principales interventions de CCC. Les produits de prévention, y compris les préservatifs masculins et féminins ainsi que les lubrifiants, représentaient les coûts les plus élevés, de l'ordre de 33 à 54% de tous les coûts. La distribution de préservatifs et de lubrifiants variait entre les sites, allant de zéro à quatre ou plus par client. Le temps du personnel représente également une composante importante des coûts. En effet, le coût du temps du personnel pour la communication face à face est nettement plus élevé que les coûts analogues pour des événements de sensibilisation de masse dans un contexte communautaire.

Figure 3.17 : Répartition des coûts directs des interventions CCC pour les HSH



La distribution des coûts unitaires est présentée dans la **Figure 3.18**. Les coûts indirects sont les coûts les plus importants, représentant entre 47% et 64% du total des coûts. Ces coûts indirects sont les coûts des structures et de l'entretien dans les établissements fixes ainsi que les coûts des véhicules et des transports pour les services mobiles. Les coûts indirects au niveau central représentent la composante de coût la plus élevée, regroupant les dépenses liées à la supervision et à l'assurance de qualité, les achats au niveau central et la coordination en général. Le coût de la prestation de services était nettement plus élevé que les autres coûts directs, surtout en raison du prix élevé des tests de laboratoire et confirmation du VIH par client et de l'utilisation relativement faible d'autres équipements pour les services CD.

Figure 3.18 : Répartition des coûts des services CD fournis aux HSH

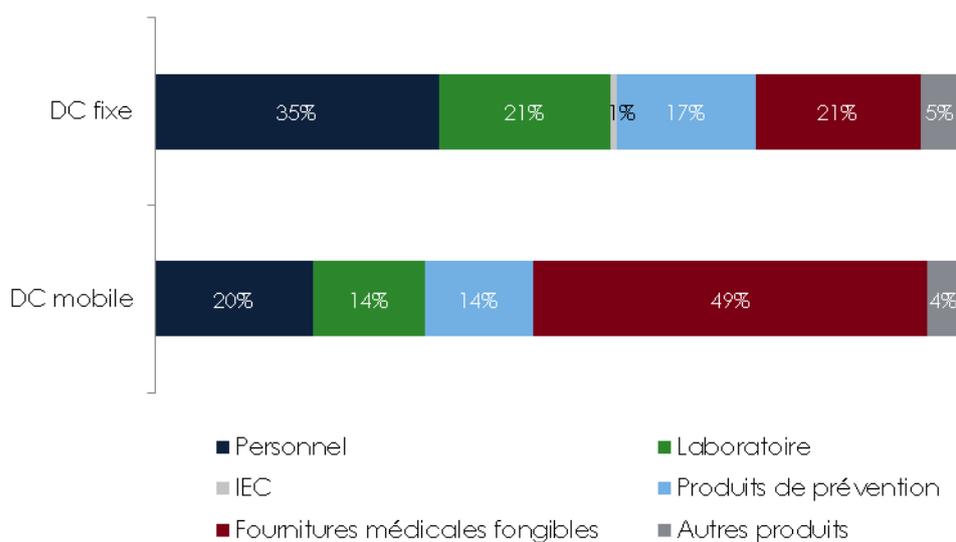


La distribution des coûts des services CD est présentée sur la **Figure 3.19**. L'analyse note d'amples variations dans le coût unitaire de la prestation de services CD dans les deux différentes catégories de service. Les fournitures médicales fongibles représentaient le coût le plus important des services CD mobiles de l'ordre de plus de 50% de tous les coûts de la prestation. Généralement, les sites ont

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

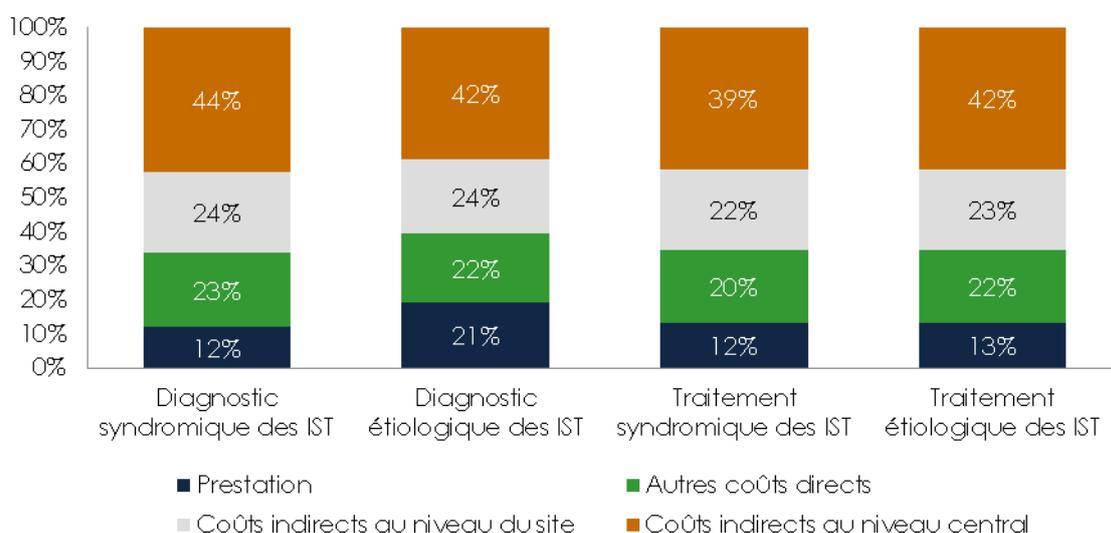
indiqué l'utilisation de fournitures médicales fongibles pour les services mobiles CD, et non le matériel qui est stérilisé et réutilisé. Vu que les services mobiles CD sont généralement fournis par des agents d'extension communautaire ou autre personnel recevant des incitations et non pas un salaire fixe, il est normal que les dépenses liées au personnel soient très faibles si on compare aux services CD dans les centres fixes employant des réceptionnistes, des conseillers, des bio-techniciens ainsi qu'un personnel infirmier dispensant les services CD.

Figure 3.19 : Répartition des coûts de la prestation des services CD fournis aux HSH



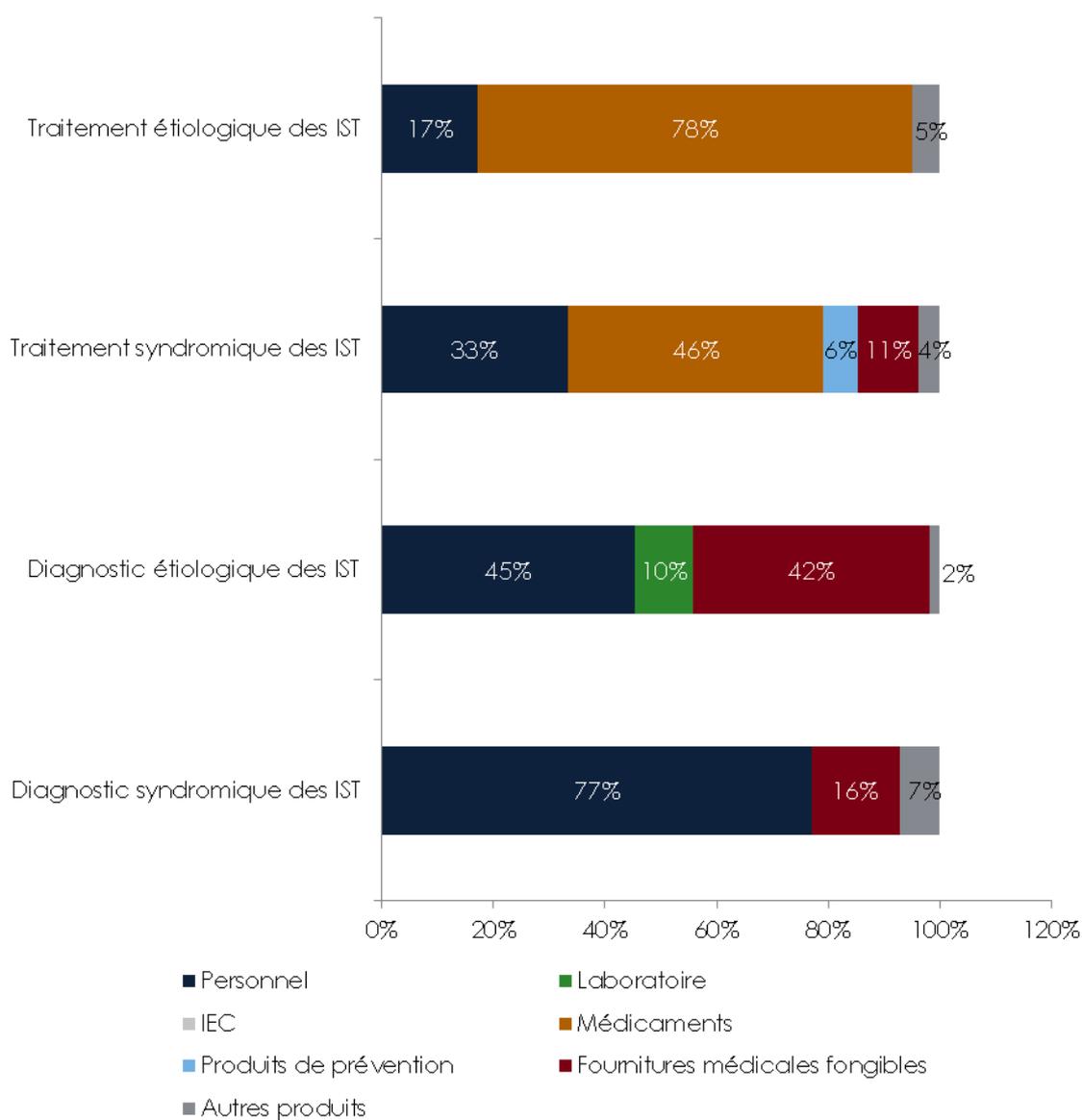
La Figure 3.20 présente la distribution des coûts des services de diagnostic et de traitement des IST. Les coûts indirects étaient la catégorie de coût la plus élevée de tous les services des IST, représentant 66 à 68% de tous les coûts. Certains coûts des IST sont liés à l'infrastructure physique et aux coûts de fonctionnement des établissements et des points de services bien que les coûts au niveau central soient les plus élevés, de l'ordre de 42 et 44% de tous les coûts. Comme pour les services de CD, les coûts indirects comprennent la supervision, les activités d'assurance de qualité pour les services des IST, l'achat des tests de diagnostic et des traitements des IST ainsi que la coordination générale des services des IST. Une ventilation est donnée ci-après des coûts indirects.

Figure 3.20 : Répartition des coûts des services IST fournis aux HSH



La **Figure 3.21** ci-après affiche la distribution des coûts de la prestation de services pour le diagnostic et le traitement des IST. Dans l'ensemble, c'est le temps du personnel qui représente la catégorie de coût la plus élevée, de l'ordre de 17% à 77% de tous les coûts dans les différents services des IST. Les fournitures médicales fongibles sont le volet de coût le plus important pour les services de diagnostic alors que les coûts des médicaments représentent entre 46% et 78% des coûts des services de traitement.

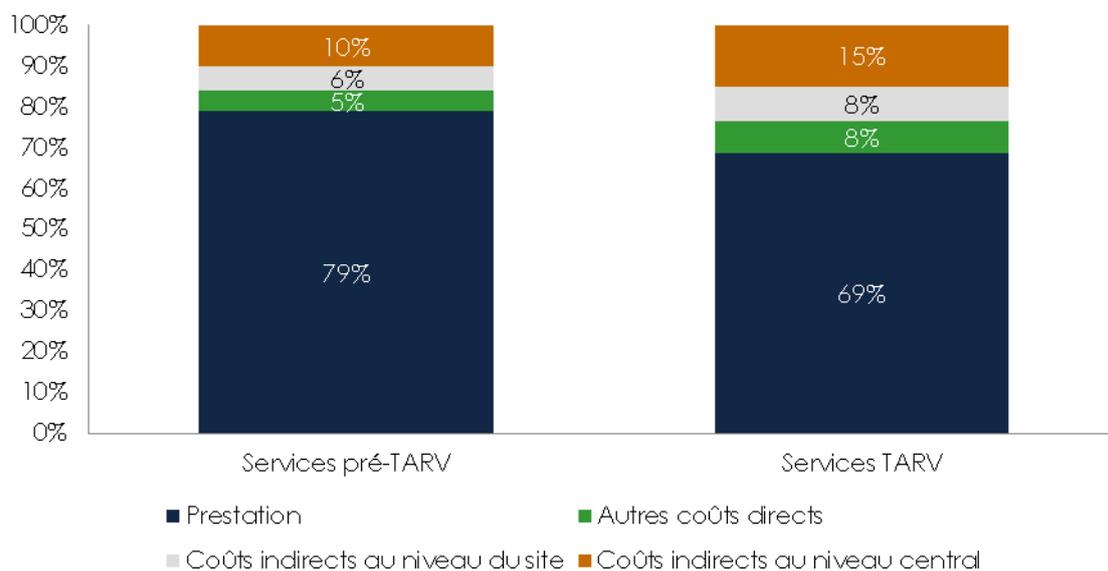
Figure 3.21 : Répartition des coûts de la prestation des services IST fournis aux HSH



Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

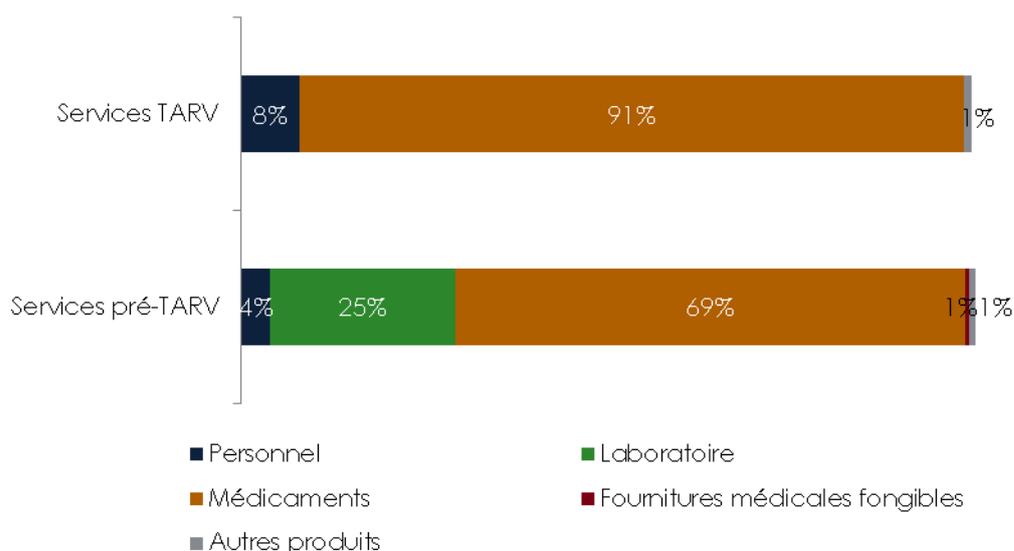
La **Figure 3.22** présente la distribution des coûts pour les services de soins et soutien du VIH aux HSH qui sont séropositifs. Les coûts de la prestation de services représentent la catégorie de coûts la plus élevée, de l'ordre de 69% à 79% de tous les coûts.

Figure 3.22 : Répartition des coûts pour les services de soins et soutien VIH fournis aux HSH



La **Figure 3.23** ci-après présente la distribution des coûts de la prestation de soins et de soutien au VIH. Les coûts des médicaments pré-TARV incluent un approvisionnement de six mois de prophylaxie de cotrimoxazole pour tous les clients, et les services du TARV englobent le coût mensuel des médicaments ARV et des médicaments pour la prévention et le traitement des infections opportunistes.

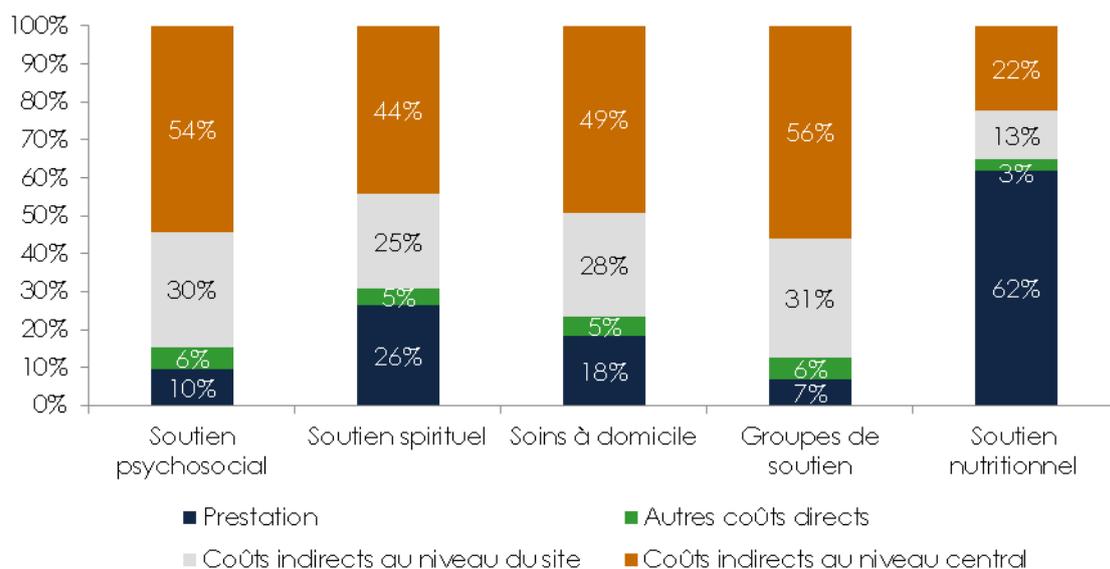
Figure 3.23 : Répartition des coûts de la prestation des services de soins et soutien VIH fournis aux HSH



La **Figure 3.24** ci-après présente la distribution des coûts unitaires pour les principaux services à base communautaire aux HSH qui sont séropositifs. A l'exemple d'autres services à base communautaire décrits ci-dessus, les coûts indirects représentent la catégorie de coûts la plus élevée pour le soutien et

les soins à domicile, de l'ordre de 69 à 84% de tous les coûts, car ces services sont dispensés généralement par des éducateurs de pairs ou des agents communautaires. Il existe de très nettes variations dans le coût des services de soutien nutritionnel et des groupes d'aide apportés aux clients séropositifs, selon les sites de l'étude, bon nombre d'entre eux fournissant des kits de nutrition et / ou d'hygiène aux clients lors des services de routine.

Figure 3.24 : Répartition des coûts unitaires pour les services à base communautaire pour les PVVIH HSH



Analyse de sensibilité sur les coûts unitaires

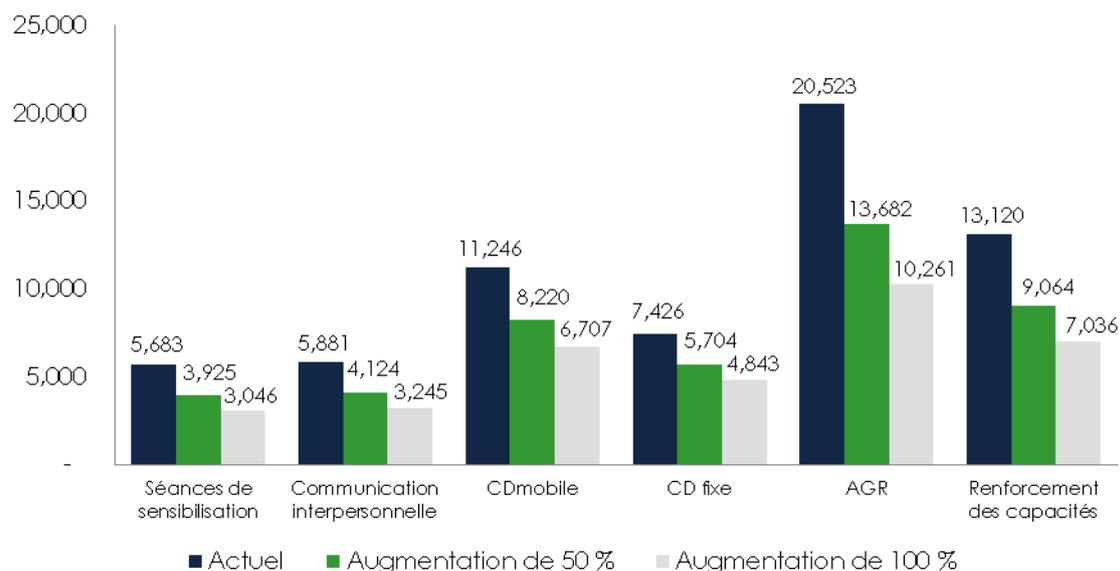
Nous avons réalisé des analyses de sensibilité sur les estimations des coûts unitaires pour chaque contact de service afin de déterminer comment les changements dans les services, dans le temps, peuvent influencer les coûts dans le cadre de deux scénarii de mise à échelle du programme :

- **Augmentation de 50%** dans les contacts de service dans les 12 prochains mois
- **Augmentation de 100%** dans les contacts de service dans les 12 prochains mois

Les Figures 3.25 et 3.26 présentent des projections montrant comment les coûts unitaires par contact de service changeront, selon les estimations, dans les deux scénarii de mise à échelle présentés ci-dessus. Le coût unitaire par contact de service pour la plupart des services à base communautaire devrait diminuer de 45% à 50% dans les scénarii où la prestation de services double l'année prochaine.

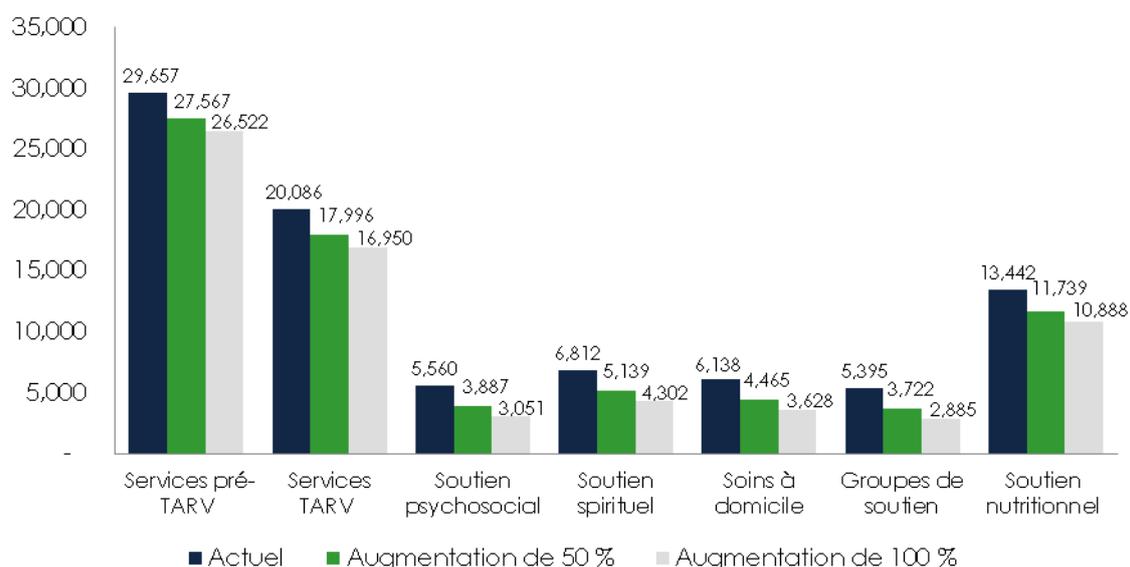
Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

Figure 3.25 : Coûts unitaires des services HSH dans différents scénarii de mise à échelle



La diminution dans le coût unitaire par contact de services à base communautaire est davantage prononcée que pour les services cliniques fixes à cause du ratio élevé entre les coûts directs et les coûts indirects des contacts à base communautaires comparés aux services cliniques.

Figure 3.26 : Coûts unitaires des services PVVIH dans différents scénarii de mise à échelle



Coût unitaire moyen pondéré

Tous les services ne sont pas utilisés en distribution égale par les HSH. Pour pouvoir analyser le coût moyen de la prestation d'un service, nous avons pondéré les coûts unitaires par contact de service en fonction de l'utilisation actuelle des services. Le **Tableau 3.4** ci-après présente le nombre de contacts de service et leur proportion relative de tous les services fournis en fonction des données collectées des sites d'intervention de cette étude. Il est important de faire la distinction entre personnes atteintes et contacts de service. Si les données collectées dans cette étude portent sur 16 219 contacts de service, cela ne veut pas dire qu'on a atteint 16 219 HSH car un HSH peut recevoir de nombreux services.

Tableau 3.4. Taux d'utilisation actuelle des services pour les HSH

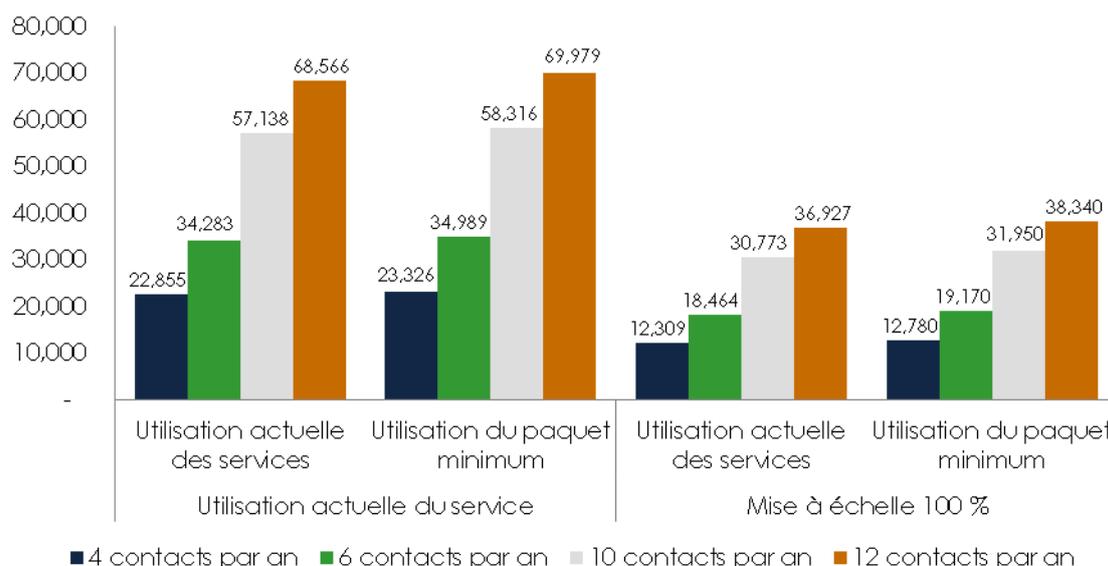
Service	Nombre total utilisant le service	% utilisant le service par type de service	% utilisant le service pour tous les services
Services fournis aux HSH			
Événements de sensibilisation	11,311	84%	69.7%
Communication interpersonnelle	2,105	16%	13.0%
Total	13,416		
CD mobile	14	3%	0.1%
CD fixe	454	97%	2.8%
Total	468		
Activités de mobilisation des revenus	1	1%	0.0%
Activités de renforcement des capacités	118	99%	0.7%
Total	119		
Diagnostic syndromique des IST	207	36%	1.3%
Diagnostic étiologique des IST	86	15%	0.5%
Traitement syndromique des IST	190	33%	1.2%
Traitement étiologique des IST	86	15%	0.5%
Total	569		
Services aux HSH vivant avec le VIH			0.0%
Services pré-TARV	47	16%	0.3%
Services TARV	243	84%	1.5%
Total	290		
Soutien psychosocial	1,200	88%	7.4%
Soutien spirituel	77	6%	0.5%
Soins à domicile	-	0%	0.0%
Groupes de soutien	-	0%	0.0%
Soutien nutritionnel	80	6%	0.5%
Sous-Total	1,357		
Total	16,219		

Correspondant à ces proportions, le coût unitaire pondéré pour un service moyen est estimé à 8 828 F CFA pour un service général fourni à un HSH. Aussi, le programme national dépense-t-il actuellement environ 10 500 F CFA pour fournir un service une fois à un HSH. C'est un calcul utile pour estimer les coûts de la prestation du paquet complet des services à un certain nombre de clients sur la période d'une année, tel que le voit la section suivante sur la projection des coûts selon la portée du programme.

Analyse des scénarii : Coût unitaire de la portée du programme

Afin de projeter les coûts unitaires pondérés pour atteindre un membre des populations cibles pendant une année lui apportant un paquet de services, nous avons mis au point des scénarii en fonction de trois dimensions : (a) changement d'échelle de services au fil du temps, (b) changements de proportions des services utilisés – au niveau actuel d'utilisation et selon le scénario de l'utilisation du paquet minimum, et (c) changements du nombre de contacts par an. Comme le présente la **Figure 3.27** ci-après, le coût annuel projeté de la prestation des services CCC à un HSH est sensible aux changements dans toutes les trois dimensions décrites ci-dessus.

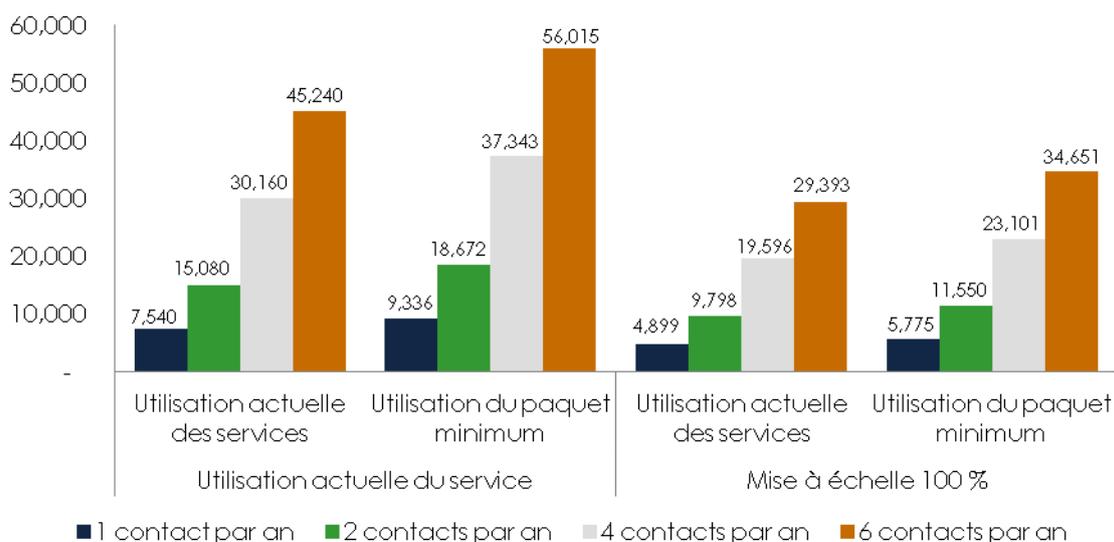
Figure 3.27 : Coût annuel projeté de la prestation des services CCC à un HSH par scénario



Il est normal que les projections soient plus sensibles aux changements dans le nombre de contacts, car c'est simplement une augmentation linéaire de la fonction du nombre total de contacts (tripler le nombre de contacts par an dans la définition de la portée du programme va tripler le coût pour atteindre une cliente dans une année). Si nous voyons dans quelle mesure les changements dans l'utilisation des services affectent les coûts unitaires, en fonction d'une définition d'un total de six contacts par an et par cliente, les changements de proportions des services de sensibilisation par rapport à la communication interpersonnelle ne semblent pas impacter de manière importante les coûts unitaires, avec une différence estimée d'environ 600 F CFA. Par ailleurs, les coûts sont réduits de 46% dans le cadre du scénario où la prestation de services double dans les 12 mois à venir.

La **Figure 3.28** ci-après projette les coûts annuels de la prestation des services CD dans le cadre de divers scénarii. À l'exemple des services de CCC, les estimations sont sensibles à toutes les dimensions, où les coûts augmentent naturellement lorsqu'on augmente le nombre de contacts et les coûts diminuent quand la prestation de services s'élargit et quand les coûts indirects sont distribués sur un plus grand nombre de contacts annuels de services. Dans le scénario du paquet minimum où les services CD mobiles et fixes sont utilisés en proportion égale, les coûts augmentent légèrement.

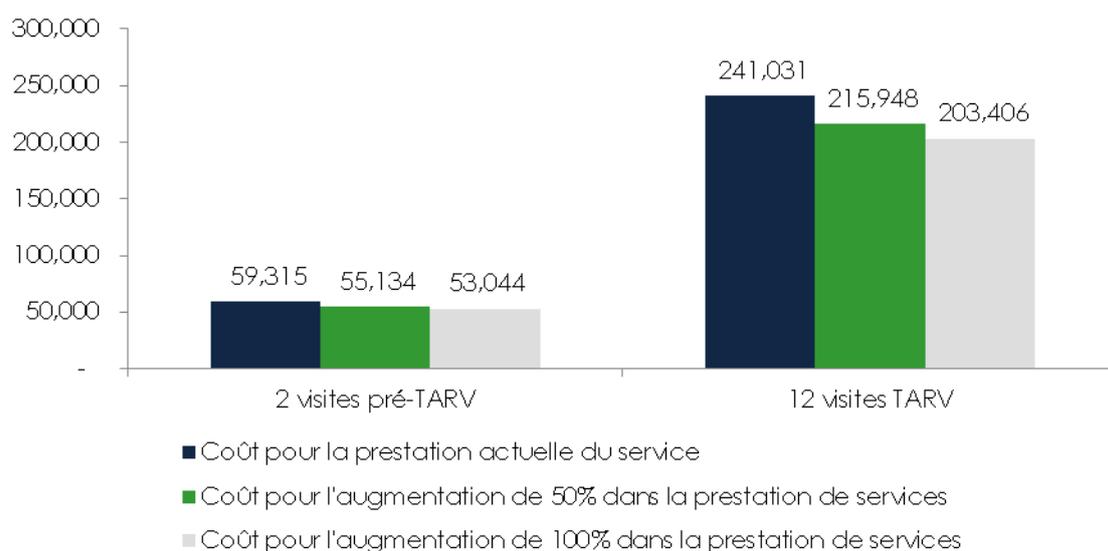
Figure 3.28 : Coût annuel projeté des services CD par scénario



La Figure 3.29 ci-après projette les coûts annuels de la prestation des services de soins et de traitement du VIH par scénario. Etant donné que les services de soins et traitement du VIH sont plus routiniers que les autres services, aucun changement n'a été calculé dans les proportions de l'utilisation des services.

Toutes les estimations se basent sur 2 visites pré-TARV et 12 visites TARV. Les coûts annuels de la prestation d'un paquet complet de services devraient diminuer d'environ 11% pour les services pré-TARV et environ 16% pour les services TARV, car les coûts indirects sont une composante plus petite des coûts pour ces services.

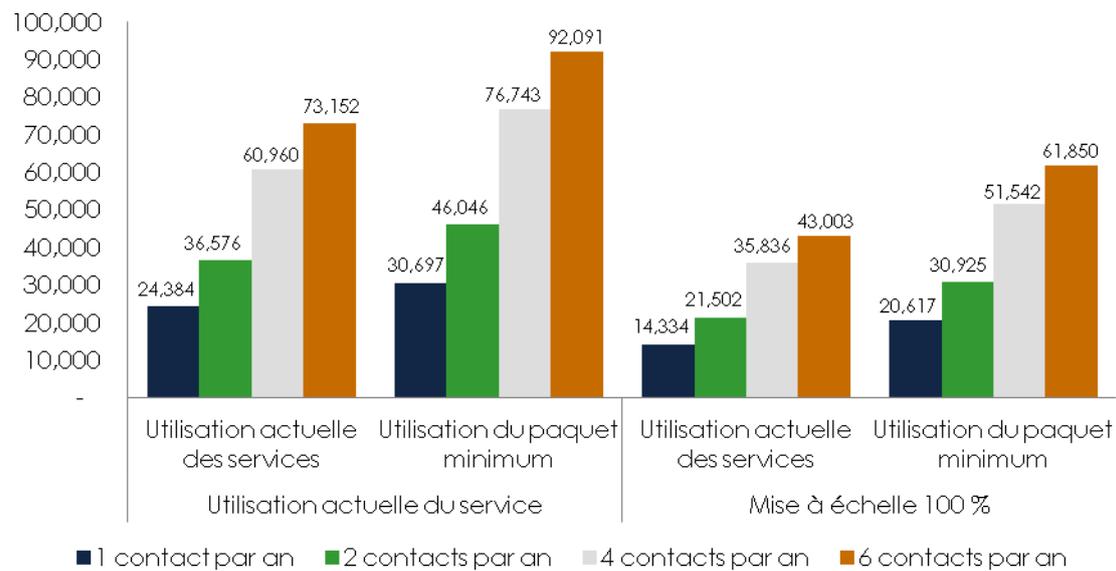
Figure 3.29 : Coûts annuels projetés des services de soins et de soutien VIH aux HSH par scénario



La Figure 3.30 présente les coûts projetés des services à base communautaire pour les HSH vivant avec le VIH. A l'exemple des services à base communautaire présentés ci-dessus, les coûts unitaires devraient diminuer de 40% avec l'expansion de services. Les changements dans les coûts sont relativement moins sensibles en fonction des proportions de l'utilisation actuelle de services et des proportions basées sur un paquet minimum d'activités.

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

Figure 3.30 : Coût annuel projeté de la prestation des services à base communautaire aux HSH séropositifs par scénario



REFERENCES

Bollinger, Lori and John Stover. 2007. Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support. Methodology for Care and Treatment Interventions (draft). Genève: ONUSIDA.

Chandrashekar S, Vassal A, et al. Costs of scaling-up programs for men who have sex with men (MSM) in Bangalore over three years, Karnataka, India. Poster Abstract: The XVIII International AIDS Conference: Abstract no. 14042.

Chandrashekar S, Vassal A, et al. Cost and efficiency analysis of the Avahan HIV prevention programme for high risk groups in India. Oral Abstract: The XIX International AIDS Conference: Abstract no. MOAE0201.

Dandona L, Sisodia P, Prem Kumar SG, Ramesh YK, et al. HIV prevention programmes for female sex workers in Andhra Pradesh, India: outputs, cost and efficiency. BMC Public Health 2005, 5:98.

Futures Institute. HIV Unit Cost database. Accessed: September 2012. [[http: / / policytools.futuresinstitute.org / UC / unit_cost_db.aspx](http://policytools.futuresinstitute.org/UC/unit_cost_db.aspx)].

Hatt L, Ortiz C, Boko D, Musau S, Zurita B, Sika L, et Kombe G. 2008. Coûts de la Prise en Charge Médicale du VIH / SIDA par les Services de Santé Publique en Côte d'Ivoire. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 Project, Abt Associates Inc.

Guinness L, Kumaranayake L, Rajaraman B, Sankaranarayanan G, et al. Does scale matter ? The costs of HIV-prevention interventions for commercial sex workers in India. Bull OMS. 2005; 83(10).

Institut National de la Statistique (INS) et Ministère de la Lutte contre le Sida [Côte d'Ivoire] et ORC Macro. 2006. Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire 2005. Calverton, Maryland, U.S.A. : INS et ORC Macro.

Kahn JG, et al. Prevent AIDS network for cost-effectiveness analysis (PANCEA) study on the cost and efficiency of HIV prevention in developing countries. Oral Abstract: The XIV International AIDS Conference: Abstract no. ThOrG1468

Kombe, Gilbert, Arin Dutta, Elaine Baruwa, and Stephen Resch. 2009. Sustaining HIV Services: HAPSAT estimates of resource needs under alternative policy SCENARII. Présentation 15 septembre 2009.

Kumaranayake L, Watts C. Economic costs of HIV / AIDS prevention activities in sub-Saharan Africa. AIDS 2000; 14 Suppl 3:S239-52.

Management Sciences for Health (MSH). 2010. Cost Revenue Analysis Tool (Plus), available at <http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&TID=113>.

Marseille E, Dandona L, Saba J et al. Assessing the Efficiency of HIV Prevention around the World. Health Serv Res. 2005 February; 40(1): 309.

Marseille E, Dandona L, Marshall N et al. HIV prevention costs and program scale: data from the PANCEA project in five low and middle-income countries. BMC Health Services Research 2007, 7:108.

Ministre de la Lutte contre le Sida. March 2010. RAPPORT NATIONAL UNGASS 2010 Côte d'Ivoire : Janvier 2008 – Décembre 2009. Abidjan. 2010.

Estimation du coût unitaire du paquet minimum de services liés au VIH pour les PS et les HSH en Côte-d'Ivoire

Rosen, J., and F. Asante. 2010. *Cost of HIV & AIDS Adult and Pediatric Clinical Care and Treatment in Ghana*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.

Smith, A.D., Tapsoba, P., Peshu, N., Sanders, E.J., Jaffe, H.W. (2009). Men who have sex with men and HIV / AIDS in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 374, 416-22.

Söderlund N, Lavis J, Broomberg J, Mills A. The costs of HIV prevention strategies in developing countries. *Bull World Health Organ*. 1993; 71(5):595-604.

Thomsen SC, Ombidi W, Toroitich-Ruto C, Wong EL et al. A prospective study assessing the effects of introducing the female condom in a sex worker population in Mombasa, Kenya. *Sex Transm Infect* 2006; 82:397-402.

Programme joint des Nations-Unies pour la lutte contre le VIH / sida (ONUSIDA). 2010. *Combination HIV Prevention*.

Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. available at http://www.unaids.org/en/media/unaids/content/assets/documents/unaids_publication/2011/20111110_JC2007_Combination_Prevention_paper_en.pdf

Vickerman P, Terris-Prestholt F, Delany S, Kumaranayake L, et al. Are targeted HIV prevention activities cost-effective in high prevalence settings? Results from a sexually transmitted infection treatment program for sex workers in Johannesburg, South Africa. *Sex Transm Dis*, 2006 Oct; 33(10 Suppl):S122:32.

Vuylsteke B, Sika L, Semde G, et al. HIV / STI Prevalence and Risk Behavior Among Male Sex Workers Attending Prevention and Care Services in Abidjan, Côte d'Ivoire. 2007 HIV Implementers Meeting. Accessed August 2011: [www.hivimplementers.com / pdfs / Posters / PosterSession_735.pdf]

Walker D. Cost and cost-effectiveness of HIV / AIDS prevention strategies in developing countries: is there an evidence base? *Health Policy Plan* 2003; 18:4-17.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

**Le Programme de Lutte contre le Sida chez les Populations Hautement Vulnérables
(PLS-PHV) du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida**

Riviéra-Bonoumin, à 100 m du Carrefour DJEDJE MADY

Le service Communication

BP 409 Cidex 3

Tél: +225 58 46 71 18 / +225 04 21 34 22

phokou@yahoo.fr