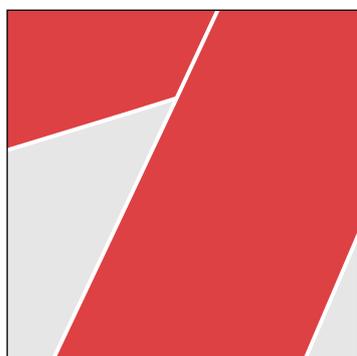
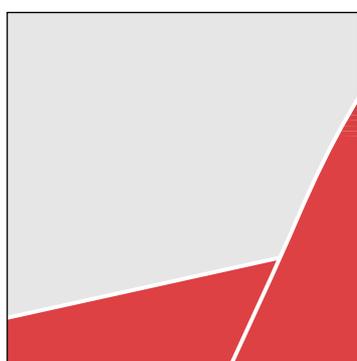


Directives d'évaluation des coûts des stratégies de prévention du VIH



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA
OUTILS FONDAMENTAUX

ONUSIDA/01.07F (version française, mars 2001)
ISBN 92-9173-045-9

Version originale anglaise, UNAIDS/00.31E, octobre 2000 :
Costing Guidelines for HIV Prevention Strategies
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2001. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres.

Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

DIRECTIVES D'ÉVALUATION DES COÛTS DES STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU VIH



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
Genève, Suisse
Mars 2001

Table des matières

<i>Avant-propos</i>	5
<i>Remerciements</i>	6
INTRODUCTION	7
<i>Généralités</i>	7
<i>Objectif des Directives et public visé</i>	8
<i>Structure des Directives</i>	8
Chapitre 1: STRATEGIES DE PREVENTION DU VIH	11
<i>1.1 Stratégies de prévention déjà établies</i>	11
• Dépistage systématique de l'infection à VIH dans le sang	12
• Utilisation des médias grand public	16
• Education SIDA dans les écoles	18
• Marketing social des préservatifs	21
• Traitement des infections sexuellement transmissibles	24
• Education des professionnel(le)s du sexe par les pairs	28
• Conseil et test volontaires	30
• Prévention parmi les consommateurs de drogues injectables	34
• Prévention de la transmission mère-enfant (transmission verticale)	38
<i>1.2 Nouvelles stratégies de prévention du VIH</i>	41
• Microbicides et méthodes contrôlées par la femme	41
• Vaccins	41
Chapitre 2: CONCEPTS DE L'ANALYSE DES COÛTS	43
<i>2.1 Quels sont les coûts ?</i>	43
<i>2.2 Qui supporte les coûts ? La société, le fournisseur, les foyers, les particuliers</i>	44
<i>2.3 Ensemble des coûts et coûts additionnels</i>	45
<i>2.4 Coûts totaux, moyens et marginaux</i>	46
<i>2.5 Partage des coûts</i>	46

2.6	<i>Classification des coûts</i>	47
2.7	<i>Coûts unitaires et évaluation des impacts</i>	49
2.8	<i>Rapport coût-efficacité</i>	51
Chapitre 3: PLANIFICATION DU PROCESSUS D'ÉVALUATION DES COÛTS		53
3.1	<i>Raison et objectifs de l'évaluation</i>	54
	• Etudier l'efficacité d'un projet	54
	• Modifier un projet et en assurer la durabilité	54
	• Etudier les possibilités de reproduction d'un projet	55
	• Rapport coût-efficacité	55
	• Points de vue des particuliers/des fournisseurs	56
3.2	<i>Recenser les solutions à comparer</i>	56
3.3	<i>Décrire chaque solution</i>	57
	• Apports	57
	• Activités	58
	• Les coûts aux différents échelons	64
3.4	<i>Choix de la période étudiée</i>	70
3.5	<i>Choix d'un échantillon</i>	72
3.6	<i>Itinéraire de travail</i>	74
Chapitre 4: COLLECTE DES DONNEES RELATIVES AUX COÛTS		77
4.1	<i>Coûts financiers et coûts économiques ou de renonciation</i>	77
4.2	<i>Regroupement des données générales</i>	80
4.3	<i>Collecte des données par catégorie d'apports (Formulaire C)</i>	80
	• Généralités	80
	• Collecte des données aux différents échelons	81
	• Devise	81
	• Origine des fonds	82
	• Origine des données	83
	• Conversion en prix constants	83

<i>4.4 Collecte des données</i>	<i>83</i>
INVESTISSEMENTS	83
a) Bâtiments (Formulaire C1)	83
b) Equipements (Formulaire C2)	86
c) Véhicules (Formulaire C3)	88
d) Services d'experts (Formulaire C4)	90
COÛTS DE FONCTIONNEMENT	93
e) Personnel (Formulaire C5a)	93
f) Fournitures (Formulaire C6)	98
g) Exploitation et entretien des véhicules (Formulaire C7)	102
h) Exploitation et entretien des bâtiments (Formulaire C8)	104
i) Services d'experts réguliers (Formulaire C9)	105
j) Coûts divers de fonctionnement (Formulaire C10)	106
k) Coûts incombant aux particuliers (Formulaire C11)	108
 <i>4.5 Collecte des données relatives aux résultats</i>	 <i>111</i>
 Chapitre 5: ANALYSE DES COÛTS	 115
5.1 <i>Addition des coûts</i>	<i>115</i>
5.2 <i>Les «profils de coûts»</i>	<i>117</i>
5.3 <i>Coûts unitaires</i>	<i>117</i>
5.4 <i>Utilisation de l'analyse des coûts pour la planification et la budgétisation</i>	<i>118</i>
 ANNEXE: FORMULAIRES DE COLLECTE DES DONNEES	 121
 REFERENCES ET LECTURES COMPLEMENTAIRES	 139

Avant-propos

Seule une bonne connaissance du coût des différentes stratégies de prévention du SIDA peut permettre de définir valablement des priorités au niveau des politiques publiques de lutte contre la maladie. C'est pourquoi l'ONUSIDA a décidé de rééditer l'important outil d'évaluation constitué par les *Directives d'évaluation des coûts des stratégies de prévention du VIH* tout d'abord parues en 1998. Nouveautés de cette édition: les formulaires de collectes des données qui serviront à l'analyse des coûts et le chapitre consacré aux consommateurs de drogues injectables.

Les économistes sont rares dans un grand nombre de pays en développement, mais ces directives permettent à d'autres spécialistes – tels que comptables ou planificateurs – d'analyser les coûts. Ces analyses doivent être combinées à une évaluation des impacts des interventions étudiées. Le faible coût d'une intervention ne signifie pas nécessairement qu'elle vaille la peine d'un point de vue économique: en effet, il est possible qu'elle ne ralentisse pas la propagation de la maladie ou qu'elle engendre des effets secondaires non désirables plus importants que les bénéfices qu'elle produit.

Dans le cadre de ces directives, l'ONUSIDA a créé – pour servir d'outils de comparaison – un certain nombre de tableurs dynamiques et de modèles mathématiques qui évaluent, stratégie par stratégie, les impacts en termes de nombre de cas de transmission du VIH évités et de coût de chaque année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI). Les modèles couvrent:

- La transmission mère-enfant
- L'éducation en milieu scolaire
- Les interventions auprès des professionnel(le)s du sexe
- Les services de transfusion sanguine
- Les actions de prévention destinées aux consommateurs de drogues injectables

Les modèles sont disponibles sur le site web de l'ONUSIDA (www.unaids.org) et sur le CD-ROM intitulé: «Economics in HIV/AIDS planning: getting priorities right, UNAIDS, June 2000».

C'est le Programme mondial de Lutte contre le SIDA (GPA) de l'Organisation mondiale de la Santé qui a commencé l'élaboration de directives d'évaluation des coûts en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). L'ONUSIDA a maintenant pris la direction à la fois de la diffusion de ces directives et modèles importants et actualisés et de la promotion de leur utilisation au sein des processus de planification stratégique.

ONUSIDA
Septembre 2000

Remerciements

Nous souhaitons exprimer nos remerciements à un certain nombre de personnes qui ont contribué de manière significative à la préparation de ces *Directives d'évaluation des coûts*. Charlotte Watts, Patrick Vaughan et Anthony Zwi, de l'unité des politiques sanitaires de la LSHTM, ont fourni un appui et un flux d'information inestimables depuis le lancement de ce projet. Nous avons également reçu des informations et des commentaires très utiles de la part de nombreuses personnes de l'ONUSIDA et de l'OMS (GPA) à qui nous avons soumis les versions préliminaires, notamment Anita Alban, Stefano Bertozzi, Thierry Mertens et Doris Schopper. Steve Forsythe de l'AIDSCAP nous a également apporté une aide précieuse.

Nous avons accepté avec gratitude l'assistance de ceux qui ont facilité les évaluations sur le terrain des *Directives*: en Zambie, le Dr Roland Msiska et ses collègues du Programme national de lutte contre le SIDA, les IST, la tuberculose et la lèpre ; au Cameroun: Alexis Boupda-Kuate et Jean-Claude Foumena-Abada de l'AIDSCAP, Gabriel Kwenthieu du Peace Corps Cameroon, Claude Cheta et Zakariou Njournemi de l'Institut de recherche et des études de comportements (IRESCO); et au Bélarus, Vladimir Romantsov de l'ONG «Action des parents pour l'avenir de leurs enfants», Victor Zviagin et Svyatoslav Samoshkin du Conseil des Représentants du Peuple du Comité Exécutif de Svetlogorsk et Roman Gailevich du bureau de l'ONUSIDA au Bélarus.

Punam Mangtani de la LSHTM et Julia Del Amo du University College, à Londres, ont fourni leur assistance pour les évaluations sur le terrain au Cameroun. Enfin, nous voudrions exprimer nos remerciements à Nicola Lord de la LSHTM, qui nous a fourni son soutien pour la relecture et la mise en forme des présentes directives, ainsi qu'à Andrea Verwohlt qui s'est chargée de tous les aspects éditoriaux.

Microsoft et Excel sont des marques déposées de Microsoft Corporation.

Lilani Kumaranayake
Jane Pepperall
Hilary Goodman
Anne Mills
Damian Walker

Health Economics and Financing Programme
Health Policy Unit
London School of Hygiene & Tropical Medicine

Introduction

Généralités

Bien que la prévention du VIH existe activement à travers le monde depuis plus d'une décennie, ce secteur souffre actuellement de lacunes flagrantes dans les domaines de l'évaluation et de l'analyse des coûts. En outre, les travaux traitant de l'évaluation du rapport coût-efficacité relatif des différentes stratégies de prévention sont encore moins nombreux. L'analyse des coûts est un outil qui peut fournir un aperçu utile du fonctionnement des projets et constitue également une composante clé de l'analyse du rapport coût-efficacité.

Concernant la prévention du VIH, l'analyse des coûts peut aider les administrateurs de projets à décider de la manière la plus appropriée de mettre en place une stratégie donnée et les assister de différentes manières, notamment:

- en fournissant une vue d'ensemble du montant total des ressources nécessaires pour lancer ou poursuivre un projet,
- en évaluant l'utilisation des différents apports (tels que le personnel ou l'équipement) au sein d'un projet, et en fournissant une assistance pour les discussions sur l'équité et l'efficacité relatives des projets,⁽¹⁾
- en orientant les discussions sur les éléments les mieux appropriés des stratégies de prévention ainsi que sur l'ampleur à leur donner, et la meilleure manière d'allouer les ressources. Par exemple, est-il judicieux d'allouer davantage de ressources aux services liés aux infections sexuellement transmissibles (IST) qu'à l'éducation par les médias ?
- en fournissant une idée de l'étendue des ressources nécessaires pour élargir ou reproduire les interventions.

L'analyse des coûts et du rapport coût-efficacité sert à fournir des éléments de base pour les questions et les débats actuels concernant les politiques. L'analyse des coûts a toujours été abordée à partir de questions touchant à l'efficacité, à la récupération des coûts et à la durabilité des programmes. Toutefois, elle peut également jouer un rôle important dans l'étude des questions d'équité et de ciblage, qui sont récemment passées au premier plan des débats concernant les politiques^(14,25). Avec la recherche et l'élaboration permanentes de nouvelles stratégies de prévention du VIH, la question de leur faisabilité est entièrement liée à des questions de coût, d'efficacité et de définition des priorités pour l'affectation des ressources. Dans ce contexte, l'analyse des coûts et celle du rapport coût-efficacité sont étroitement liées.

Les données relatives aux coûts tirées des activités actuelles de prévention du VIH permettent de lancer un débat national et international en meilleure connaissance de cause. Les activités de prévention peuvent être extrêmement variées, aussi bien au sein des pays qu'entre ceux-ci. La cohérence au niveau des

méthodes de financement utilisées revêt donc de l'importance, même si les approches d'évaluation des coûts dépendent de leur objet spécifique et des situations locales, car ainsi les travaux entrepris dans un contexte donné prendront tout leur sens pour les administrateurs de projets travaillant dans d'autres contextes. Afin de faciliter cette cohérence, des méthodes recommandées et des formulaires types de collecte des données sont fournies ici pour évaluer les coûts des actions de prévention du VIH.

Les principes des Directives d'évaluation des coûts sont tirés de l'ouvrage intitulé «*Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires: manuel de formation à l'usage des responsables de programmes*» (ci-après dénommé «Manuel SSP»)⁽¹⁾. Le manuel a été publié à l'intention des administrateurs de programmes pour illustrer de quelle manière l'analyse des coûts peut être utilisée pour traiter les questions de base concernant l'efficacité, l'équité et la durabilité des activités sanitaires dont ils sont responsables. L'on espère que les analyses des coûts aideront à prendre les décisions relatives à une utilisation optimale des ressources au sein du secteur de la santé et au sein des programmes considérés individuellement. Les extraits tirés du Manuel SSP seront référencés par la mention «SSP: numéro de page». Cet ouvrage est l'un des nombreux – et utiles – manuels d'évaluation des coûts publiés ces dernières années^(1,4,5,6,8). L'essentiel des orientations qu'il fournit est directement utilisable par les administrateurs de programmes de lutte contre le SIDA désireux de réaliser une analyse des coûts susceptibles de les aider à prendre leurs décisions. La lecture du Manuel SSP est recommandée aux utilisateurs des présentes Directives d'évaluation des coûts, mais n'est pas nécessaire pour les comprendre et les utiliser.

Comme dans le Manuel SSP, les Directives permettent d'évaluer les coûts des projets du point de vue des fournisseurs de services et non du point de vue de la société. Il faut garder cela à l'esprit lorsque l'on interprète les conclusions des études d'évaluation des coûts. La pertinence et la clarté des Directives ont été testées en évaluant les coûts d'un échantillon de projets de prévention dans plusieurs pays. Cette expérience a été prise en compte pour la révision des Directives.

Objectif des Directives et public visé

L'objectif spécifique de ces Directives est d'encourager et de donner les moyens aux administrateurs de projets et de programmes de prévention du VIH de réaliser une analyse des coûts. Les Directives décrivent la méthode d'évaluation des coûts présentée dans le Manuel SSP et adaptée aux activités de prévention du VIH. Elles peuvent être utilisées pour évaluer les projets ou les programmes au niveau national, au plan régional, ainsi qu'à l'échelon des districts et communautaire. Il n'est pas nécessaire, selon nous, que les utilisateurs de ces Directives aient une expérience ou une formation préalables en économie. Vous trouverez à la fin du Manuel SSP des exercices détaillés qui vous permettront de vous familiariser avec les concepts de l'analyse des coûts.

Structure des Directives

Les Directives débutent par la présentation et la description de différentes stratégies de prévention du VIH. Le chapitre 2 propose une introduction aux concepts économiques fondamentaux de l'analyse des coûts, concepts dont s'inspirent les présentes Directives. Les chapitres 3 et 4 guident le lecteur étape par étape vers la planification et la réalisation d'une analyse des coûts, en lui expliquant notamment comment collecter les données. Le chapitre 5 montre comment additionner les coûts et tirer différents résultats de l'analyse. L'Annexe 1 fournit les formulaires de collecte des données aux personnes désireuses de réaliser une analyse des coûts. Enfin, les Directives s'achèvent par une section proposant des ouvrages pertinents sur la question des coûts et du rapport coût-efficacité des stratégies de prévention du VIH. Une version Microsoft Excel des formulaires est disponible sur le site web de l'ONUSIDA (www.unaids.org/publications) ou sur le CD-ROM intitulé: «Economics in HIV/AIDS planning: getting priorities right, UNAIDS (June 2000)».

Chapitre 1

STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU VIH

Pour réaliser l'analyse des coûts d'un projet ou d'un programme, il est essentiel de comprendre comment il fonctionne. Cette section présente une introduction à différentes stratégies de prévention du VIH et souligne les facteurs qui sont importants pour la collecte des données relatives aux coûts. Nous présentons, sous le titre 1.1 «Stratégies de prévention déjà établies», des exemples de neuf stratégies. Bien que nous sachions tous qu'il existe d'autres approches, celles-ci sont parmi celles qui sont le plus couramment mises en œuvre. Les commentaires sur l'analyse des coûts proposés tout au long de ces directives permettront de présenter ces stratégies de manière explicite. La deuxième section de ce chapitre débat des nouvelles stratégies de prévention du VIH qui se font jour actuellement et auxquelles les mêmes principes d'évaluation des coûts peuvent s'appliquer. La description de stratégies individuelles n'a pas pour but de suggérer l'adoption d'une approche verticale de la programmation en matière de prévention du VIH. Le propos de ce chapitre est en fait de présenter aux lecteurs les différentes stratégies et de mettre en évidence les questions relatives à l'analyse des coûts. Dans la pratique, plusieurs stratégies peuvent être utilisées conjointement.

1.1 Stratégies de prévention déjà établies

Cette section présente neuf stratégies de prévention du SIDA déjà établies. Elle débat de la description de projets potentiels ainsi que des paramètres clés qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur les coûts de chaque stratégie. Ces neuf stratégies abordent les questions suivantes:

- Dépistage systématique de l'infection à VIH dans le sang
- Utilisation des médias grand public
- Education SIDA dans les écoles
- Marketing social des préservatifs
- Traitement des infections sexuellement transmissibles
- Education des professionnel(le)s du sexe par les pairs
- Conseil et test volontaires
- Activités de prévention parmi les consommateurs de drogues injectables
- Prévention de la transmission mère-enfant (transmission verticale)

DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE L'INFECTION A VIH DANS LE SANG

1. Introduction

La stratégie de dépistage systématique du VIH dans le sang a pour objectif de réduire le pourcentage – estimé à 5-10% – des infections transmises par le biais de transfusions de sang infecté dans les pays en développement⁽³³⁾. Cet objectif peut être atteint pratiquement dans sa totalité grâce au dépistage systématique des anticorps du VIH dans tous les dons de sang avant transfusion et à la mise au rebut de tous les dons s'étant révélés positifs au VIH.

Le dépistage systématique du VIH dans le sang ne peut être réalisé que dans le cadre d'un service général de transfusion sanguine mais, aux fins de ces directives, seul le dépistage du VIH est pris en considération pour l'étude d'une stratégie donnée, bien que la méthode présentée puisse théoriquement inclure les autres composantes. Les principales activités entreprises par un service de transfusion sanguine sont: le recrutement et la sélection des donneurs, la collecte de sang, tout un ensemble d'examen sanguins, le traitement, le stockage et la distribution, la transfusion elle-même ainsi que diverses activités d'appui telles que la gestion, l'administration et la formation du personnel. En ce qui concerne le VIH, une stratégie de sécurité transfusionnelle plus large peut aussi englober d'autres activités, telles que la rationalisation par le système de santé des services de transfusion et la prévention des troubles qui requièrent généralement des transfusions sanguines dans le cadre du traitement.

Dans un certain nombre de cas, le dépistage systématique du VIH dans le sang se distingue des autres stratégies qui seront discutées dans le présent chapitre. Premièrement, il existe un consensus sur le degré d'efficacité de la stratégie. Le fait que tout le monde admette que plus de 95 % des patients séronégatifs transfusés avec du sang infecté par le VIH feront une séroconversion permet de calculer le nombre de cas d'infection susceptibles d'être évités grâce au dépistage systématique du virus. Les calculs dépendent, toutefois, de la fiabilité des tests sanguins et des risques de transfusion de sang infecté. Le nombre d'unités de sang affichant un résultat faussement positif dépendra de la spécificité du test ainsi que de la prévalence du VIH dans l'ensemble du sang donné.

Deuxièmement, la responsabilité des infections à VIH contractées par le biais de produits sanguins infectés incombe entièrement aux services de santé. Les actions de prévention leur appartiennent donc également (contrairement à ce qui se passe dans d'autres stratégies, où la prévention repose sur la responsabilité individuelle et les changements de comportement). Ceci peut conduire à un impératif médical et politique exigeant l'adoption de la stratégie, indépendamment de son rapport coût-efficacité comparé à celui d'autres stratégies de prévention du VIH mais également en faire la stratégie de prévention du VIH la moins sensible sur le plan politique.

Néanmoins, quel que soit le niveau de prévalence du VIH, seule une petite partie de la population – à savoir les bénéficiaires de transfusions sanguines – profitera directement de cette stratégie, ce qui entraîne une controverse concernant la priorité à attribuer au dépistage systématique. Ainsi, certains suggèrent que ce n'est qu'à certains niveaux de prévalence du VIH que le dépistage systématique serait une stratégie offrant un bon rapport coût-efficacité ⁽³⁴⁾, alors que d'autres plaident pour qu'aucun sang non testé ne soit transfusé, sauf dans les cas où une vie dépendrait de la rapidité d'une transfusion. Une meilleure information concernant les coûts et l'efficacité des stratégies de dépistage systématique permettrait de parer dans une certaine mesure à cette controverse. Mais les considérations d'ordre politique et éthique sont telles qu'il est peu probable que les pays soient en mesure d'avoir, ou souhaitent avoir, une politique de transfusion de sang non contrôlé sous prétexte que les ressources nécessaires au dépistage systématique seraient mieux employées ailleurs.

Dans la présentation des coûts, il faut également parler des autres avantages indirects que peut offrir une stratégie de dépistage systématique du VIH dans le sang. Ceux-ci sont notamment la réduction de la transmission d'autres infections véhiculées par le sang, telles que l'hépatite B et la syphilis, grâce à la mise en place de procédures de dépistage plus complètes établies en relation avec la stratégie de dépistage du VIH, et un meilleur accès aux transfusions sanguines. Un manuel détaillé sur l'évaluation des coûts des services de transfusion sanguine peut être obtenu auprès de l'OMS ⁽³⁷⁾.

2. Description de projets potentiels

La nature des services de transfusion sanguine peut varier considérablement et l'une des premières tâches du processus d'évaluation sera de décrire ceux dont le coût doit être évalué. Ces services peuvent être intégrés à d'autres services de santé, notamment hospitaliers, ou être gérés de manière verticale, c'est-à-dire indépendamment des autres services de santé. L'évaluation des coûts sera probablement plus aisée dans ce dernier cas, car les services seront plus faciles à identifier que s'ils sont intégrés à d'autres activités.

Les réponses stratégiques des pays au risque de transmission du VIH par l'intermédiaire du sang seront également différentes et dépendront du contexte. Les coûts liés à l'adjonction de procédures de dépistage systématique du VIH dans un service de transfusion déjà établi peuvent être relativement réduits. Pour certains pays, toutefois, assurer la fourniture de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH peut entraîner la nécessité d'une importante réorganisation de leurs services de transfusion. Voici quelques exemples illustrant la manière dont les stratégies de dépistage systématique du VIH dans le sang peuvent être mises en œuvre:

- a) Les pays ne disposant pas de services de transfusion sanguine déjà organisés peuvent collecter et transfuser le sang en fonction des besoins. Dans ce cas, le dépistage sera probablement décentralisé et reposera sur des procédures à un seul test dans des lieux périphériques.

- b) Les pays peuvent mettre en place une utilisation décentralisée de trousse de dépistage comme dans le point a), mais compléter ce système par des dispositifs plus centralisés pour faire un examen complémentaire du sang testé positif.
- c) Des banques du sang régionales peuvent être créées ; dans ce cas, elles disposeront de leurs propres laboratoires d'examens sanguins ou enverront les échantillons à un laboratoire de dépistage VIH plus centralisé. A ce niveau comme aux échelons supérieurs, des techniques telles que le groupage du sang à dépister peuvent être utilisées pour réduire les coûts. L'utilisation décentralisée de trousse de dépistage à test unique peut encore être appropriée dans les services périphériques.
- d) Le service de transfusion sanguine national peut être centralisé ; dans ce cas, tout le sang sera collecté et contrôlé au niveau central, qui procédera ensuite à la distribution du sang dépisté. L'utilisation décentralisée de trousse à test unique peut encore être appropriée dans les services périphériques.

Ce ne sont là que quelques exemples de l'éventail d'options possibles pour combattre le risque de transmission du VIH par du sang infecté. Il est clair que la nature des services influencera fortement leur coût, et celui-ci variera d'un modèle à l'autre. Au moment d'entreprendre l'analyse des coûts et l'évaluation du rapport coût-efficacité d'un service de transfusion, il est essentiel de bien comprendre que les analyses réalisées dans les différents pays sont rarement établies à partir de systèmes directement comparables.

3. Paramètres qui ont une incidence sur les coûts

Comme on l'a vu dans la section 2 ci-dessus, les différences structurelles et organisationnelles existant d'un service de transfusion à l'autre peuvent avoir une incidence directe sur les coûts. Mais d'autres facteurs variant selon les projets peuvent aussi influencer les coûts en valeur absolue ainsi que le rapport coût-efficacité. Certains d'entre eux sont détaillés ci-dessous:

- **Prévalence du VIH chez les donneurs et les bénéficiaires.** En premier lieu, les bénéficiaires: aucune infection à VIH n'est évitée si une poche de sang sain est transfusée à un patient déjà séropositif. Ensuite, les donneurs: si la prévalence du VIH dans le sang donné est de 20%, alors le volume de sang mis au rebut sera probablement le double du volume de sang écarté dans le cas d'une prévalence de 10%. Ceci aura une incidence sur les coûts de remplacement du sang et le coût par infection à VIH évitée.
- **Politiques de recrutement des donneurs.** Les dons infectés par le VIH seront moins nombreux si des mesures sont prises pour exclure les donneurs présentant un haut risque d'infection à VIH et pour recruter activement des donneurs volontaires présentant un faible risque. En Zambie, par exemple, les enfants des écoles constituent la principale population source. Ceci oblige les

Stratégies de prévention du VIH

équipes mobiles de collecte de sang à effectuer de nombreux déplacements. Le coût du transport est élevé, mais cet élément est largement compensé par la nécessité très réduite de mettre du sang au rebut.

- **Faut-il se focaliser sur les échantillons de sang ou sur les patients ?** En se focalisant sur les patients, on devra dispenser des conseils aux donneurs séropositifs, ce qui aura des répercussions sur les ressources. Dans certains cas, des tests positifs conduiront au conseil des patients infectés et à la recherche de leurs partenaires sexuels, parfois au conseil du patient uniquement, et parfois simplement à la mise au rebut du don sans qu'aucun contact personnel ne soit pris avec le patient.
- **Economies possibles à différents niveaux.** Par exemple, lorsque le sang est collecté, testé et transfusé sur demande au niveau local, les coûts de recrutement, de collecte, de stockage et de transport seront considérablement moindres qu'ils ne le sont dans des services plus structurés. Le volume de sang collecté au niveau local déterminera si un examen de sang groupé ou en vrac peut ou non être réalisé. Au niveau national, la dimension du service de transfusion sanguine déterminera l'envergure des opérations et aura une incidence sur les coûts unitaires.
- **Types de tests utilisés.** Bien que le prix des tests de dépistage du VIH ait baissé ces dernières années, le test sérologique rapide reste plus cher (par unité testée) que le dépistage d'un grand lot au moyen du test ELISA. Toutefois, en fonction du volume et de la fréquence de collecte du sang, l'utilisation d'un test ELISA peut se révéler ou non plus économique. Le nombre de tests supplémentaires utilisés comme contrôles dépend également du nombre d'unités testées en une seule fois. Les tests rapides effectuent un contrôle par test, alors qu'un test ELISA utilisera, au plus, un contrôle tous les six tests. Ceci aura une incidence sur le coût total du dépistage.
- **Fiabilité des tests utilisés.** Les tests faux positifs ou faux négatifs risquent d'entraîner le gaspillage de sang sain ou la transfusion de sang infecté. Toutefois, les tests ont maintenant pour la plupart des hauts niveaux de sensibilité et de spécificité.
- **Les coûts de laboratoire sont-ils exclusivement imputables au dépistage du VIH** ou partagés avec d'autres services du laboratoire ?
- **L'ordre dans lequel les différents tests sont réalisés** (par ex: VIH, hépatite, syphilis et groupage sanguin) aura une incidence sur les coûts si le sang est mis au rebut sans faire l'objet d'autres examens dès qu'il est positif pour l'un des tests. L'ordre offrant le meilleur rapport coût-efficacité dépendra du coût de chacun des tests et de la prévalence de chaque maladie dans la population de donneurs, ce qui, à son tour, dictera les procédures de mise au rebut du sang. Mais tous les services ne fonctionnent pas de cette manière, et parfois tous les tests sont réalisés avant que l'on ne mette le sang au rebut.

- **L'éventail des compétences du personnel mettant en œuvre la stratégie.**
Ce sont ces compétences qui détermineront le choix entre le test ELISA et le test rapide.

UTILISATION DES MEDIAS GRAND PUBLIC

1. Introduction

Une stratégie utilisant les médias grand public entraîne le développement de matériels IEC (information, éducation et communication) et leur diffusion auprès du grand public par le biais de différents canaux médiatiques. La stratégie peut être mise en œuvre en une seule campagne ou en une série de campagnes.

L'étude de la stratégie est ici limitée aux campagnes qui parviennent à couvrir une grande partie de la population générale ou d'importants groupes spécifiques tels que les jeunes. Les campagnes ciblées sur des groupes particulièrement exposés ou la publicité associée à certains produits commerciaux spécifiques en sont exclues. Les questions touchant ces deux domaines sont abordées dans les sections sur l'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs, le marketing social des préservatifs et les stratégies de prévention parmi les consommateurs de drogues injectables. L'utilisation de la presse comme relais des informations sur le SIDA communiquées aux journalistes n'est pas non plus abordée ici ; mais la presse peut compléter les efforts des autres médias grand public.

Les objectifs de la plupart des campagnes grand public concernant le SIDA sont:

- fournir des informations, sensibiliser et stimuler les discussions,
- informer les personnes de la disponibilité d'autres informations et services,
- encourager les changements de comportement pour diminuer le risque d'infection, notamment par l'utilisation accrue des préservatifs, la diminution du nombre de partenaires sexuels, et la diminution des rapports sexuels avec des partenaires à haut risque,
- réduire les informations erronées concernant la transmission fortuite, et
- prévenir la discrimination à l'égard des personnes infectées par le VIH.

Les trois premiers de ces objectifs sont pertinents dans le contexte de la prévention du VIH. La tâche des médias grand public n'est pas simple. Il s'agit d'élaborer des messages compréhensibles pour tous et acceptables pour le plus grand nombre tout en étant persuasifs pour chacun. La stratégie peut en principe toucher un grand nombre de personnes relativement facilement, mais ce nombre dépend du type de média utilisé et de l'accès qu'ont les groupes ciblés à ce média.

Dans la majorité des pays où des cas de SIDA ont été déclarés, les pouvoirs publics ont pris certaines mesures pour informer la population au sujet des

risques et de la prévention de la maladie. L'ampleur et la manière dont les médias ont été utilisés ont été très inégales. Les premières campagnes, élaborées à la hâte pour combattre le VIH, étaient généralement mal préparées. Les campagnes plus récentes sont mieux adaptées aux différentes situations, leurs objectifs plus spécifiques et leurs publics mieux circonscrits. Ceci grâce à une planification plus attentive, à des discussions de groupes et à des études de marché visant à définir les points à traiter, puis en testant, révisant et testant à nouveau les messages auprès des publics potentiels et de groupes d'intérêt clés afin de s'assurer que les messages retenus sont clairs, bien adaptés au public visé et bien reçus et d'éviter ainsi toutes retombées négatives⁽²⁰⁾.

2. Description de projets potentiels

Il existe des différences considérables au niveau de la manière dont les campagnes grand public sont menées – leur intensité, leur niveau de pénétration, la qualité et les types de médias utilisés. Ces derniers sont par exemple la radio, la télévision, le cinéma, la musique, les divertissements, les journaux, les revues, les affiches, les tracts et les autocollants. Les pays industrialisés ont massivement fait appel à la télévision et aux journaux pour atteindre un haut niveau d'efficacité. Certains pays ont complété ces stratégies par la distribution de brochures d'information auprès des foyers. Les pays en développement ont en général davantage utilisé la radio et les médias imprimés distribués dans un certain nombre de points de diffusion tels que les dispensaires, les écoles et les transports publics. Les campagnes grand public organisées par les gouvernements ont généralement utilisé des canaux tels que la radio/télédiffusion et la presse alors que les groupes locaux ont davantage utilisé la presse et les contacts personnels⁽²⁰⁾.

Tous les pays font appel simultanément à plusieurs stratégies de prévention du VIH et les limites d'une stratégie utilisant les médias grand public par rapport à d'autres, telles que le marketing social ou l'éducation SIDA dans les écoles, sont parfois assez floues. Dans une certaine mesure, ces limites sont théoriques en raison des rapports synergiques existant entre les différentes stratégies. Ainsi, une campagne grand public organisée par le gouvernement pourra accroître le succès d'une organisation de marketing social et, inversement, celle-ci pourra populariser et renforcer les messages de la campagne publicitaire gouvernementale, de telle sorte que les deux stratégies se renforcent et se soutiennent mutuellement. De même, l'efficacité d'une campagne médiatique grand public appelant à l'utilisation du préservatif dépendra, entre autres choses, de la disponibilité et de l'accessibilité des préservatifs fournis dans le cadre d'autres stratégies. L'éducation individuelle est également renforcée par les campagnes médiatiques grand public.

3. Paramètres ayant une incidence sur les coûts

Un certain nombre de ces paramètres sont énumérés ci-dessous:

- **Elaboration de matériels.** Les coûts seront influencés par le temps et le type de travail investis dans l'élaboration des matériels IEC. Par exemple, des

ressources en services externes pourront être sollicitées pendant cette phase. Ces coûts pourront être réduits si les matériels utilisés ont déjà été produits ailleurs. Les matériels tels que les films ou les programmes éducatifs peuvent être achetés auprès d'autres pays, ou les matériels qui ont déjà été projetés peuvent être rediffusés.

- **Type de média utilisé.** Il est clair que les coûts sont différents s'ils concernent des médias audiovisuels ou, par exemple, la presse.
- **Intensité de l'utilisation d'un média.** Par exemple, la longueur d'un programme ou d'une publication, leur fréquence de diffusion, et la durée de la campagne.
- **Qualité du média.** Par exemple, si la diffusion a lieu pendant les heures de grande écoute ou en dehors.
- **Prix facturé pour un temps d'antenne ou un encart dans la presse.** La couverture médiatique peut être payée à un prix commercial, ou financée par le secteur privé, ou encore subventionnée par les pouvoirs publics.
- **Economies d'échelle.** Les coûts fixes des campagnes grand public sont généralement élevés. De ce fait, plus la population est nombreuse et plus elle est dense, moins les coûts unitaires d'une telle campagne seront élevés. À l'inverse, si la population est peu nombreuse et très éparpillée, le coût par personne touchée sera plus élevé.
- **Fluctuation des coûts de production et de diffusion d'un pays à l'autre.** Cette fluctuation peut être considérable et rendre problématiques les comparaisons internationales entre les projets.

EDUCATION SIDA DANS LES ECOLES

1. Introduction

L'éducation SIDA dans les écoles est un type spécialisé de programme IEC (information, éducation et communication) mis en œuvre par des enseignants et d'autres membres du personnel scolaire. Dans ces Directives, nous prenons pour hypothèse que la stratégie se déroule pendant le temps scolaire. Elle sera normalement entreprise après l'élaboration d'un programme scolaire pour l'éducation SIDA et sera souvent intégrée dans des activités d'éducation sexuelle plus larges. Les objectifs seront similaires à ceux des programmes utilisant les médias grand public et viseront notamment à:

- fournir des informations, sensibiliser et stimuler les discussions,
- encourager l'adoption d'un comportement sans risque pour diminuer le

Stratégies de prévention du VIH

risque d'infection en incitant, par exemple, à retarder le premier rapport sexuel ou à utiliser davantage les préservatifs,

- corriger les informations erronées concernant la transmission fortuite,
- prévenir la discrimination à l'égard des personnes infectées par le VIH.

Comme dans le cas de la stratégie médiatique grand public, les ressources seront d'abord investies dans l'élaboration et la production de matériels d'éducation destinés aux enfants des écoles. Les médias utilisés seront normalement des imprimés pouvant servir dans les classes (recueils de textes, feuilles d'activités, brochures pour les élèves, guides d'enseignement pour les enseignants), mais il est également envisageable de produire des vidéos, des affiches et des magazines.

Les programmes d'éducation scolaire demandent un travail relativement important, engageant divers membres du personnel scolaire et des élèves pour fournir une éducation SIDA. Le personnel impliqué pourra être composé d'enseignants et de conseillers scolaires. Les directeurs d'écoles pourront recevoir une formation pour sensibiliser ce personnel à l'importance de l'éducation SIDA dans leur établissement. En l'absence de sensibilisation, les enseignants formés pourraient être empêchés de mettre en place la stratégie en raison de la résistance de leurs collègues.

Les écoles ont le potentiel pour sensibiliser et influencer les comportements aussi bien à court qu'à long terme parce qu'elles fournissent un environnement dans lequel les enfants et les adolescents sont encouragés à apprendre et à respecter l'autorité. Nous supposons généralement que la population cible n'est pas infectée et que les bénéfices de la stratégie se multiplieront quelques temps après sa mise en place grâce à une amélioration des connaissances, des attitudes et des comportements.

L'éducation SIDA dans les écoles peut faire l'objet d'un programme à part. Les bénéfices potentiels du programme peuvent, toutefois, être renforcés par d'autres stratégies complémentaires, telles que les campagnes médiatiques grand public dirigées vers la population générale ou les jeunes adolescents, les projets de marketing social des préservatifs et d'autres projets qui permettent d'améliorer la disponibilité des préservatifs.

2. Description des programmes potentiels

Les programmes d'éducation SIDA dans les écoles sont le plus souvent mis en œuvre dans le secteur public, en complément des programmes scolaires. Un programme peut se dérouler au niveau national ou sur une plus petite échelle, par exemple, s'il s'agit d'une initiative régionale ou municipale. Un programme peut impliquer un partenariat avec d'autres organismes tels que les ONG qui gèrent des projets d'éducation scolaire de petite envergure.

L'acceptabilité d'un programme d'éducation SIDA dans les écoles et son contenu dépendront fortement du contexte culturel et varieront dès lors grandement entre les pays. Les programmes seront également de qualité et d'intensité différentes. Par exemple, un programme peut se borner à dispenser de courtes séances de formation aux enseignants, suivies de sessions uniques auprès des enfants pendant lesquelles ceux-ci entendront un certain nombre de messages et recevront du matériel d'information. Dans d'autres cas, l'éducation SIDA peut être intégrée dans des programmes nationaux, les enseignants peuvent recevoir plusieurs semaines de formation et les enfants peuvent suivre des cours réguliers pendant plusieurs années. Ces cours peuvent intégrer l'éducation SIDA au sein d'une éducation sexuelle et sanitaire plus large et faire appel à différentes stratégies visant à faire participer les enfants aux discussions sur le VIH et à promouvoir un comportement sexuel sans risque.

3. Paramètres ayant une incidence sur les coûts

Un certain nombre de ces paramètres sont énumérés ci-dessous:

- **Elaboration de matériels d'éducation:** temps et type de travail investis pour élaborer des programmes scolaires d'éducation SIDA et des matériels d'appui. Par exemple, des ressources en services externes peuvent ou non être sollicitées pendant cette phase.
- **Production de matériels éducatifs:** quantité et qualité des matériels éducatifs produits pour chaque élève et chaque enseignant bénéficiant de la stratégie.
- **Formation des enseignants:** temps investi pour sensibiliser et former le personnel scolaire.
- **Temps d'enseignement scolaire consacré à l'éducation SIDA.**
- **Coûts en personnel:** la stratégie requiert beaucoup de travail et les coûts relatifs aux formateurs et aux enseignants ne doivent pas être oubliés lors de comparaisons internationales ou de l'extrapolation des données relatives aux coûts à d'autres pays.
- **Economies d'échelle:** plus la population cible est importante, plus les coûts fixes de la stratégie, tels que les coûts d'élaboration de programmes et de matériels, seront répartis sur un plus grand nombre d'écoles et d'écoliers, ce qui réduit les coûts unitaires.

MARKETING SOCIAL DES PRESERVATIFS

1. Introduction

Le «marketing social» diffuse des biens ou des idées de santé publique par le biais de canaux de commercialisation conventionnels. Le marketing social des préservatifs a d'abord été intégré à celui des contraceptifs. Il était conçu comme une stratégie destinée à la prévention du SIDA en raison du potentiel qu'il représentait pour une vaste diffusion des préservatifs, ceux-ci constituant l'un des principaux moyens de protection contre l'infection à VIH et d'autres IST susceptibles de faciliter la transmission du virus lors d'expositions ultérieures à l'infection. Améliorer l'accès aux préservatifs ou à divers aspects liés à cet accès fait partie intégrante de la majorité des autres stratégies abordées dans le présent chapitre.

Dans bon nombre de pays, les personnes ne peuvent pas se procurer des préservatifs facilement, régulièrement ou à bas prix. Les préservatifs ne sont pas toujours immédiatement disponibles au moment où leurs utilisateurs en ont besoin. Ils peuvent généralement être obtenus soit à un prix relativement élevé dans le secteur commercial, soit gratuitement ou à un prix symbolique auprès du secteur public. Dans le premier cas, le prix peut constituer un obstacle pour un grand nombre d'utilisateurs potentiels ; dans le second, la qualité des préservatifs est souvent insuffisante, ou perçue comme telle, et leur disponibilité est parfois irrégulière.

Le principal objectif des projets de marketing social est de contribuer à prévenir la transmission de l'infection à VIH en obtenant une meilleure disponibilité et une plus large utilisation de préservatifs de bonne qualité et accessibles financièrement. La stratégie assure habituellement la promotion du préservatif en général et, en particulier, du préservatif de la marque diffusée par l'organisme se chargeant du marketing social. Elle a également pour objectif de diffuser des messages concernant la prévention du VIH, les comportements sexuels sans risque et l'utilisation correcte du préservatif. Ces objectifs sont atteints par le biais de techniques de marketing usuelles, à savoir : études de marché, acquisition et conditionnement des préservatifs, publicité et promotion relatives au produit, formation des distributeurs, distribution du produit et gestion du projet. La nature non médicalisée des préservatifs permet d'impliquer dans le projet un large éventail de distributeurs, notamment les professionnels de la santé, les pharmaciens, les sages-femmes, les accoucheuses et les guérisseurs traditionnels, des commerçants et des vendeurs itinérants. Les préservatifs peuvent être commercialisés dans des points de vente traditionnels (pharmacies) ou non traditionnels (stations services, hôtels, etc.). Dans la pratique, on a multiplié les moyens de distribution afin d'assurer une très vaste diffusion.

Les activités menées par les projets sont adaptées au contexte et à l'environnement dans lesquels la stratégie se déroule. Les projets peuvent stimuler la demande de préservatifs par des campagnes de publicité et de promotion fon-

dées sur des études de marché. Ces campagnes peuvent reprendre les techniques des campagnes grand public déjà mentionnées, mais s'adresser à des groupes plus ciblés en faisant appel à la fois à des actions locales et aux médias grand public. Une fois que la demande est stimulée, les entreprises commerciales peuvent se montrer désireuses d'investir directement sur le marché du préservatif. Là où la demande existe et démontre un fort potentiel de croissance, le rôle du marketing social sera d'étendre l'approvisionnement en préservatifs en renforçant les réseaux de distribution. L'objectif du marketing social est certes de maintenir de bas niveaux de prix, mais certains projets lancent des préservatifs de différentes sortes afin d'atteindre des cibles de marché diversifiées. Ainsi, les recettes engrangées lors de la vente de préservatifs plus onéreux peuvent être affectées à des subventions visant à baisser les prix dans d'autres secteurs du marché.

Les recettes des ventes permettent de financer les programmes et de réduire d'autant les subventions nécessaires à leur fonctionnement. L'équilibre à trouver entre le recouvrement des coûts et la demande sera, dans une certaine mesure, une décision politique, ce qui reflète l'importance relative donnée à la durabilité et à la couverture géographique des programmes⁽⁵⁷⁾. De nombreux projets sont subventionnés par les pouvoirs publics ou les donateurs, ce qui permet de réduire les prix et d'améliorer l'accès aux préservatifs. A contrario, certains projets sont parvenus à atteindre une autosuffisance financière totale, poursuivant leurs activités de marketing sans le soutien financier ou technique des donateurs. Citons, à titre d'exemple, le projet indonésien de promotion des préservatifs «DuaLima Red» dans le cadre duquel les partenaires commerciaux supportent l'ensemble des coûts⁽⁵⁵⁾.

Les projets de grande envergure sont généralement mis en œuvre ou régis par des organismes privés à but non lucratif. A ce jour, les compétences nécessaires pour ce type de projets proviennent généralement d'un petit nombre d'organisations américaines, soit directement soit par l'intermédiaire de leurs organismes affiliés implantés dans les pays. La répartition des responsabilités entre les organismes participants du secteur privé et du secteur public variera selon les pays et en fonction des politiques de l'organisme chapeautant le projet.

2. Description de projets potentiels

Plusieurs types de projets peuvent être mis en œuvre, selon l'environnement et l'importance – variable – accordée par les divers organismes de marketing à la durabilité et aux nombres de personnes à atteindre. Cisek et Maher (1992) ont regroupé les stratégies sous quatre types, différant en fonction d'un degré croissant de participation du secteur privé⁽⁵⁵⁾.

Les projets de Type 1 améliorent la disponibilité des préservatifs en les distribuant gratuitement. Les projets créent et gèrent souvent leurs propres structures administratives, mettant en place des agences et des réseaux de distribution. Les préservatifs sont fortement subventionnés et de ce fait accessibles à tous si les réseaux de distribution sont appropriés. Ces projets coûtent cher aux donateurs qui les financent ; ils demeurent donc fortement dépendants des donateurs.

Stratégies de prévention du VIH

Les projets de Type 2 utilisent plus largement les infrastructures privées et publiques existantes. Par exemple, un projet peut obtenir des distributeurs privés locaux qu'ils réalisent des activités de distribution et de formation. Le recouvrement des coûts est meilleur, ce qui permet de mieux faire face aux dépenses des projets.

Les projets de Type 3 diversifient l'origine des biens et ne dépendent plus des donateurs. L'une des stratégies d'acquisition des préservatifs consiste à négocier des prix réduits avec les fabricants de préservatifs. La contrepartie pour ces fabricants est l'utilisation des fonds en provenance des donateurs pour la promotion et le marketing de leurs produits, ce qui permet de lancer des campagnes IEC spécialisées au nom du fabricant concerné. Cette stratégie pourrait bien être la plus appropriée dans les pays où la demande est faible et où les fabricants hésitent à investir pour favoriser le développement du marché. Ce type de projet utilise généralement le réseau de distribution existant et contribue à son développement.

Les projets de Type 4 tirent au maximum parti des infrastructures du secteur privé, et notamment de ses capacités de gestion commerciale. L'engagement des donateurs est au niveau du développement du marché, mais les partenaires commerciaux peuvent également y contribuer. Les projets n'ont ainsi pas à supporter les coûts liés à la gestion ou à la fabrication. Les préservatifs sont distribués à un prix qui couvre tous les coûts et génère une marge bénéficiaire pour les distributeurs, les grossistes et les revendeurs du secteur privé.

3. Paramètres ayant une incidence sur les coûts

Certains de ces paramètres sont énumérés ci-dessous:

- **Durée du projet.** Les coûts de lancement sont très souvent élevés étant donné la nécessité d'étudier le marché et d'élaborer les produits. Cette étape requiert souvent un appui technique important, ce qui contribue à augmenter les coûts. Par ailleurs, les ventes augmentant sur la durée, entraînant avec le temps une baisse des coûts unitaires.
- **Economies d'échelle.** Elles dépendent de l'ampleur du marché.
- **Nature de la population ciblée.** Par exemple, la répartition de la population entre zones rurales et urbaines peut influencer les coûts.
- **Origine des préservatifs fournis.** Les préservatifs peuvent provenir de donations, d'achats sur le marché international ou encore, leur prix peut avoir été négocié avec certains fabricants.
- **Modèle de marketing social utilisé.** Les coûts seront notamment influencés par le rôle du secteur commercial dans des activités telles que l'administration, la gestion, la formation, la promotion et la distribution. Un modèle

de Type 1 aura des systèmes de distribution plus onéreux qu'un modèle de Type 4. Selon le point de vue retenu pour l'évaluation des coûts, ceux-ci seront plus ou moins affectés par l'ampleur de l'engagement du secteur commercial. Si l'on s'intéresse uniquement aux coûts incombant au secteur public, l'engagement du secteur privé permettra de les réduire considérablement. Si l'on se place du point de vue de l'ensemble des fournisseurs, les coûts pourront être légèrement réduits dans la mesure où il peut être plus efficace pour le secteur privé d'assumer ces rôles que pour une organisation de marketing social de mettre en place des systèmes parallèles.

- **Les niveaux de recouvrement des coûts** auront une incidence sur les coûts nets des projets.
- **Si les organisations de marketing social commercialisent le préservatif mais également d'autres produits**, (tels que d'autres types de contraceptifs) l'imputation des frais généraux sera partagée entre les différents produits.
- **Les paramètres ayant une incidence sur la composante promotion et publicité de la stratégie** incluent les médias qui sont réellement utilisables pour le marché des préservatifs (voir aussi la discussion analogue sur les paramètres affectant les coûts).

TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1. Introduction

Les infections sexuellement transmissibles (soit les IST guérissables, non compris le VIH) sont un problème de santé majeur dans les pays en développement. Over et Piot (1993) estiment qu'elles sont l'un des dix principaux problèmes de santé responsables de la perte d'années de vie saine⁽¹⁹⁾. En tant que cause importante de morbidité, les raisons de les traiter apparaissent comme impératives, et sont encore confortées si l'on considère l'interaction entre IST et VIH⁽⁶⁶⁾. Les rapports sexuels non protégés constituent un facteur de risque pour les deux et les facettes de leur interaction sont nombreuses. L'infection à VIH peut, en raison de ses effets sur le système immunitaire, augmenter la prédisposition aux IST et inhiber l'efficacité des traitements. De leur côté, les IST peuvent favoriser la transmission du VIH, notamment dans le cas d'infections entraînant une ulcération génitale. Cette dernière relation souligne l'importance du traitement des IST en tant que moyen de réduire le risque de transmission du VIH, de guérir les IST elles-mêmes et de prévenir toute nouvelle transmission.

Ce commentaire est principalement axé sur la gestion des IST, qui comprend le traitement de la maladie, l'éducation sanitaire et des activités de promotion telles

Stratégies de prévention du VIH

que le conseil, ainsi que la distribution de préservatifs et une éducation concernant leur utilisation. Les stratégies de prévention des IST comme du VIH seront semblables dans la mesure où les facteurs de risque et les populations cibles sont semblables. Certains des points concernant la prévention des IST et du SIDA dans un groupe donné sont traités dans les commentaires portant sur l'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs.

L'une des premières étapes de la mise en œuvre de la stratégie doit être de mettre au point et de diffuser des diagnostics et des protocoles de traitement standard. Leur diffusion dans le cadre de séminaires, d'ateliers et de sessions de formation doit être suivie régulièrement par des médecins traitant les IST. En outre, la formation dans des domaines tels que la logistique de l'approvisionnement en médicaments, le conseil et la notification au partenaire, peut améliorer les compétences d'appui au domaine médical.

Le traitement des patients nécessitera probablement un diagnostic établi par un examen médical et, lorsque cela est possible, un examen au microscope en laboratoire, des tests sanguins et des techniques de culture biologique. Le diagnostic est difficile à établir pour la plupart des syndromes des IST, notamment chez les femmes. L'examen au microscope étant souvent insuffisant pour le diagnostic, et les tests en laboratoire étant chers et complexes du point de vue technique, il est de plus en plus souvent fait appel à l'examen médical et aux algorithmes cliniques pour établir des diagnostics (gestion de cas syndromique) L'approche syndromique utilise des algorithmes basés sur les signes et symptômes les plus communément rencontrés pour diagnostiquer et traiter⁽⁶²⁾. Le diagnostic est suivi par la fourniture ou la prescription de médicaments. Les patients doivent également être conseillés et approvisionnés en préservatifs, ce qui fait partie intégrante de la gestion de leur maladie, ainsi que de leur protection et de celle de leurs partenaires contre de nouvelles infections.

La promotion des préservatifs est une mesure commune à d'autres stratégies abordées dans le présent document – notamment le marketing social des préservatifs, l'éducation utilisant les médias grand public et l'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs. Certains projets peuvent également prévoir les modalités de la notification au partenaire. C'est une forme de ciblage qui a pour objectif de recenser et de traiter la personne qui a infecté le patient et les personnes qui ont été infectées par lui. Ainsi, les personnes non infectées peuvent se protéger, celles qui sont infectées peuvent être soignées et le patient peut éviter une réinfection. Le fournisseur de services ou le patient peuvent prendre la responsabilité de la notification aux partenaires et de les orienter vers les services compétents. Ce service de sensibilisation peut utiliser des ressources importantes et sa faisabilité et son efficacité dépendent fortement de l'environnement culturel dans lequel opère la stratégie.

Les avantages de la stratégie, autres que la réduction de la propagation du VIH, devraient également être recensés. Ce sont notamment la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux IST en général, grâce au traitement clinique et à l'utilisation accrue des préservatifs, ainsi que la protection contre les gros-

esses non désirées pouvant être conférée par l'utilisation accrue de préservatifs. Il peut également y avoir des avantages au niveau organisationnel, tels que l'amélioration des systèmes d'approvisionnement en médicaments et la réduction des coûts liée à l'adoption de procédures de prescription plus rationnelles.

2. Description de projets potentiels

Les projets entreprendront toutes ou une partie seulement des activités évoquées ci-dessus. Les plus simples par exemple se borneront à établir des diagnostics et à prescrire des médicaments. D'autres activités, telles que la mise au point de protocoles de traitement, la formation, le conseil, la fourniture de préservatifs et la notification au partenaire seront optionnelles et mises en œuvre en fonction de la motivation et des ressources existantes.

Certains projets de traitement des IST auront peut-être fonctionné longtemps sans aborder les problèmes inhérents au SIDA, d'autres pourront avoir été mis en place très récemment ou avoir été renforcés pour améliorer l'accès au traitement des IST et travailler à la réduction de la transmission du SIDA. Les projets de traitement des IST qui font expressément partie d'une stratégie régie par des politiques seront généralement conçus par le secteur public. Les installations de traitement des IST du secteur privé auront plus vraisemblablement été mises en place de manière opportuniste, avec pour principal motif le profit plutôt que les politiques. L'évaluation des coûts de ces entreprises peut fournir des informations utiles qui aideront les prises de décisions concernant les politiques dans le secteur public.

Certains projets, notamment de recherche opérationnelle, pourront avoir été lancés par des universités ou des groupes de recherche, ce qui peut signifier qu'ils seront plus coûteux par rapport à la simple fourniture de services. La nature et le niveau de ces coûts doivent être inclus dans le processus d'évaluation. Si certains des coûts ne sont pas nécessaires lors de la reproduction d'un projet, ou n'ont rien à voir avec son efficacité (par exemple, les frais découlant de la recherche), il peut être souhaitable de les exclure des analyses.

Il y aura également des différences dans la relation que les services de traitement des IST entretiennent avec les autres secteurs du service de santé. Ils peuvent être établis «horizontalement», ce qui signifie qu'ils sont intégrés aux services de santé primaires destinés à la population générale. Les patients souffrant d'IST peuvent, par exemple, être vus dans des dispensaires généralistes proposant des consultations externes. Mais ces services peuvent aussi être établis «verticalement», c'est-à-dire en tant que services séparés, mais complémentaires des services généraux de soins de santé primaires. Dans ce cas, les patients seront vus dans des dispensaires spécialisés pour le traitement des IST. La troisième possibilité est que les services de traitement des IST seraient fournis dans le cadre de projets spécialement ciblés sur les groupes particulièrement exposés, tels que les professionnel(le)s du sexe ou leurs clients. Alors que les services habituels de traitement des IST peuvent se révéler très onéreux pour de

tels groupes, les projets peuvent offrir un meilleur rapport coût-efficacité en raison du nombre de transmissions du VIH qui seront évitées.

Enfin, les mécanismes d'aiguillage peuvent varier selon les projets. Les dispensaires publics anti-IST enverront les patients aux instances plus spécialisées de leur propre structure. Lorsqu'ils existent, les dispensaires privés ou gérés par des ONG feront appel à des instances secondaires ou tertiaires dans leur propre secteur ou pourront conclure des accords leur permettant de recourir aux services publics.

3. Paramètres ayant une incidence sur les coûts

Certains de ces paramètres sont énumérés ci-dessous:

- **Incidence et prévalence des IST au sein de la population générale.** Ces facteurs influenceront l'utilisation des services et, partant, les coûts unitaires.
- **Stratégie de diagnostic.** Les coûts varieront si le diagnostic se fonde sur un examen médical, la microscopie ou le test en laboratoire, la culture biologique en laboratoire, ou la gestion des syndromes.
- **Sensibilité et spécificité des procédures de diagnostic.** Ces procédures peuvent conduire à des traitements inadaptés ou inutiles.
- **Le projet fournit les médicaments.** Dans certains cas, le projet ne fait que prescrire, le coût des médicaments incombant aux patients.
- **Coût des médicaments et des tests de diagnostic.** Ces coûts seront affectés par le fait que les médicaments et les tests sont ou non procurés localement ou importés au moyen de devises étrangères.
- **Origine des préservatifs fournis par le projet.** Ils peuvent être achetés sur le marché international ou fournis au projet à des prix majorés ou au contraire préférentiels.
- **Adéquation des pratiques de prescription.**
- **Activités fournies.** Le coût dépendra de la mesure dans laquelle le projet mettra effectivement en œuvre diverses activités telles que mise au point et diffusion de protocoles standard ou notification aux partenaires.
- **Coût des salaires.** Ces dépenses peuvent constituer une partie relativement importante des coûts totaux dans la mesure où la stratégie nécessite beaucoup de travail, impliquant des consultations individuelles. Les coûts relatifs de personnel ne doivent pas être oubliés lorsque l'on fait des comparaisons internationales.

EDUCATION DES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE PAR LES PAIRS

1. Introduction

Les projets d'éducation par les pairs sont des stratégies qui nécessitent généralement beaucoup de travail. Si la population cible est relativement accessible ou particulièrement exposée, les avantages peuvent être plus importants et les interventions ont toutes les chances d'avoir un meilleur rapport coût-efficacité. Les professionnel(le)s du sexe constituent un groupe très exposé au risque d'infection par le VIH en raison du nombre de leurs partenaires sexuels et parce qu'ils souffrent souvent d'autres IST qui favorisent la transmission du VIH. Ils sont donc généralement considérés comme le groupe transmettant le plus fréquemment le VIH à l'ensemble de la population.

Recenser et atteindre les professionnel(le)s du sexe dans une population donnée peut à l'origine prendre beaucoup de temps. L'expérience a montré que des professionnel(le)s du sexe sélectionnés pour cette tâche se montrent efficaces pour localiser leurs pairs et leur dispenser une éducation. Nous prenons pour hypothèse que les professionnel(le)s du sexe en activité sont plus réceptifs à l'éducation et plus disposés à changer leurs comportements si cette sensibilisation provient de leurs pairs. L'objectif principal de l'éducation par les pairs est d'encourager les professionnel(le)s du sexe à utiliser des préservatifs avec tous leurs partenaires et à faire soigner leurs IST rapidement. Cette éducation peut également s'adresser aux clients.

Les projets sont pratiquement toujours gérés et mis en œuvre par des organisations non gouvernementales (ONG). Les activités initiales de la stratégie incluent l'élaboration et la production de matériels IEC ciblés, et le recrutement et la formation de professionnel(le)s du sexe faisant fonction d'éducateurs de leurs pairs. Les professionnel(le)s du sexe sont en majorité des femmes et les projets engagent souvent, pour atteindre les autres, des femmes qui sont encore ou ont été des prostituées. Une fois que le projet est lancé, les activités de sensibilisation classiques incluent également l'éducation, la formation aux compétences (comment négocier avec les partenaires sexuels et utiliser les préservatifs) et la distribution ou la vente de préservatifs. Les éducateurs pour les pairs peuvent constituer un lien efficace entre les professionnel(le)s du sexe et les services de traitement des IST, en les encourageant ainsi que leurs clients à demander un dépistage et un traitement. Nous n'aborderons pas ici le traitement des IST puisqu'il en a déjà été question.

Les activités d'un projet d'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs sont communes, ou complémentaires, à un certain nombre d'autres stratégies abordées dans le présent document, notamment le marketing social des préservatifs, l'éducation utilisant les médias grand public et le traitement des IST. Le succès d'une stratégie d'éducation par les pairs peut partiellement dépendre de ces autres stratégies et, de leur côté, les professionnel(le)s du sexe faisant fonction

d'éducateurs de leurs pairs peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation aux IST et au VIH et une utilisation accrue des préservatifs. Certains des bénéfices de cette stratégie qui ne sont pas en rapport avec le SIDA, tels que la diminution de la prévalence et de l'incidence des IST, et probablement une réduction du nombre de grossesses non désirées due à l'utilisation du préservatif, doivent être décrits lorsque l'on présente les résultats du processus d'évaluation des coûts.

2. Description de projets potentiels

Il existe certaines différences dans la nature des projets. Ceux-ci sont mis en œuvre dans divers lieux, tels que les bars, les centres sociaux, les logements, les dispensaires anti-IST, les maisons de passe et les aires de repos des routiers. Les séances éducatives peuvent être réalisées de manière individuelle ou en groupe. Les éducateurs pour les pairs peuvent entreprendre des activités formelles (sessions éducatives organisées) ou informelles (comme de parler de la transmission du VIH et des IST au moment de négocier le prix avec le client). Ils peuvent ou non utiliser des matériels IEC, lesquels peuvent aller de simples brochures, bandes dessinées et affiches, à des matériels promotionnels tels que des T-shirts et des sacs, ainsi que des vidéos et des films produits spécialement. Des préservatifs peuvent être distribués gratuitement ou vendus dans un but commercial ou pour récupérer une partie des coûts du projet. Les professionnel(le)s du sexe faisant fonction d'éducateurs de leurs pairs peuvent être des bénévoles ou faire partie du personnel salarié. La réussite de ces projets repose sur la capacité de ces éducateurs à se mêler librement à la communauté. L'emploi de volontaires peut réduire de manière significative le coût d'exploitation du projet. Cette économie doit cependant être relativisée en raison du taux élevé d'abandons constatés parmi les volontaires qui ne parviennent pas toujours à donner la priorité au travail qui leur est confié dans le cadre du projet.

3. Paramètres ayant une incidence sur les coûts

Certains de ces paramètres sont énumérés ci-dessous:

- **Temps et type de travail investis dans l'élaboration de matériels IEC adaptés.** Par exemple, des ressources en services externes peuvent ou non être sollicitées pendant cette phase. Les matériels IEC doivent également être révisés périodiquement.
- **Temps investi dans la formation du personnel et des éducateurs pour les pairs.**
- **Accessibilité géographique et sociale des groupes cibles.**
- **Nombre total de professionnel(le)s du sexe ciblés.** Lorsque le nombre est élevé, cela signifie que les dépenses sont plus importantes pour certains matériels IEC ou pour les préservatifs, mais cela peut contribuer à réduire les coûts moyens.

- **Intensité du contact entre les éducateurs pour les pairs et les professionnel(le)s du sexe.** Le coût variera si les sessions éducatives sont réalisées individuellement ou en groupe.
- **Statut des éducateurs pour les pairs (salariés ou bénévoles).**
- **Types de matériels éducatifs utilisés lors des séances** (fiches, tracts).
- **Origine des préservatifs fournis par le projet.** Ils peuvent être achetés sur le marché international ou fournis au projet à des prix majorés ou au contraire préférentiels.
- **Préservatifs payants ou gratuits.**
- **Existence d'activités complémentaires** telles que les activités génératrices de revenus ou les crèches ou autres établissements de prise en charge des enfants.

CONSEIL ET TEST VOLONTAIRES

1. Introduction

Le rôle des services conseil et le test volontaires du VIH a pris une importance prépondérante au sein des activités de prévention du VIH en raison de l'intensification des actions de prévention de la transmission mère-enfant et de nouvelles solutions de soin et de gestion des infections opportunistes (par exemple, les thérapies de prévention de la tuberculose)⁽⁹¹⁾. Dans le cadre du processus de conseil, le conseil et le test volontaires peuvent aider à informer des clients non infectés des risques liés au VIH et donner aux personnes séropositives une éducation leur permettant de faire face à leur infection et d'éviter de la transmettre à leurs partenaires. Toutefois, la mise en place de ces services pose certains problèmes, notamment, la difficulté de les faire accepter, les gens n'étant pas toujours enclins à se faire tester et à revenir chercher leurs résultats. En Côte d'Ivoire, 17,5% seulement des femmes séropositives au VIH recensées initialement ont pris part à un essai – certaines n'ont pas accepté de faire le test, d'autres ne sont pas revenues chercher leurs résultats, et plus de 40% d'entre elles ont simplement refusé de participer à l'essai en dépit de leur séropositivité et du fait qu'elles étaient enceintes⁽¹³⁸⁾. La mise en œuvre de ces services sera facilitée si des efforts sont faits pour se concentrer sur le processus des programmes⁽⁹²⁾, mais ils sont la plupart du temps lents à démarrer, même dans les pays disposant de ressources suffisantes, ce qui met en évidence l'importance de la crainte et de la stigmatisation qui constituent des obstacles à leur utilisation.

Un service qui propose un conseil et un test volontaires prévoit un conseil avant le test, un conseil après le test et le test lui-même. Les activités d'appui néces-

saies comprennent la formation du personnel, ainsi que l'élaboration et la diffusion de matériels IEC. Le conseil devrait être intégré dans tous les services qui proposent un dépistage du VIH. Les objectifs du conseil et du test volontaires sont nombreux⁽⁹⁰⁾.

- renforcer la motivation poussant à changer son comportement sexuel ou en matière de drogues. Ce n'est qu'ainsi que les personnes séronégatives pourront se protéger de l'infection par le VIH et éviter que des personnes séropositives ne leur transmette le virus ;
- encourager les personnes susceptibles de courir un risque élevé à aller se faire tester,
- identifier rapidement les besoins médicaux et sociaux des personnes infectées par le VIH, et s'assurer que les infections communes sont correctement traitées,
- permettre aux femmes de prendre des décisions sur les questions de santé reproductive en toute connaissance de cause,
- aider les personnes à faire face au stress lié aux problèmes en rapport avec le VIH et soulager l'anxiété liée à l'incertitude concernant l'état sérologique vis-à-vis du VIH ;
- fournir un service, notamment de conseil, à ceux qui veulent connaître leur statut sérologique afin de leur permettre de se protéger et de protéger les autres contre l'infection, et planifier leur avenir.

Les principales activités d'un service de conseil et de test volontaires sont notamment:

- i. Une séance de conseil avant le test entre un conseiller spécialement formé et un individu, un couple ou un groupe,
- ii. Des examens de laboratoire pour ceux qui décident de faire le test,
- iii. Une séance de conseil après le test.

Controversée, l'efficacité du conseil et du test volontaires à la fois au niveau individuel et au niveau de la population elle a été analysée par De Zoysa et al. (1995)⁽⁸⁴⁾. L'examen de 50 études a livré des résultats contrastés quant à l'impact du conseil et du test sur les comportements à risque⁽⁸⁵⁾. Une étude menée au Rwanda a révélé une augmentation de l'utilisation déclarée des préservatifs⁽⁸²⁾. Dans un projet de recherche réalisé au Zaïre au début des années 1990, une forte augmentation de l'utilisation des préservatifs et une plus grande abstinence ont suivi des séances répétées et intensives de conseil auprès de couples sérodifférents (un seul partenaire infecté)⁽⁸⁶⁾. Le Centre d'information sur le SIDA d'Ouganda, qui proposait des séances anonymes de dépistage du VIH et de conseil, a également pu faire valoir une augmentation substantielle de l'utilisation des préservatifs⁽⁸⁸⁾. Une étude réalisée dans la République-Unie de Tanzanie a révélé qu'une proportion nettement plus importante de femmes que d'hommes ne voulaient pas que leur conjoint apprenne leur séropositivité au VIH⁽⁹⁷⁾. Bien qu'il ressorte de plusieurs études que les services de conseil et de test volontaires modifient effectivement, du moins à court terme, les comportements

sexuels entre hétérosexuels – et notamment lorsque les couples sont conseillés ensemble –, la relation entre le conseil et le test volontaires et la réduction de la transmission du VIH demeure complexe. Une des stratégies qui pourrait améliorer l'efficacité du conseil et du test volontaires serait de préférer les tests rapides aux tests ELISA largement employés⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾. Ces tests livrent leurs résultats le jour même ou relativement rapidement.

Certains craignent que le conseil et le test volontaires ne constituent une stratégie très coûteuse en raison de l'importance accordée au conseil individuel. Il a été dit que ceux qui viennent demander un conseil et un test volontaires pourraient faire partie d'un groupe bien particulier pouvant être atteint grâce à d'autres moyens, moins onéreux⁽⁸⁴⁾.

Il convient de mentionner dans l'analyse que le conseil et le test volontaires peuvent entraîner d'autres avantages sans rapport avec le VIH, mais découlant du changement de comportements sexuels ; ce sont notamment le diagnostic des IST et la prévention de ces infections. Certains craignent des effets préjudiciables tels que le désarroi psychologique, la stigmatisation, la dégradation des relations de couple ou familiales, la violence et le divorce, ce qui explique que les gens puissent hésiter à faire le test comme à retourner chercher leurs résultats. En outre, tout manque à la confidentialité risque de conduire à une discrimination sociale ou dans le travail.

Il n'existe, à l'heure actuelle, que très peu d'informations concernant les coûts relatifs et l'efficacité des différents modèles de conseil et de test volontaires. Des informations sur les coûts totaux aideront les organisations à choisir entre les différents modèles^(98,99).

2. Description de projets potentiels

Les services de conseil et de test volontaires sont souvent fournis par les ONG ainsi que par les services de santé publics ; de ce fait, la nature des services fournis peut se révéler très différente. Le service peut être fourni dans le cadre d'un projet autonome, ou intégré au sein d'autres services (dispensaires prénatals, dispensaires anti-IST, centres de désintoxication, groupes d'appui VIH, services de transfusion sanguine, etc.). Le dispensaire peut délibérément proposer un service anonyme pour réduire les risques de discrimination, ou ses activités peuvent être étroitement liées à la fourniture d'autres services de santé. Il peut cibler la population générale ou des groupes spécifiques présentant des risques particuliers. Les activités de conseil et de test volontaires sont maintenant aussi prises en charge par le secteur privé.

3. Paramètres ayant une incidence sur les coûts

Ils incluent:

- **Accessibilité géographique et sociale de la population.** Ceci aura une incidence sur la charge de travail du service.

Stratégies de prévention du VIH

- **Prévalence du VIH.** Lorsque la prévalence augmente, les coûts du dépistage augmentent, bien que l'on puisse aussi observer des économies sur la quantité.
- **Le fait que des groupes spécifiques soient ou non encouragés à faire le test.** Par exemple, les messages éducatifs peuvent s'adresser à certains groupes particuliers pour les inciter à assister à des séances de conseil et de test volontaires, ce qui peut améliorer l'efficacité du service, mais aussi en augmenter le coût.
- **Niveau de formation des conseillers.** Il peut être fait appel à des conseillers qualifiés, ou l'essentiel du conseil peut être fourni par des travailleurs de santé ayant reçu une formation complémentaire, formés et encadrés par le personnel qualifié. Il est également possible de faire appel à des conseillers appartenant à la communauté mais non professionnels de la santé.
- **Ampleur de l'accent mis sur un conseil prudent et intensif.** Les services de conseil et de test volontaires demandent beaucoup de travail. Par exemple, dans une étude sur le dépistage du VIH dans les dispensaires prénatals réalisée au Royaume-Uni, plus de 80 % des coûts étaient liés au temps nécessaire pour s'assurer que le consentement des personnes testées était donné en toute connaissance de cause⁽⁸³⁾.
- **Nombre de personnes assistant aux séances de conseil et de test volontaires par rapport à la capacité du service.**
- **Type et nombre de tests.** Il existe différentes solutions pour le test lui-même, et le coût du dépistage des anticorps du VIH peut être réduit de nombreuses manières⁽⁸⁸⁾, point également abordé dans la section sur la sécurité transfusionnelle.
- **Importance relative de l'emploi de bénévoles** pour appuyer certaines des activités du centre. Les centres gérés par les ONG peuvent dans certains cas faire appel à ce type de personnel.
- **Sophistication relative des matériels éducatifs utilisés**, et leurs coûts d'élaboration et de production.
- **Le fait que des produits gratuits (préservatifs, par exemple) soient ou non distribués**, et origine des préservatifs.

PRÉVENTION PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

1. Introduction

Les consommateurs de drogues injectables sont souvent confrontés à un risque élevé d'infection à VIH lorsqu'ils partagent leur matériel d'injection avec d'autres. La propagation rapide du VIH parmi ce groupe de population est maintenant bien documentée dans un nombre croissant de pays, notamment de pays d'Europe de l'Est, d'Amérique latine et d'Asie. L'incidence du VIH a augmenté parmi les consommateurs de drogues et leurs partenaires sexuels. Les groupes les plus vulnérables sont les pauvres des zones urbaines, les enfants des rues, les détenus, les professionnel(le)s du sexe, les travailleurs itinérants, et les travailleurs et les communautés immigrés vivant dans les zones de production des drogues⁽¹⁰⁵⁾. Le principal facteur de risque de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues est la réutilisation ou le partage des seringues par plusieurs personnes. En outre, le partage indirect de matériels tels que l'eau, le coton, les réchauds et autres matériels de préparation des drogues sont également considérés comme participant à la transmission du VIH⁽¹⁰⁶⁾. C'est pourquoi l'un des principaux objectifs des actions dans ce domaine est de prévenir la réutilisation des seringues par plusieurs personnes et de permettre aux consommateurs d'avoir accès à des seringues stériles⁽¹⁰⁷⁾. Les consommateurs de drogues sont également exposés à un risque important de transmission d'autres infections véhiculées par le sang telles que les hépatites B et C.

Le moyen le plus efficace pour prévenir la transmission du VIH dans ce groupe serait de supprimer la consommation de drogues. Toutefois, dans la réalité, les programmes travaillent dans le sens d'une réduction des risques au minimum. Il existe donc une hiérarchie au niveau des activités et des messages éducatifs utilisés: (1) arrêter de consommer et de s'injecter des drogues, (2) si l'on continue à consommer des drogues, ne pas partager le matériel mais utiliser le sien propre, (3) en cas de partage, désinfecter le matériel pour réduire le risque de transmission⁽¹⁰⁸⁾. Les objectifs généraux des activités de prévention du VIH sont de développer un comportement de protection et de réduire le risque d'infection. Ceci implique de modifier simultanément les habitudes en matière de consommation de drogues et d'utilisation des seringues, et les comportements sexuels. Les stratégies de prévention du VIH destinées aux consommateurs de drogues sont très ciblées.

Une stratégie complète de prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues peut s'appuyer notamment sur les activités suivantes:

- prévention primaire de la consommation de drogues,
- fourniture d'informations, d'une éducation, de conseils visant limiter les pratiques de partage des aiguilles et des seringues,

- utilisation de l'eau de Javel pour nettoyer et désinfecter les seringues, les aiguilles et tout le matériel de préparation des drogues,
- modification des lois afin de permettre l'achat dans la légalité des aiguilles et des seringues, programmes de sensibilisation des consommateurs de drogues, activités d'échange des seringues et des aiguilles,
- envoi des patients dans des établissements spécialisés en cas de problèmes médicaux tels que les IST, programmes d'éducation par les pairs,
- accès à un traitement pour l'arrêt de la consommation de drogues^(106,109).

Des messages éducatifs servent à promouvoir l'usage unique de seringues et d'aiguilles stériles et leur destruction sans risque. Les programmes destinés aux consommateurs de drogues demandent un travail relativement important réalisé par différents types de personnel et des bénévoles

Les nombreuses actions entreprises aboutissent à de multiples résultats, et il ne faut pas oublier lors de l'étude des coûts de la stratégie de prévention en faveur des consommateurs de drogues, de faire état de l'ensemble de ces avantages, qu'ils soient directs ou indirects.

On ne dispose actuellement que de très peu d'informations concernant les coûts et les différents modèles de prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues dans les pays en développement ou en phase de transition. Si l'on se fonde sur les rares exemples existants, les projets assurant l'accès à des seringues stériles offrent un rapport coût-efficacité relativement bon, notamment par rapport au coût d'un traitement à vie du VIH aux Etats-Unis⁽¹¹⁰⁾.

2. Description de projets potentiels

La nature des projets destinés aux consommateurs de drogues est variable et l'une des premières tâches du processus d'évaluation des coûts sera de décrire ceux dont les coûts doivent être évalués. Les activités de prévention du VIH peuvent avoir lieu conjointement à celles d'autres services ou être gérées de manière indépendante. Elles sont souvent réalisées sur une échelle relativement petite au niveau communautaire ou municipal. De manière générale, les activités concernant les consommateurs de drogues sont mises en œuvre dans le cadre d'une unité distincte ou d'un programme autonome, indépendants des stratégies de prévention du VIH destinées à la population générale, et ce bien qu'il puisse exister des stratégies complémentaires telles que le marketing social ou la distribution des préservatifs et le traitement des IST. Needle et al (1998) donne un résumé des principales stratégies d'action qui ont été mises en place⁽¹⁰⁸⁾.

Les projets de Type 1 sont des projets de sensibilisation à assise communautaire et conçus pour atteindre les partenaires sexuels des consommateurs de drogues ainsi que leurs réseaux de consommation.. Ces programmes - qui engagent des

consommateurs de drogues en tant qu'éducateurs de leurs pairs et des travailleurs communautaires – réalisent diverses activités telles que la diffusion de messages éducatifs visant à la réduction des risques, la distribution d'eau Javel, le conseil et le test VIH, l'orientation vers les services médicaux en cas de besoin, la distribution de préservatifs ; ils s'efforcent également de modifier les habitudes liées à la consommation de drogues sans respect de l'hygiène et les comportements sexuels à risque.

Les projets de Type 2 – échange de seringues – fournissent des aiguilles et des seringues stériles en échange d'aiguilles et de seringues usagées. Il s'agit d'échanger des seringues potentiellement contaminées, de distribuer de l'eau Javel, d'orienter vers les services de santé les personnes qui en ont besoin, de distribuer des préservatifs, de diffuser des messages éducatifs sur les risques, de proposer des conseils et le test, et de dépister d'autres maladies infectieuses.

Les projets de Type 3 sont axés sur le traitement. Ils ont pour objectif de stopper et de réduire la consommation de drogues par le remplacement des substances illégales par d'autres, telles que la méthadone. Ces programmes peuvent inclure des conseils s'adressant aux individus ou aux groupes, des services de conseil et test, l'orientation vers d'autres services de soins, ainsi que des messages éducatifs visant à réduire les comportements à risque en matière de consommation de drogues et de sexualité.

Les projets de Type 4 essaient d'influer sur les comportements à risque en modifiant les normes en vigueur dans les réseaux de consommation de drogues et d'échanges sexuels par des actions fonctionnant elles aussi par le biais de réseaux. Pour ce faire, on donne à des consommateurs de drogues une formation qui leur permettra de dispenser une éducation à leurs pairs et de devenir des leaders d'opinion dans leurs réseaux.

Ces activités peuvent être complétées par des interventions via les médias tels que la télévision, la radio et des encarts publicitaires afin de promouvoir la stratégie et ses principaux messages éducatifs.

Les programmes communautaires de sensibilisation sont souvent utilisés dans des contextes où les programmes d'échange des seringues ne sont pas possibles d'un point de vue légal. Des efforts ont également été faits pour que les pharmaciens participent à des programmes de vente, de distribution ou d'échange de seringues en Europe, en Amérique du nord et en Asie. Souvent, les programmes établis en collaboration avec les pharmacies proposent aux consommateurs de drogues un choix d'aides prêtes à l'emploi. Les coûts de lancement de ces programmes sont faibles parce que le réseau de distribution existe déjà. Les autres avantages de la collaboration avec les pharmacies sont une plus grande accessibilité géographique et le plus grand nombre d'heures d'ouverture.

L'emploi de volontaires peut réduire de manière significative l'impact financier de la mise en place du projet. Cette économie risque cependant d'être amoindrie

Stratégies de prévention du VIH

en raison du taux élevé d'abandons constatés parmi les bénévoles, lesquels ne parviennent pas toujours à donner la priorité au travail qui leur est confié dans le cadre du projet.

Les premières activités de la stratégie incluent l'élaboration et la production de matériels IEC ciblés et le recrutement et la formation de consommateurs de drogues bénévoles ayant accepté la fonction d'éducateurs de leurs pairs. Une fois que le projet est lancé, les activités de sensibilisation classiques comprennent la distribution de matériels éducatifs, l'éducation par les pairs et la distribution et l'échange de matériels.

3. Paramètres ayant une incidence sur les coûts

Les principaux paramètres liés aux actions qui auront une incidence sur le niveau des coûts sont:

- **Nature des activités et intégration au sein d'autres services.**
- **Elaboration de matériels.** Le temps et le type de travail investis dans l'élaboration de matériels IEC auront une incidence sur les coûts. Par exemple, des ressources en services externes pourront être sollicitées à ce stade. Ces coûts peuvent être réduits si les matériels utilisés ont déjà été produits ailleurs.
- **Temps investi dans la formation du personnel et des éducateurs pour les pairs.**
- **Accessibilité géographique et sociale des groupes cibles.**
- **Nombre total de consommateurs de drogues ciblés.** Lorsque ce nombre est élevé, les dépenses en certains matériels IEC ou fournitures peuvent être plus importantes, mais cela peut contribuer à réduire les coûts moyens. On n'a pas observé de répercussions de la quantité sur les coûts dans les programmes destinés aux consommateurs de drogues, dans la mesure où les interventions sont pour la plupart menées sur une petite échelle.
- **Intensité des contacts entre les éducateurs pour les pairs et les consommateurs de drogues.** Par exemple, les sessions éducatives sont-elles réalisées de manière individuelle ou en groupe ?
- **Les éducateurs pour les pairs font-ils partie du personnel salarié ou bénévole ?**
- **Type, intensité et qualité des médias utilisés.** Il existe clairement des différences de coûts liés à l'utilisation de médias diffusés (radio et télévision) et, par exemple, de médias imprimés. La longueur d'un programme ou d'une publication, la fréquence avec laquelle ils sont diffusés, et la durée de la campagne

auront également une incidence sur les coûts, tout comme la diffusion à une heure de grande ou de faible écoute.

- **Prix facturé pour le temps d'antenne ou l'espace dans la presse.** La couverture médiatique peut être payée à un prix commercial, financée par le secteur privé, ou subventionnée par les pouvoirs publics.
- **Coûts en personnel.** La stratégie requiert beaucoup de travail et les dépenses personnel doivent être prise en considération lors de comparaisons internationales ou lorsque l'on extrapole les données relatives aux coûts à d'autres pays.
- **Fourniture des préservatifs par le projet.** Ceux-ci peuvent être achetés sur le marché international ou fournis au projet à des prix soit majorés, soit préférentiels.
- **Les médicaments sont-ils ou non fournis par le projet ?** Ils peuvent n'être que prescrits, leur coût incombant aux patients.
- **Existence d'activités complémentaires** telles que conseils juridiques et aide sociale.

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT (TRANSMISSION VERTICALE)

1. Introduction

Le risque de transmission d'une mère infectée à son bébé est de l'ordre de 21 à 43% dans les pays en développement, en fonction des schémas d'allaitement⁽¹²²⁾. Le virus peut être transmis pendant la grossesse (in utero), l'accouchement (intrapartum) ou par l'allaitement au sein (post-partum). La principale stratégie de prévention la transmission verticale consiste à protéger les jeunes filles et les femmes contre l'infection à VIH. Toutefois, il existe plusieurs interventions à l'efficacité reconnue permettant de diminuer le risque de transmission du VIH d'une mère séropositive à son bébé pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale. Ces interventions, actuellement appliquées dans les pays à revenus faibles ou moyens sont notamment:

1) Les traitements antirétroviraux (ARV).

Le risque de transmission mère-enfant (TME) peut être réduit des deux tiers grâce à l'administration d'un traitement antirétroviral long à la zidovudine (ZDV)⁽¹²³⁾. Toutefois, l'administration de ce traitement est complexe et coûteuse. Plusieurs essais cliniques ont étudié des traitements ARV plus courts et moins onéreux. Le

succès de l'essai thaïlandais de courte durée - qui a permis de réduire la TME de 50% parmi les femmes non allaitantes - a conduit à insister davantage sur les stratégies de non-allaitement au sein dans les pays en développement^(124,125). Des études réalisées sur les femmes allaitantes révèlent une réduction de 38 à 44% de la TME grâce à un traitement court à la ZDV^(126,138). En 1999, un essai clinique réalisé en Ouganda a révélé qu'une seule dose de névirapine (NVP) prise par la mère pendant l'accouchement et par l'enfant après la naissance était plus efficace de près de 50% que le traitement court à la ZDV⁽¹²⁷⁾.

2) Fourniture d'aliments et conseils pour l'alimentation des nourrissons.

Étant donné le succès du traitement ARV dans ces essais cliniques, l'accent est de plus en plus mis sur la relation entre l'alimentation des nourrissons et la TME dans les pays en développement. Selon certaines estimations, l'allaitement au sein double le risque de transmission du VIH⁽¹²⁸⁾. Les facteurs qui accroissent le risque de transmission incluent la longue durée de l'allaitement au sein et de la période de risque d'infection. Les conclusions d'un essai suggèrent que les nourrissons allaités exclusivement au sein risquent moins d'être infectés que les nourrissons non allaités au sein ou nourris à la fois au lait maternel et par une préparation pour nourrissons⁽¹²⁹⁾. La manière dont la durée de l'allaitement et le sevrage précoce affectent ces résultats n'apparaît pas clairement⁽¹³⁰⁾. Étant donné les efforts intensifs aussi bien des communautés nationales qu'internationales pour promouvoir l'allaitement au sein au cours des vingt dernières années, la TME par l'allaitement au sein est devenue une question très controversée. Certains craignent beaucoup que l'utilisation de préparations pour nourrissons ne conduise à une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les nourrissons, et d'autres solutions d'alimentation telles qu'un sevrage précoce, l'allaitement au sein par une nourrice et la pasteurisation du lait maternel font l'objet de nombreuses discussions. Les difficultés logistiques de la pasteurisation constituent une préoccupation, et il y a eu des cas dans lesquels des nourrices ont été infectées par des nourrissons porteurs du VIH⁽¹³¹⁾.

Le conseil et le test volontaires se sont répandus en raison de l'importance accordée aujourd'hui à la prévention de la TME.

Étant donné l'efficacité des traitements antirétroviraux plusieurs études ont porté sur le rapport coût-efficacité des interventions de prévention de la TME⁽¹³³⁻¹³⁶⁾. Il n'existe cependant que peu d'informations sur le coût de telles activités, notamment en dehors d'un contexte d'essai. De manière générale, on a extrapolé le coût de l'intervention à partir de données provenant de différentes sources et de différents pays^(133,134,136). Bien que cette approche puisse orienter les priorités dans un contexte mondial, il est plus difficile d'en dégager les coûts et les besoins en termes de ressources. L'analyse a principalement mis l'accent sur le coût des traitements antirétroviraux et l'on n'a que rarement tenté de créer des modèles d'infrastructures requises pour ce type d'intervention⁽¹³⁷⁾. Il est important de savoir quels sont les infrastructures et le personnel supplémentaires nécessaires et de connaître leur provenance. On n'a que peu d'informations sur la fourniture et la distribution de préparations pour nourrissons aux femmes séropositives et sur le

coût d'utilisation de méthodes de substitution pour les femmes séropositives et leur famille.

2. Description de projets potentiels

La mise en place d'interventions de prévention de la TME n'en est qu'à ses débuts dans de nombreux pays. Le dépistage et l'offre de traitements aux anti-rétroviraux ont généralement lieu dans les infrastructures santé et de soins prénatals existantes. Le calendrier réel du dépistage du VIH et du conseil dépendra du type de traitement entrepris et du stade de la grossesse d'une femme au moment où elle se présente pour la première fois à une consultation prénatale. Il est extrêmement difficile d'obtenir des femmes qu'elles acceptent de se faire tester et de revenir chercher leurs résultats avant d'entreprendre un traitement antirétroviral (comme nous l'avons vu concernant la stratégie de conseil et de test volontaires). Différents modèles de conseil et de test volontaires et de conseil en matière d'alimentation sont actuellement à l'essai.

3. Paramètres ayant une incidence sur les coûts

Les principaux paramètres ayant une incidence sur les coûts sont énumérés ci-dessous:

- **Traitement antirétroviral.** Le choix et le prix des médicaments pour un traitement particulier auront une incidence significative sur le coût de l'intervention.
- **Prévalence du VIH.** Lorsque celle-ci augmente, le coût du dépistage et du traitement augmente aussi. Toutefois, il est possible que l'on puisse aussi observer des économies réalisées sur la quantité.
- **Ampleur des capacités supplémentaires nécessaires pour administrer le traitement.** Les installations et les services existants devront peut-être être renforcés (capacités d'un laboratoire, personnel supplémentaire pour les accouchements).
- **Stratégies d'alimentation.** La fourniture de méthodes d'alimentation de substitution, telles que les préparations pour nourrissons, augmentera les coûts de manière significative.
- **Accessibilité géographique et sociale de la population.** Ceci aura une incidence sur la charge de travail du service.
- **Nombre de personnes sollicitant le service par rapport à la capacité du service.**
- **Type et nombre de tests.** Il existe différentes solutions pour le test lui-même, et le coût du dépistage des anticorps du VIH peut être réduit de nombreuses manières.

1.2 Nouvelles stratégies de prévention du VIH

De nouvelles stratégies de prévention du SIDA, commencent à apparaître à côté de celles, bien établies, qui sont actuellement mises en œuvre. Ces stratégies en sont à différents stades de développement et d'essais cliniques, et la faisabilité de leur utilisation dans les pays à revenus faibles et moyens reste incertaine.

Cette section fournit une brève description:

des microbicides et des méthodes contrôlées par les femmes,
de l'utilisation de vaccins.

Microbicides et méthodes contrôlées par les femmes

Pour prévenir la transmission du VIH, l'on s'est beaucoup intéressé aux méthodes contrôlées par les femmes. Il existe plusieurs fabricants de préservatifs féminins, et ceux-ci sont activement commercialisés dans le cadre de programmes de marketing social dans plusieurs pays. Le rôle des spermicides visant à la prévention des IST et du VIH est également sujet à controverse⁽¹⁴¹⁾.

La mise au point de méthodes utilisant des barrières chimiques – telles que les microbicides vaginaux – pour prévenir les infections à VIH se poursuit. La mise au point de produits, notamment leur évaluation clinique, et les études d'acceptabilité des produits sont en cours. Nous ne pensons pas que les microbicides seront disponibles avant plusieurs années.

A ce jour, les discussions ont été peu nombreuses sur les questions programmatiques telles que le lancement, la distribution, la surveillance post-marketing ainsi que l'analyse des coûts et du rapport coût-efficacité des microbicides. Certains envisagent toutefois que les microbicides puissent être vendus dans le cadre des programmes de marketing des contraceptifs actuels^(139,140).

Vaccins

A l'heure actuelle, les vaccins anti-VIH en sont à un stade d'essai clinique aux États-Unis et en Thaïlande. Il reste la question de savoir si ces familles de vaccins seront appropriées dans d'autres environnements, en Afrique subsaharienne par exemple. Certaines modélisations préliminaires du rapport coût-efficacité des vaccins ont mis en évidence un éventail de facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur les coûts:

- coûts de production incluant les coûts fixes
- coûts de mise en œuvre comprenant:

- a formation et l'éducation sanitaire
- l'ouverture de magasins et la création de chaînes de froid
- coûts programmatiques (vaccins, personnel, transport, coûts fixes)
 - coût des réactions adverses

En outre, le rapport coût-efficacité de ces vaccins sera influencé par l'accès de la population (groupes vulnérables par rapport à la population générale), le calendrier de l'effet escompté sur l'incidence du VIH, les besoins de doses de consolidation et le taux d'infection parmi les groupes cibles⁽⁸⁸⁾.

Chapitre 2

CONCEPTS DE L'ANALYSE DES COÛTS

Ce chapitre étudie les concepts fondamentaux sur lesquels se fondent les analyses de coûts. Il souligne que plusieurs options sont possibles et que le choix de l'une d'entre elle dépendra du type d'analyse des coûts qui sera entreprise.

2.1 Quels sont les coûts ?

Les économistes définissent un coût comme étant la valeur des ressources utilisées pour produire un bien ou un service. Toutefois, il y a différentes manières d'évaluer les ressources. Les deux principales sont l'évaluation des coûts financiers et celle des coûts économiques.

Les **coûts financiers** correspondent aux dépenses réelles affectées aux biens et aux services achetés. Les coûts sont donc décrits en termes de montant d'argent payé pour les ressources utilisées pour un projet ou un service. Pour évaluer les coûts financiers d'un projet, il nous faut connaître le prix et la quantité de toutes les ressources utilisées ou, autrement, le niveau des dépenses affectées à ces biens et services.

Les économistes conçoivent les coûts de manière plus large. Ils les définissent les coûts par rapport aux utilisations possibles d'une ressource qui ont été abandonnées du fait d'une utilisation spécifique de cette ressource. Ces **coûts de renoncement** ou **coûts économiques** tiennent compte du coût de l'utilisation des ressources, dans la mesure où elles sont alors indisponibles pour être utilisées de manière productive ailleurs.

«...les choses ont une *valeur* qui peut ne pas s'exprimer complètement par un *prix*. Pour nombre de programmes de santé, on peut facilement répertorier les ressources dont la contrepartie monétaire est minime, voire nulle. Tel est le cas des volontaires qui travaillent sans rémunération, des messages sanitaires radiodiffusés gratuitement, des vaccins ou autres produits obtenus à des conditions très avantageuses ou fournis à titre de dons par des organisations ou des personnes » (SSP: 63)⁽¹⁾. Alors, la *valeur* de ces ressources pour la société est mesurée par le coût de renoncement, indépendamment de qui les paie.

Les **coûts économiques** incluent donc la valeur estimée des biens ou des services qui n'ont fait l'objet d'aucune opération financière ou lorsque le prix d'un bien spécifique ne reflète pas le coût de son utilisation de manière productive ailleurs. Les principales différences entre les coûts économiques et les coûts financiers résident dans la manière dont ils considèrent divers éléments:

- les biens et les services donnés,
- les autres apports dont les prix sont erronés ou altérés,
- les investissements.

Le calcul des coûts économiques sera abordé au chapitre 4.

Le choix de l'utilisation d'une approche financière, d'une approche économique ou des deux dépend des objectifs de l'analyse. Si l'objet de l'évaluation des coûts est de comparer les dépenses par rapport aux affectations budgétaires, ou d'étudier le caractère financièrement abordable d'un projet, alors seules les dépenses réelles du projet doivent être prises en compte. Dans ce cas, le coût financier d'une ressource utilisée pour laquelle rien n'a été payé, un bien donné par exemple, est égal à zéro.

Si par ailleurs l'objet de l'évaluation est d'étudier la durabilité du projet ou la possibilité de le reproduire ailleurs, la préoccupation sera d'enregistrer les coûts de toutes les ressources utilisées, qu'elles aient été payées ou non sur le budget du projet. Dans ce cas, le coût économique des biens et des services donnés, évalué à leur prix marchand, est utilisé dans l'analyse. «Les démarches analytiques fondées sur les coûts de renonciation, plutôt que de se substituer à celles qui font appel aux coûts financiers, leur amène un complément d'information utile pour la prise de décision» (SSP: 64)⁽¹⁾.

2.2 Qui supporte les coûts ? La société, le fournisseur, les foyers, les particuliers

Si l'on se place du point de vue de la société, il faut englober les coûts liés à une stratégie encourus par tous les membres de la société, y compris le secteur privé, le secteur public et les consommateurs privés (foyers et particuliers). Du point de vue du fournisseur, il faut exclure les coûts encourus par les particuliers ou les foyers. Enfin, si l'on se place du point de vue du secteur public, il faut exclure les coûts encourus par le secteur privé et les consommateurs privés, et n'ajouter que les coûts encourus par le secteur public pour la mise en œuvre de la stratégie. Ces coûts peuvent être considérés comme les coûts de fourniture de programmes spécifiques, et sont supportés par l'organisme qui fournit les services (bien que ceci ne signifie pas que l'organisme finance l'ensemble des services). En outre, les particuliers et les foyers peuvent également encourir des coûts lorsqu'ils utilisent ces services.

Tout comme les particuliers peuvent fournir des fonds directement par le biais du paiement de frais d'utilisateur, ils peuvent également contribuer au financement du service en fournissant des biens. Par exemple, certains patients devant être transfusés peuvent devoir acheter eux-mêmes leurs poches et leurs aiguilles avant de se présenter au service de transfusion, et bon nombre de patients traités pour des IST devront acheter eux-mêmes leurs médicaments dans des pharmacies après leur consultation.

Comme dans le Manuel SSP, ces directives calculent le coût des projets du point de vue du fournisseur de services et non du point de vue de la société ou des personnes. Le seul élément du coût supporté par les foyers qui sera pris en compte est le montant des honoraires ou autres versements qui contribuent au financement des services et qui seront appelés : **frais incombant aux particuliers**. Les informations sur ce type de frais perçus auprès des clients de services de prévention du VIH peuvent alimenter le débat sur le recouvrement des coûts. Par exemple, l'analyse de certains projets spécifiques peut laisser prévoir le pourcentage des coûts de fonctionnement des projets susceptible d'être couvert par ces frais - question très pertinente pour la durabilité des projets et à laquelle les donateurs s'intéressent souvent.

Inclure l'ensemble des coûts supportés par les foyers impliquerait d'inclure un plus large éventail de frais incombant aux particuliers, tels que le coût des transports et du temps passé dans les services. De plus amples informations sur l'évaluation des coûts encourus par les particuliers pour avoir accès aux services, figurent au module 8 du Manuel SSP.

2.3 Ensemble des coûts et coûts additionnels

Une analyse de l'ensemble des coûts évalue les coûts relatifs à toutes les ressources employées pour le fonctionnement d'un projet ou d'un programme, y compris l'infrastructure de base. Une analyse des coûts additionnels étudie le coût de l'intégration ou de la mise en œuvre d'un projet ou d'un programme au sein de services déjà existants, sans chercher à fournir une estimation du coût desdits services.

L'analyse des coûts additionnels comptabilise les principaux «nouveaux» apports nécessaires pour la nouvelle intervention. Toutefois, dans la mesure où elle prend pour hypothèse que l'infrastructure administrative existe déjà, ce type d'évaluation aura tendance à sous-estimer les frais généraux de gestion supportés par l'organisation (notamment ceux de communication et des fournitures de bureau). De même, elle ne prend pas en compte les éléments tels que les frais généraux de fonctionnement de l'organisation, comme le ferait une analyse d'ensemble. Il est également plus difficile de généraliser à partir de l'analyse des coûts additionnels, sauf si le coût des services et de l'infrastructure déjà existants

est clairement défini. L'analyse des coûts additionnels est particulièrement bien adaptée lorsque l'intervention ou le projet n'occupe pas la première place dans la structure globale des coûts supportés par une organisation⁽⁵⁰⁾.

La disponibilité et la facilité de collecte de données ainsi que les structures administratives peuvent influencer fortement le choix que l'on fera entre l'évaluation d'ensemble et l'évaluation des coûts additionnels. Ce point est plus largement abordé au chapitre 3.

2.4 Coûts totaux, moyens et marginaux

Le coût **total** correspond au coût de production d'une certaine quantité de services par un projet ou un programme donné ou à son rendement. Le coût total peut être déterminé soit par une analyse d'ensemble soit par une analyse des coûts additionnels.

Le coût **moyen** correspond alors au coût total par unité de rendement, et se calcule en divisant le coût total par le nombre d'unités de rendement ou de service produites.

Le coût **marginal** correspond au coût additionnel de production d'une unité de rendement supplémentaire. Il ne doit pas être confondu avec le coût additionnel, qui correspond au coût de l'adjonction d'un projet ou d'un service tout entier, alors que le coût marginal concerne les différences de coût à l'intérieur d'un service ou d'un projet ⁽²⁾.

Ce sera ici aussi la raison pour laquelle on entreprend l'analyse des coûts qui déterminera s'il faut se concentrer sur les coûts moyens ou sur les coûts marginaux. Si vous voulez étudier les différences de coût entre différents fournisseurs ou dispensaires, il vous faut comparer les coûts moyens. Si vous voulez étudier l'impact du développement des services (allonger ses heures d'ouverture ou augmenter ses effectifs), alors il vous faut regarder les coûts marginaux⁽⁵⁾.

2.5 Partage des coûts

Les ressources dont vous évaluez le coût peuvent ne pas être entièrement consacrées au projet ou programme spécifique que vous étudiez, mais partagées par plusieurs projets (par exemple, une personne peut travailler sur un certain nombre de projets dont quelques-uns ne sont pas en rapport avec la prévention du VIH). Dans ce cas, il conviendra de décider quel pourcentage de ces ressources sera alloué au projet ou au programme faisant l'objet de l'évaluation, et selon quelles modalités. Les modalités selon lesquelles les ressources sont allouées peuvent varier en fonction du type de ressource, comme nous le verrons dans le chapitre 4.

2.6 Classification des coûts

«Pour estimer les coûts d'un programme de santé, il faut en répertorier les composantes. Comme on va le voir, cette classification peut se faire de plusieurs manières. Un système de classification judicieux, outre qu'il prend en considération des besoins spécifiques, doit respecter trois principes:

- il doit répondre aux particularités de la situation ;
- les classes ou catégories ne doivent pas se recouper ;
- tous les cas doivent pouvoir être traités.

On peut donner de multiples descriptions des ressources affectées aux programmes. C'est ainsi qu'on pourrait dire qu'un programme de prévention du VIH exige du personnel, un financement extérieur et des opérations de communication de masse. Ces catégories sont clairement définies, et leur signification précise, mais elles ne sont pas d'un grand secours si l'on veut en savoir plus sur l'affectation des ressources. La principale difficulté provient de ce que les catégories se chevauchent: le financement extérieur peut ainsi servir à rémunérer le personnel, lequel participe probablement aux activités de communication de masse. Il se pourrait donc fort bien que la somme des coûts pour ces trois catégories dépasse le coût total du programme

S'il est difficile de s'appuyer sur de telles catégories, c'est parce que, entre autres, elles aboutiraient à confondre les différentes dimensions des ressources en confondant les activités (ici, la communication de masse) avec les sources (le financement extérieur) ou les apports physiques le personnel. De toute évidence, on serait en présence de plusieurs systèmes de classification.» (SSP: 5).

On classe les coûts principalement selon les **apports**. Les apports sont considérés soit comme des éléments nécessaires au **fonctionnement** (ceux qui sont utilisés pendant la durée d'une année et font l'objet d'achats réguliers) et les **investissements** (capitaux investis dont les effets se font sentir sur plus d'une année). Vous trouverez dans l'encadré 1 un schéma de classification des coûts par apports (avec des exemples pour chaque catégorie).

Encadré 1 Classification des coûts selon les apports

Investissements

- Véhicules: bicyclettes, motocyclettes, véhicules tout terrain, camions
- Matériel: réfrigérateurs, autoclaves, équipements de production, balances, équipements divers d'un prix unitaire d'au moins 100 dollars
- Bâtiments (superficie): centres de santé, hôpitaux, écoles, bureaux, entrepôts
- Formation initiale: activités de formation des personnels qui n'ont lieu qu'une fois ou rarement
- Activités de mobilisation sociale ne se répétant pas ou ne se répétant que rarement, telles les campagnes de promotion et d'information
- Activités de lancement: activités se prolongeant pendant toute la durée du projet, telles que la production de matériel, le recrutement de personnel

Coûts de fonctionnement

- Personnel: cadres, agents de santé, administrateurs, techniciens, consultants, main d'œuvre temporaire, volontaires
- Fournitures: médicaments, vaccins, seringues, matériels éducatifs, préservatifs, petit matériel (d'un coût unitaire inférieur à 100 dollars)
- Véhicules, exploitation et entretien: essence, gazole, lubrifiants, pneumatiques, rechange, immatriculations, assurances
- Bâtiments, exploitation et entretien: électricité, eau, chauffage, combustible, téléphone, télex, assurances, nettoyage, peinture, réparations – installations et appareils électriques, plomberie, pièces de toiture et chauffage
- Formation régulière: (en cours d'emploi)
- Mobilisation sociale: coûts d'exploitation
- Divers

«Les autres classifications possibles le sont:

- par fonctions ou activités
- selon l'échelon d'affectation (national, district, communauté)
- selon l'origine du financement (gouvernements nationaux, pouvoirs locaux, donateurs, organisations non gouvernementales)
- par devises» (SSP: 5-9)

2.7 Coûts unitaires et évaluation des résultats

Les coûts unitaires sont une autre expression désignant les coûts moyens. Ils peuvent être calculés aussi bien pour une analyse financière que pour une analyse économique. Pour un projet ou un programme spécifique, plusieurs types de coûts unitaires peuvent être calculés, en fonction du type de résultat spécifié (voir SSP: 58). De manière générale, nous pouvons classer trois types de résultats:

- Le résultat primaire mesure l'effet ou l'impact final sur la situation sanitaire résultant de l'intervention du projet
- Le résultat intermédiaire reflète les changements intermédiaires résultant de l'intervention du projet, nécessaires avant qu'il y ait un impact sanitaire
- Le résultat immédiat du processus mesure les activités ou les retombées directes de l'intervention.

Concernant les stratégies de prévention du VIH, la mesure du résultat primaire est le nombre d'infections à VIH évitées. Plusieurs problèmes pratiques se posent lorsque l'on veut déterminer ce nombre. Premièrement, le moyen le plus direct pour mesurer les infections évitées est de procéder à des essais cliniques aléatoires qui sont à la fois chers et rarement utilisés lorsqu'on cherche à faire évoluer les comportements. Deuxièmement, pour calculer l'impact total de l'intervention, il nous faut prendre en compte à la fois les infections évitées chez les personnes participant à l'intervention ainsi que les infections secondaires évitées parce que la chaîne de transmission a été interrompue. Ceci nécessite des informations concernant l'épidémiologie, les courbes de comportement et l'efficacité de la transmission dans des populations spécifiques. Troisièmement, si plusieurs stratégies de prévention sont utilisées simultanément, il est difficile d'attribuer les infections évitées à l'une quelconque d'entre elles⁽¹⁵⁾.

Trois approches ont été adoptées pour surmonter ces problèmes. Premièrement, d'autres mesures du résultat primaire, telles que les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), ont été suggérées. Deuxièmement, des mesures des résultats du processus ou intermédiaires ont été utilisées. Le Tableau 1 (source: adapté de^(15, 1)) étudie les avantages et les inconvénients des différentes mesures utilisées pour évaluer les résultats des stratégies de prévention du VIH. Troisièmement, une évaluation basée sur des modèles a été conçue afin d'estimer le nombre d'infections à VIH évitées. Ces modèles tentent de refléter la nature dynamique de cette transmission, ainsi que les caractéristiques épidémiologiques et comportementales. Les modèles sont utilisés pour fournir des simulations de l'impact possible des stratégies de prévention du VIH sur le nombre total des infections à VIH évitées (y compris les infections secondaires)⁽²³⁾. L'élaboration de ces modèles peut être relativement complexe.

Tableau 1:
Avantages et inconvénients des différentes mesures des résultats

Mesure de résultat	Avantages	Inconvénients
Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) gagnées – résultat primaire	<ul style="list-style-type: none"> • Les comparaisons intersectorielles, inter-programmes et inter-interventions sont possibles. • Capacité à évaluer l'impact des stratégies combinées de prévention et de prise en charge clinique. • Effets de la morbidité et de la mortalité combinés au sein d'une seule mesure. • Capacité à mesurer les conséquences de la prise en charge clinique lorsque le décès est inéluctable. • Peut inclure des conséquences indirectes telles les cas de tuberculose ou d'IST traités ou évités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode fondée sur des mesures subjectives de l'incapacité. • Risque de simplification excessive. • La méthode repose sur le résultat primaire de l'intervention et en dépend. • Validité controversée de la méthode. • La méthode n'est pas largement reconnue en dehors du secteur de la santé.
Infections évitées – résultat primaire d'une stratégie de prévention du VIH – résultat primaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Les comparaisons entre les différentes stratégies de prévention sont possibles. • Les AVCI peuvent être facilement déterminées à partir des informations adéquates sur la mortalité et l'espérance de vie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité d'évaluer des stratégies comportant une composante de prise en charge clinique. • Impossibilité de faire des comparaisons entre les différentes actions sanitaires. • Sauf si mesuré par le biais d'essais aléatoires contrôlés, peut nécessiter une modélisation complexe pour évaluer l'impact sur la population générale. • Peut ne pas inclure les conséquences indirectes de l'intervention.
Nombre de personnes éduquées ou conseillées, cas détectés par le biais du dépistage dans le sang destiné aux transfusions et du conseil – mesure du résultat intermédiaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure et interprétation relativement faciles. • Peut donner quelques indications, même si la situation sanitaire finale est inconnue. • Reflète l'efficacité opérationnelle du programme. • Peut identifier la méthode la plus efficace en matière de prestations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune mesure de l'impact sur la transmission du VIH. • Ne tient pas compte des variations au niveau de la séroprévalence du VIH dans les populations. • Les améliorations enregistrées peuvent ne pas refléter le changement réel lié à l'impact. • Aucune mesure de l'impact sur la transmission du VIH.
Préservatifs distribués ou vendus/nombre de personnes recevant du matériel éducatif, nombre de personnes testées/faisant l'objet d'un dépistage – mesure du résultat du processus.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilité de collecte, ces mesures font souvent partie du suivi habituel des programmes. • Reflète l'efficacité opérationnelle du programme. • Peut identifier la méthode la plus efficace pour dispenser les prestations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne tient pas compte des variations au niveau de la séroprévalence du VIH dans les populations. • Les améliorations enregistrées peuvent ne pas refléter le changement réel lié à l'impact.

Étant donné les variations apparaissant dans les mesures de résultat, il est possible d'obtenir un certain nombre de coûts unitaires pour un projet ou pour un programme spécifique. Supposons, par exemple, que le coût total d'un projet d'éducation par les pairs s'élève à 30 000 dollars pour une année, avec 1 040 séances éducatives pendant l'année touchant 2 496 personnes. En outre, en utilisant une analyse basée sur un modèle, l'on estime que 250 infections à VIH ont été évitées (sur la base des informations concernant les changements de comportement et l'utilisation accrue des préservatifs). Alors, pour ce programme d'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs, les coûts unitaires suivant peuvent être estimés:

- résultat immédiat du service ou du processus: coût par séance éducative
 - = 30 000 \$/1 040
 - = 28,85 \$ par séance
- résultat intermédiaire: coût par personne éduquée
 - = 30 000 \$/2 496
 - = 12,01 \$ par personne éduquée
- résultat ou impact final sur la situation sanitaire: coût par infection à VIH évitée
 - = 30 000 \$/250
 - = 120 \$ par infection à VIH évitée

Il est possible de calculer les coûts unitaires par activité au sein d'un projet ou d'un programme si l'on dispose de résultats spécifiques à chaque activité (par exemple, si nous savons que les activités de formation coûtent 5 000 \$ et que 60 personnes ont été formées, alors le coût par personne formée s'élève à 83,33 \$). Dans la pratique, le calcul de l'impact final peut être relativement difficile et dépend de la nature des stratégies de prévention envisagées. Pour une stratégie telle que le dépistage systématique du VIH dans le sang, il est possible de calculer le nombre des cas d'infection à VIH directement évités. Toutefois, estimer le nombre des infections secondaires évitées nécessite une évaluation basée sur un modèle ou des essais cliniques aléatoires. C'est pourquoi l'on présente souvent, pour la plupart des études, les coûts unitaires intermédiaires ou de processus (par exemple coût par préservatif distribué, nombre de personnes achetant des préservatifs). Toutefois, il est recommandé que le calcul des coûts unitaires essaie d'utiliser les mesures de résultat qui sont les plus proches de l'impact sanitaire final escompté. Ainsi, pour un projet de marketing social des préservatifs, il sera plus utile, en termes d'extrapolation de l'impact, de déclarer les «coûts par préservatifs distribués et déclarés utilisés».

2.8 Rapport coût-efficacité

«L'analyse coût-efficacité fournit aux administrateurs de programme et aux planificateurs travaillant dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA les informations sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour décider de l'affectation des res-

sources. En mesurant et en comparant le coût et les conséquences de diverses interventions, ils peuvent évaluer leur efficacité relative et prévoir les besoins futurs en ressources. »⁽¹⁵⁾.

La principale caractéristique d'une analyse coût-efficacité est qu'elle étudie différentes solutions qui fonctionnent toutes pour atteindre un même objectif. Les résultats de l'analyse sont décrits en termes de coût par unité d'efficacité pour chaque solution. Le quotient coût-efficacité est calculé pour chaque solution en divisant le coût par l'unité d'efficacité (par exemple, une infection à VIH évitée). Ces quotients sont ensuite comparés entre eux. «On dira que la solution pour laquelle ce coût par unité d'efficacité est minimisé est celle dont le rapport coût-efficacité est le meilleur ; c'est donc elle qu'on préférera d'ordinaire pour évaluer l'efficacité économique» (SSP: 76)

L'analyse des coûts est l'un des principaux éléments constitutifs des études du rapport coût-efficacité. Les coûts unitaires basés sur des résultats intermédiaires peuvent être considérés comme des résultats préliminaires de l'étude du rapport coût-efficacité ; des analyses plus ambitieuses de ce rapport sont axées sur les impacts sur la situation sanitaire.

Pour ce type d'analyse, on utilise une évaluation des coûts économiques: le rapport coût-efficacité étudie l'efficacité économique des différentes solutions. Des commentaires plus détaillés sur la réalisation et l'interprétation d'une analyse coût-efficacité sont proposés dans un certain nombre de documents de référence^(1,2,7,8).

Il existe un manque de données sur le rapport coût-efficacité relatif des très différentes stratégies de prévention mises en œuvre à travers le monde. L'évaluation des coûts et l'analyse coût-efficacité qui s'ensuit peuvent contribuer à une plus grande sensibilisation dans ce domaine et faciliter les prises de décision au sujet de la meilleure utilisation possible des ressources actuelles et futures. Par exemple, si un pays reçoit un prêt ou une subvention pour des activités de prévention en rapport avec le SIDA, les données sur le rapport coût-efficacité pourraient aider les planificateurs à évaluer les stratégies, leur combinaison et la part de chacune qui seraient susceptibles de donner le meilleur résultat par rapport aux ressources investies pour atteindre les objectifs souhaités.

Chapitre 3

PLANIFICATION DU PROCESSUS D'ÉVALUATION DES COÛTS

Les trois chapitres suivants traiteront de la planification et de la collecte de données ainsi que de l'analyse des coûts. Pour faciliter une méthode cohérente d'évaluation des coûts d'une grande diversité de projets de prévention du VIH, des formulaires standard destinés à être utilisés sur le terrain sont fournis à l'Annexe 1. Une version sous tableur Excel de ces feuilles est disponible sur le CD joint. Ces formulaires peuvent être utilisés directement sur papier ou constituer un point de départ pour la création de tableurs sur un logiciel informatique de gestion de données. Dans les trois chapitres suivants, nous commenterons en détail la manière de remplir ces formulaires, en faisant référence aux orientations techniques du Manuel SSP, et en fournissant des orientations supplémentaires sur la meilleure manière de les compléter.

Ces formulaires sont conçus pour permettre d'établir les données relatives aux coûts directement sur le terrain, mais lorsque des données précises sur les dépenses ont déjà été réunies et collationnées, elles peuvent être inscrites directement sur les formulaires. Cinq types de formulaires vous sont proposés à l'Annexe 1:

1. Formulaire de données générales.
2. Le Formulaire A – résumé du projet – présente les coûts par apport et par niveau.
C'est un récapitulatif de toutes les feuilles de résumé du Formulaire B.
3. Le Formulaire B – Résumé des coûts à chaque niveau.
C'est un récapitulatif de tous les Formulaires C1 à C10.
4. Les Formulaires C1 à C10 fournissent le point de départ pour la collecte des données par catégorie d'apport:
C11 – récupération des coûts.
5. Le Formulaire D – collecte des informations sur le rendement et les résultats.

Il sera fait référence à ces formulaires tout au long des trois prochains chapitres.

En outre, vous trouverez dans des encadrés diverses astuces conçues pour illustrer différents aspects complexes de la collecte des coûts et proposer diverses manières d'aborder les problèmes.

3.1 Raison et objectifs de l'évaluation

L'analyse des coûts de la prévention du VIH peut être entreprise pour un certain nombre de raisons. Avant de se préparer à réaliser une étude de l'évaluation des coûts, un administrateur doit avoir clairement identifié les questions auxquelles il veut répondre, l'objectif recherché et l'utilisation des résultats. Ces éléments aideront à définir les limites de l'étude. Par exemple, il importe de savoir si l'évaluation des coûts servira à étudier les coûts et l'efficacité des activités en cours uniquement, ou si elle devra aussi permettre de reproduire ces activités dans un autre contexte. Si les questions de ce type sont claires dès le début, il sera plus facile de savoir exactement quelles données collecter et l'on ne perdra pas de temps dans des activités inutiles.

Les objectifs d'une analyse des coûts se fondent sur divers principes:

Etudier l'efficacité d'un projet

Les objectifs de l'évaluation des coûts peuvent être d'analyser les coûts actuels d'un projet déjà établi pour recenser les éventuelles économies réalisables et pour améliorer l'efficacité d'un service. Dans ce cas, les coûts de lancement du projet peuvent être exclus. Concernant un projet particulier, un administrateur peut vouloir analyser les dépenses par apport pour connaître les secteurs d'un programme qui induisent des dépenses faibles ou au contraire élevées. Pour exclure les coûts de lancement d'un projet, il faut exclure de l'analyse toutes les activités qui sont entreprises pour mettre en route le projet.

Modifier un projet et en assurer la durabilité

Si l'initiative de l'évaluation des coûts vient du projet lui-même, les administrateurs peuvent vouloir des informations pour l'un, ou la combinaison de plusieurs, des objectifs suivants: améliorer la budgétisation, suivre l'évolution des coûts, planifier une amélioration du système actuel et améliorer la stratégie à l'avenir. Un administrateur pourra, par exemple, être particulièrement intéressé par la durabilité d'un programme de prévention du VIH et chercher une estimation précise du budget nécessaire pour assurer sa pérennité. Si facturer des services est une option, les informations sur les coûts peuvent aider à établir des prix appropriés. L'analyse des coûts peut également être utilisée pour savoir s'il est possible d'élargir le projet ou d'en améliorer l'efficacité. Si la durabilité est la préoccupation principale, il faut exclure les coûts de lancement, mais si l'on envisage d'élargir un projet, il est alors nécessaire d'évaluer si certaines des activités de lancement ne devraient pas être répétées.

Etudier les possibilités de reproduction d'un projet

Si ce qui motive une évaluation des coûts n'émane pas du projet lui-même, il est probable que les objectifs concerneront la possibilité de le reproduire et d'en extrapoler les résultats à d'autres situations. Les administrateurs locaux accorderont probablement beaucoup de temps à la phase de travail sur le terrain et il importe que les données qui en résulteront leur soient vraiment utiles.

Ceci est particulièrement vrai pour le **MSP** (marketing social des préservatifs). Les projets de MSP officiels sont, pour la plupart, supervisés ou gérés par des groupes privés étrangers ou leurs filiales. La gestion financière de ces organisations est généralement solide et elles suivront l'évolution des coûts pour leur propre compte. L'objectif d'une évaluation des coûts ne sera alors probablement pas celui de récapituler les informations sur les coûts actuels d'un projet à des fins de gestion, mais plutôt celui d'évaluer les coûts de la stratégie concernée par rapport à ceux des principales autres stratégies ou de fournir des informations sur les coûts nécessaires pour reproduire le projet ailleurs.

Si l'objectif est de fournir des informations sur les coûts totaux d'une stratégie dans la perspective de la reproduire, il faudra réunir des données sur les coûts de fonctionnement et sur les coûts de lancement. Les coûts de lancement incluent l'élaboration et la production de matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) ainsi que la diffusion des protocoles de diagnostic et de traitement, des matériels IEC et le recrutement de travailleurs.

Rapport coût-efficacité

Les études du rapport coût-efficacité peuvent aider à définir les priorités, les décisions concernant l'affectation des ressources et la conception des services. Un administrateur pourra vouloir davantage d'informations sur le rapport coût-efficacité des différentes solutions possibles permettant de fournir la stratégie de prévention dont il/elle est responsable. Par exemple, il est possible que des décisions doivent être prises – dans le cadre d'un projet d'éducation des professionnel(le)s du sexe par leurs pairs – sur la nécessité ou non d'engager des travailleurs bénévoles à temps partiel ou un personnel salarié à temps complet. L'analyse des coûts peut aider à comprendre les différences qui existent entre de telles options, à évaluer la relation entre des coûts accrus et une efficacité accrue, et de ce fait contribuer à la planification de nouveaux projets ou de projets élargis. L'un des autres objectifs de l'évaluation des coûts pourra être de comparer entre eux les rapports coût-efficacité de différentes stratégies de prévention du VIH (comparer par exemple l'éducation en milieu scolaire par rapport aux stratégies d'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs).

Dans la mesure où l'on peut envisager des canaux de diffusion différents, il est important d'inclure les coûts de lancement si l'objectif est de déterminer le rapport coût-efficacité relatif.

Il est très difficile de s'assurer de l'efficacité des campagnes utilisant des **médias grand public** et notamment pour leur en attribuer les effets plutôt qu'à d'autres types de médias ou sources d'information. Il est donc peu probable que les coûts seront étudiés pour comparer le rapport coût-efficacité d'une campagne médiatique grand public et celui d'autres stratégies.

Points de vue des particuliers/des fournisseurs

Nous prenons ici pour hypothèse que les coûts incombant aux particuliers autres que les frais payés (par exemple pour l'achat de préservatifs) sont exclus de l'analyse des coûts ; mais, il ne faudrait pas les oublier dans la présentation des données d'évaluation des coûts. Toutefois, certains projets de MSP sont mis en place exclusivement dans le secteur privé et seront axés, par définition, sur le point de vue des fournisseurs privés. D'autres projets engagent le secteur privé et le secteur public et le point de vue adopté dépendra de qui demande l'évaluation des coûts et de ses objectifs. Si, par exemple, un ministère de la santé veut connaître les implications financières d'un projet de MSP pour son budget, l'analyse des coûts pourra être basée uniquement sur les dépenses du secteur public - c'est à dire les dépenses de la partie du projet financée par les pouvoirs publics et les donateurs.

3.2 Recenser les solutions à comparer

Le chapitre 1 décrit différentes stratégies de prévention du VIH de manière individuelle. Dans la pratique, toutefois, il arrive rarement que les projets de prévention du VIH soient mis en œuvre dans le cadre d'actions aussi nettement définies. En fait, on pense généralement qu'utiliser une combinaison de différentes stratégies permet de les renforcer mutuellement et de manière positive. Par exemple, le succès d'un programme d'éducation en milieu scolaire ou d'un programme de distribution de préservatifs peut dépendre du succès d'une campagne médiatique grand public menée au même moment. De même, un projet d'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs pourra combiner le traitement des IST, le conseil et la promotion des préservatifs. Dans la mesure où les limites entre les stratégies peuvent ne pas apparaître clairement, il est important d'être précis sur ce dont exactement on évalue le coût, sur la combinaison des stratégies qui est étudiée, sur les solutions qui sont comparées et, si l'on souhaite entreprendre une analyse du rapport coût-efficacité, sur les mesures des effets et des impacts les mieux appropriées à l'évaluation des coûts.

Par exemple, il faudrait savoir dès le départ si l'objectif est d'évaluer le coût d'une campagne **médiatique grand public** spécifique ou celui d'une stratégie médiatique plus large reposant sur un certain nombre de campagnes menées par une ou plusieurs organisations. Une stratégie de **dépistage systématique du VIH dans le sang** n'est à l'évidence pas une stratégie autonome mais plutôt une composante supplémentaire des services de transfusion sanguine, quelle que soit leur structure dans un pays donné. Dans la pratique, il peut exister d'importants chevauchements entre les projets d'éducation des professionnel(le)s du

sexe par les pairs et d'autres stratégies de prévention du VIH. Si le conseil et le test volontaires sont intégrés au sein d'autres services, l'évaluation des coûts devra s'interroger sur les activités à exclure. Ces activités seront par exemple la notification aux partenaires, la participation à des groupes d'appui, un traitement préventif de la tuberculose et le traitement des IST.

3.3 Décrire chaque solution

Une fois que l'on a clairement défini la question attendant une réponse, que l'objet de l'évaluation des coûts et l'étendue du travail ont été définis, et que l'on connaît les solutions dont le coût doit être évalué, on peut passer à la description détaillée de chaque solution. Pour ce faire, il est utile de savoir précisément de quelle manière les coûts seront classifiés. Pour entreprendre une analyse des coûts de la prévention du VIH, il est recommandé de faire une première classification par apport et par échelon organisationnel. Il est également utile de faire une deuxième classification des stratégies par activité réalisée au sein de chacune. Ceci permet de s'assurer que les coûts ne sont ni répétés ni omis dans les données concernant les apports et les activités. Ce processus fournit également un cadre de travail grâce auquel il est possible d'évaluer les coûts d'une stratégie par activité si l'on considère cela utile pour les prises des décisions.

Apports

Le Tableau 2 ci-dessous et les formulaires fournissent une liste des apports les plus courants dans toutes les stratégies. Lorsque l'on évalue les coûts d'une stratégie spécifique, il est nécessaire de stipuler en détail les apports au sein de chaque catégorie et ceci peut être fait sur les formulaires 'C'.

Tableau 2.
Classification des coûts par principales catégories d'apports

<i>Investissements</i>	<i>Coûts de fonctionnement</i>
Bâtiments	Personnel
Equipements	Fournitures
Véhicules	Exploitation et entretien des véhicules
Services d'experts (non inclus dans les coûts de fonctionnement)	Exploitation et entretien des bâtiments
	Services d'experts (réguliers)
	Divers (frais de médias inclus)

Il est important de se rappeler que tous les éléments qui ont une durée de vie supérieure à un an sont considérés comme des investissements. Ceux-ci devront être annualisés sur le nombre d'années qu'ils sont supposés durer (l'annualisation sera traitée au chapitre 4). Ainsi, le matériel IEC, la formation et les services d'experts, dont l'impact dure en principe plus d'une année, doivent être traités

comme des investissements. Pour estimer si un élément dure plus d'une année, il faut en étudier la fréquence au sein du projet – par exemple, la fréquence à laquelle une formation de recyclage est assurée.

✓ *Astuce 1: Activités comme apports*

Les activités de lancement représentent un autre coût susceptible d'apparaître comme une catégorie d'apport. Bien qu'elles constituent réellement une activité à part entière, l'adjonction d'activités dans la liste des apports peut être justifiée dans certains cas. Si une activité «est bien distincte des autres sur les plans financier et administratif, il peut être judicieux, plutôt que de la fractionner en composantes physiques, d'en consigner simplement le coût global. C'est pourquoi, dans les classifications présentées, les activités de formation et de mobilisation sociales sont traitées comme des catégories à part entière, au même titre que le personnel, les véhicules etc.. Cette méthode de classement présuppose que **toutes** les ressources utilisées dans le cadre d'une activité (par exemple, personnel et véhicules) apparaissent bien dans la catégorie concernée (par exemple, formation) et qu'elles ne constituent pas des catégories séparées. On se servira donc, pour estimer le coût total de toutes les ressources consacrées à la formation, de la valeur correspondant à cette catégorie.» (SSP: 10). Les activités de lancement, de formation et de mobilisation sociale dont l'impact est supposé avoir une durée supérieure à un an sont considérées comme des investissements en capital.

Dans ces directives, les services d'experts sont également considérés comme un apport, et ce pour des motifs qui seront expliqués plus tard. Il est donc important de s'assurer qu'aucun des coûts relatifs à ces services n'est comptabilisé deux fois. Par exemple, les commissions ou les indemnités payées à des personnes fournissant des services de consultants ne doivent pas être comptabilisées dans les apports en personnel.

Activités

Les apports en ressources se combinent pour permettre la réalisation des activités ; il est donc utile de présenter les données relatives aux coûts par activité. Mesurer les coûts et les résultats par 'activité' plutôt que par 'stratégie' plus globale peut fournir un outil supplémentaire d'évaluation d'un projet. Chaque stratégie de prévention du VIH englobera vraisemblablement toute une gamme d'activités, dont certaines seront communes à toutes les stratégies et dont d'autres seront spécifiques à une stratégie particulière. Le Tableau 3 présente une catégorisation par activité pour chacune des neuf stratégies considérées.

Tableau 3.
Classification des stratégies par activité.

Stratégie	Activités
<p>1. Dépistage systématique du VIH dans le sang</p>	<p>Recrutement des donneurs – inclut tout ce qui est lié à la motivation, à l'éducation, au recrutement, à la sélection, au dépistage, au conseil et à la fidélisation des donneurs de sang.</p> <p>Collecte de sang – inclut tous les coûts de collecte de sang auprès des donneurs acceptés.</p> <p>Dépistage du VIH – inclut le premier et tous les tests ultérieurs de confirmation.</p> <p>Traitement du sang – inclut tous les coûts (sauf découlant du dépistage du VIH) liés au traitement du sang, notamment les autres tests, le groupage du sang, la préparation des produits sanguins, et toutes les mesures prises pour garantir la sécurité du sang avant le stockage.</p> <p>Stockage/distribution du sang – inclut toutes les mesures prises pour le stockage et le transport du sang jusqu'à sa transfusion finale à l'hôpital.</p> <p>Formation – formation de tout le personnel, y compris le personnel de laboratoire, médical et d'appui.</p> <p>Gestion et administration – inclut la planification et la supervision de la stratégie.</p>
<p>2. Médias grand public</p>	<p>Elaboration et production de matériels IEC – inclut souvent les discussions de groupes spécifiques et les études de marché, l'évaluation, la révision et la réévaluation des messages auprès d'un échantillon de public, et la traduction des matériels dans toute une gamme de langues locales. Les coûts de production des matériels IEC, une fois qu'ils ont été conçus, doivent également être inclus ici.</p> <p>Diffusion/distribution des matériels IEC et des messages — les modes et les coûts de diffusion varieront en fonction du type de média utilisé. Ces activités incluront parfois une promotion préalable faite par des agences de publicité, avant le lancement de fictions à la télévision ou à la radio par exemple.</p> <p>Gestion et administration – inclut les frais généraux de la campagne, les coûts de planification et le coût d'évaluation de la stratégie (y compris les enquêtes de départ et les évaluations après la campagne).</p>
<p>3. Education VIH dans les écoles</p>	<p>Elaboration et production de programmes et de matériels éducatifs – inclut des travaux préliminaires tels que les discussions de groupes spécifiques, ainsi que l'évaluation, la révision et la réévaluation des messages auprès d'un échantillon de personnes, ainsi que la production des matériels définitifs. Il peut également y avoir une production continue de matériels pour le projet, tels que magazine ou bulletin d'information sur le SIDA.</p> <p>Formation – différents membres du personnel scolaire peuvent interrompre provisoirement leurs activités habituelles et recevoir une formation pour mettre en place un nouveau programme. Dans l'idéal, la formation devrait aborder les méthodes d'enseignement et fournir des informations sur le SIDA. Si le nouveau programme devient une activité permanente, le personnel devrait recevoir des cours de recyclage en plus d'une formation initiale.</p> <p>Mise en œuvre d'un programme – englobe les activités réalisées au sein de l'école par le personnel responsable de l'enseignement du programme sur le SIDA.</p> <p>Gestion/administration – gestion et administration au quotidien de la stratégie par le ministère responsable (le Ministère de l'Éducation ou le Ministère de la Santé, par exemple) ; inclut également les coûts de planification et d'évaluation de la stratégie.</p>

Stratégie	Activités
<p>4. Marketing social des préservatifs</p>	<p>Elaboration et production de matériels IEC – peut inclure des études de marché, l'évaluation et la réalisation des matériels ainsi que toutes les traductions nécessaires. Les matériels promotionnels sont généralement produits en vue d'être diffusés par les médias grand public, mais certains d'entre eux peuvent être destinés à une diffusion plus localisée, notamment dans les pays où la publicité explicite concernant les préservatifs est soumise à des restrictions. Ces matériels locaux peuvent inclure des produits tels que des calendriers, des agendas, des porte-clés, des autocollants et des T-shirts. Il arrive souvent que l'on fasse appel à une assistance technique ponctuelle de consultants en marketing pendant la durée du projet.</p> <p>Formation – inclut diverses orientations concernant l'utilisation correcte des préservatifs que l'on donne aux distributeurs détaillants pour leur permettre de relayer cette information auprès de leurs clients, ainsi qu' éventuellement d'autres informations de prévention du VIH. La formation nécessaire peut être entreprise par l'organisation de marketing social ou confiée au fabricant commercial.</p> <p>Diffusion/distribution des matériels IEC et des messages – inclut toutes les activités publicitaires et de promotion, telles que des conférences parrainées et des séminaires professionnels, des cérémonies de remise de prix récompensant les succès, l'utilisation de médias grand public, la distribution individuelle de matériels promotionnels par l'intermédiaire de professionnels de la santé, de pharmaciens, de sages-femmes, d'accoucheuses et de guérisseurs traditionnels, de commerçants et de voyageurs de commerce, et une distribution de masse dans les hôtels, les bars et les entreprises.</p> <p>Distribution de préservatifs – inclut les coûts du stockage et du conditionnement des préservatifs ainsi que de la distribution aux grossistes ou aux détaillants. Les canaux de distribution peuvent être privés ou publics, ou les deux. Le conditionnement et la distribution peuvent être sous-traités.</p> <p>Gestion et administration – inclut les activités au quotidien, les activités de planification et d'évaluation et l'appui technique demandé à des consultants en gestion.</p>
<p>5. Traitement des IST</p>	<p>Elaboration et diffusion de protocoles de diagnostic et de traitement – ceci peut inclure le renforcement des installations actuelles de laboratoire.</p> <p>Formation – inclut le personnel médical et d'appui.</p> <p>Diagnostic – inclut le diagnostic de laboratoire et le diagnostic syndromique.</p> <p>Conseil – inclut la fourniture de médicaments et de préservatifs.</p> <p>Notification au partenaire – identification du partenaire, notification et fourniture de conseils.</p> <p>Gestion et administration – inclut la planification, la supervision et l'évaluation.</p>
<p>6. Education des professionnel(le)s du sexe par les pairs</p>	<p>Elaboration et production de matériels IEC – à l'intention de la population cible.</p> <p>Recrutement d'éducateurs pour les pairs – peut être considéré comme une composante de mobilisation sociale du projet. Cette activité se poursuivra pendant toute la durée du projet, même si elle se déroule principalement au début. Le personnel et les autres éducateurs pour les pairs peuvent s'en occuper.</p> <p>Formation – de tous les membres du personnel et particulièrement des professionnel(le)s du sexe faisant fonction d'éducateurs de leurs pairs qui auront la responsabilité de la tenue des séances d'éducation ; inclut une formation continue.</p> <p>Diffusion des matériels et des messages IEC – auprès de la population cible, par le biais de séances individuelles ou de groupe.</p> <p>Distribution et vente de préservatifs.</p> <p>Gestion et administration – inclut la planification, la supervision et l'évaluation de la stratégie.</p>

Stratégie	Activités
<p>7. Conseil et test volontaires</p>	<p>Elaboration et production de matériels IEC – les clients pourront voir une vidéo, ou recevoir du matériel éducatif lors de la séance de conseil avant le test ; ces matériels doivent être élaborés, testés et produits.</p> <p>Formation – les conseillers doivent être formés à des techniques adaptées par d'autres conseillers dont la formation est complète et qui sont disponibles pour à leur tour former un personnel moins qualifié.</p> <p>Conseil – avant le test – dispensé à des individus, des couples ou des groupes. Le conseil individuel peut être suivi ou précédé par une séance de groupe, avec parfois la projection d'une vidéo. Les préservatifs peuvent être distribués gratuitement ou vendus. Pour ceux qui décident de faire le test, le sang peut être prélevé immédiatement ou à l'occasion d'une visite ultérieure.</p> <p>Examen – l'examen du sang en laboratoire peut être fait sur place ou dans un laboratoire centralisé.</p> <p>Conseil – après le test – toutes les personnes peuvent recevoir leur résultat lors d'une séance de conseil après le test, ou seulement si leur résultat s'est révélé positif</p> <p>Gestion et administration – un certain nombre d'activités de gestion devront être réalisées, en particulier pour les centres indépendants.</p>
<p>8. Réductions des risques pour les consommateurs de drogues injectables</p>	<p>Elaboration et production de matériels IEC – inclut souvent des discussions de groupes spécifiques et des études de marché, l'évaluation, la révision et la réévaluation des messages auprès d'un échantillon de public, ainsi que la traduction des matériels dans toute une gamme de langues locales. Les coûts de production des matériels IEC, une fois qu'ils ont été conçus, doivent également être inclus ici.</p> <p>Diffusion/distribution des matériels et des messages IEC – les modes et les coûts de diffusion varieront en fonction du type de média utilisé.</p> <p>Recrutement des éducateurs pour les pairs – peut être considéré comme une composante de mobilisation sociale du projet. Cette activité se poursuivra pendant toute la durée du projet, même si elle se déroule principalement au début. Le personnel et les autres éducateurs pour les pairs peuvent s'en occuper.</p> <p>Conseil – conçu pour diminuer les comportements à risque, tels que le partage du matériel d'injection.</p> <p>Echange des seringues et des aiguilles – les seringues et les aiguilles usagées sont échangées contre du matériel stérile.</p> <p>Élimination des seringues contaminées – ceci pourrait inclure la fourniture de conteneurs spécialement conçus à cet effet, le transport, l'élimination des produits dangereux biologiquement, et une éventuelle incinération.</p> <p>Javellisation/Distribution de produits pour nettoyer les matériels – distribution de produits de nettoyage et conseil sur ceux-ci.</p> <p>Distribution de préservatifs – inclut les coûts de stockage et de conditionnement des préservatifs ainsi que de distribution aux grossistes ou aux détaillants.</p> <p>Dépistage du VIH – inclut le premier et tous les tests de confirmation ainsi que le conseil avant et après le test.</p> <p>Aiguillage vers d'autres services – inclut l'aiguillage des personnes vers d'autres services médicaux (par exemple services de traitement des IST), une assistance sociale et un soutien juridique.</p> <p>Formation – formation de l'ensemble du personnel, y compris le personnel de laboratoire, médical de gestion et d'appui.</p> <p>Gestion et administration – inclut la planification et la supervision du projet.</p>

Stratégie	Activités
9. Transmission mère-enfant	<p>Renforcement des services de soins prénatals – inclut la fourniture d'un dépistage du VIH.</p> <p>Formation – du personnel.</p> <p>Achat et stockage de médicaments antirétroviraux et d'aliments de substitution.</p> <p>Conseil – avant la notification des résultats du test VIH, pendant le traitement antirétroviral et pour le suivi.</p> <p>Gestion et administration – inclut la planification et la supervision du projet et le suivi des mères et des nourrissons.</p>

Dans la pratique, il est possible que la mise en œuvre d'une stratégie donnée ne fasse pas appel à toutes les activités citées. Il est néanmoins probable que chaque stratégie fera appel à un certain nombre d'entre elles. Dans certains cas, un apport en ressource, comme stipulé dans la classification primaire, sera utilisé uniquement pour une activité et, dans d'autres cas, il sera partagé entre différentes activités. Par exemple, dans un dispensaire anti-IST public, des apports en médicaments peuvent être entièrement consacrés au traitement alors que le temps d'un médecin peut être partagé entre les activités le traitement, des activités de conseil, la distribution de préservatifs, et la gestion et l'administration.

Commentaires spécifiques sur les activités dans les différentes stratégies de prévention du VIH:

Dépistage systématique du VIH dans le sang. Dans un service de transfusion sanguine déjà établi, la majorité de ces activités aura lieu avant la réalisation d'un dépistage du VIH dans le sang. Il peut donc être tentant de prendre pour hypothèse que le coût d'une stratégie de dépistage systématique du VIH dans le sang peut être évalué en ne mesurant que les coûts ajoutés découlant du dépistage du VIH. La situation est, toutefois, plus complexe que cela. Dans des zones où la prévalence du VIH est élevée, le remplacement du sang contaminé mis au rebut peut constituer le principal coût de la sécurité transfusionnelle⁽²¹⁾. Le coût du dépistage du VIH dans le sang peut donc dépendre davantage des coûts résultant d'activités de pré-examen que du dépistage lui-même. Il n'est, pour cette raison, pas suffisant d'évaluer uniquement les coûts additionnels qu'entraîne le dépistage du VIH dans le sang. Au lieu de cela, le coût total d'une stratégie de dépistage systématique du VIH dans le sang prendra en considération toutes les ressources utilisées pour réaliser ce dépistage VIH, plus l'intégralité du coût entraîné par le remplacement du sang mis au rebut pour raison de séropositivité. Les coûts unitaires de ce sang comprendront les dépenses liées au recrutement des donneurs, à la sélection et au conseil, à la collecte de sang, aux tests réalisés avant le test VIH et à une part proportionnelle des frais généraux tels que les frais administratifs et de formation du personnel, de supervision et de gestion.

Pour arriver à ces coûts unitaires, il faudra obtenir le coût d'une partie des activités du service général de transfusion sanguine et l'imputer aux activités propres à la stratégie concernée. Par exemple, il est probable que les coûts de gestion et d'administration devront être partagés entre les activités relatives au conseil avant le test et celles se déroulant après le test, et que les coûts de laboratoire devront être imputés pour partie au dépistage du VIH et pour partie à d'autres examens. Lorsque l'on en est à ce stade de l'évaluation des coûts, il pourrait s'avérer judicieux du point de vue pratique d'obtenir les coûts de l'ensemble du service de transfusion sanguine plutôt que de rester à mi-chemin et de n'évaluer que les coûts correspondant à la stratégie de dépistage du VIH. Le degré de finalisation d'une évaluation des coûts devant être réalisée dépendra de ses objectifs et du public intéressé par les résultats. L'administrateur d'un service de transfusion pourra être intéressé non seulement par le coût des activités permettant de garantir un sang sain (non contaminé par le VIH) mais également des données de coûts plus complètes et plus généralement utilisables. En évaluant le coût d'ensemble du service de transfusion, il est possible de présenter les coûts totaux par activité et de différencier le pourcentage des coûts imputables à la stratégie de dépistage systématique du VIH. S'il semble approprié de réaliser une évaluation complète des coûts, des orientations détaillées sont disponibles dans le document de l'OMS intitulé *Costing blood transfusion services*.⁽³⁷⁾

Professionnel(le)s du sexe. Des activités complémentaires peuvent être entreprises, telles que des initiatives visant à atteindre les clients pour les faire participer à des séances éducatives. D'autres activités des projets concernant les professionnel(le)s du sexe peuvent ne pas être directement en rapport avec la prévention du VIH, comme par exemple, la fourniture de crèches et l'aide au revenu.

Conseil et test volontaires. Certains centres proposent un appui aux groupes de personnes séropositives au VIH, mais il ne s'agit pas d'une activité de base d'un service de conseil et de test volontaires.

Consommateurs de drogues injectables. Dans la pratique, il est possible qu'une stratégie spécifique ne fasse pas appel à toutes les activités citées. Il est néanmoins probable que chaque stratégie mettra en œuvre un certain nombre d'entre elles. Dans certains cas, un apport en ressource, comme stipulé dans la classification primaire, sera utilisé uniquement pour une activité et, dans d'autres cas, il sera partagé entre différentes activités. Par exemple, le temps d'un médecin peut être partagé entre le traitement des IST, des activités de conseil, la distribution de préservatifs, et la gestion et l'administration.

✓ **Astuce 2: Quels éléments inclure dans le calcul des coûts d'un essai clinique ?**

Souvent, l'analyse des coûts et du rapport coût-efficacité des stratégies de prévention du VIH est réalisée dans le cadre des essais cliniques en cours. Pour pouvoir étudier la faisabilité de ces services, il est très important d'inclure tous les coûts nécessaires pour garantir le fonctionnement du projet. Par exemple si le projet doit fournir des infrastructures de base supplémentaires avant que l'on puisse étudier l'efficacité d'une intervention spécifique, leur coût doit être pris en considération. De même, il est important d'exclure les coûts liés à aux éléments de recherche ayant précédé l'intervention, ainsi que certains aspects du suivi et de l'évaluation.

Les coûts aux différents échelons

Les activités de certaines stratégies de prévention du VIH peuvent se situer à différents échelons. Les programmes nationaux peuvent être gérés sur le terrain à travers les districts et les régions en remontant jusqu'à l'administration centrale. Lorsque l'on remonte les échelons au sein de la hiérarchie, et en s'éloignant du point où le service est fourni, il peut devenir de plus en plus difficile d'obtenir des données et de discerner à quoi s'appliquent les coûts. Les coûts à inclure à chaque échelon dans l'étude d'évaluation dépendront de l'étendue des responsabilités du décisionnaire supposé utiliser les résultats et de la manière dont ces résultats seront appliqués.

Il est recommandé de réaliser une évaluation exhaustive des coûts à l'échelon où le service est fourni. Pour les échelons supérieurs, on recommande d'évaluer le coût des apports en personnel et d'inclure tous les autres coûts additionnels entraînés par l'intégration de la stratégie de prévention du VIH aux activités existantes. Lorsque la prévention du VIH est intégrée à d'autres activités, l'augmentation des coûts aux niveaux régional et national peut être très faible. Si l'on adopte cette approche les principaux apports dont le coût devra être évalué aux échelons supérieurs seront le personnel, les véhicules et les fournitures. Les frais généraux à ces niveaux, tels que ceux concernant les bâtiments, les équipements de bureau, les services publics et l'administration générale, peuvent généralement être exclus. Toutefois, lorsque de nouvelles stratégies de prévention du VIH sont mises en place, l'appui administratif, logistique ou technique important de la part des niveaux plus centraux qui devient nécessaire, se traduira par des coûts additionnels qui seront plus substantiels et impliqueront un plus large éventail d'apports. Le coût de ces apports doit être évalué et imputé de manière appropriée à la stratégie en rapport avec le SIDA. Par exemple, le coût de renforcement d'un programme national de lutte contre le SIDA nécessaire pour appuyer une nouvelle stratégie de prévention doit être évalué dans cette stratégie.

Pour déterminer l'échelon concerné, il faut impérativement examiner tous les **fournisseurs de services** susceptibles d'être mis à la disposition de tel projet ou

Planification du processus d'évaluation des coûts

programme. Encore une fois, les éléments à prendre en considération différeront selon les stratégies:

Dépistage systématique du VIH dans le sang. Plus l'étude d'évaluation des coûts est localisée, plus il est probable qu'elle ne concernera qu'un seul fournisseur. A contrario, une stratégie nationale peut inclure un certain nombre de fournisseurs. En République démocratique du Congo, par exemple, l'industrie minière réalise un pourcentage important des transfusions, mais celles-ci peuvent également être faites dans les secteurs public et privé. Les objectifs de l'étude – notamment l'examen du public des décisionnaires – doivent désigner clairement les fournisseurs.

Les décisions concernant les échelons dont les coûts doivent être pris en compte seront probablement dictées par les objectifs de chaque étude d'évaluation des coûts. Si un service de transfusion sanguine dont les coûts doivent être évalués est localisé – par exemple, le dépistage du VIH dans un hôpital de mission – il peut se révéler nécessaire d'évaluer uniquement les coûts au niveau de la fourniture du service.

Si l'étude porte sur les coûts nationaux, elle devra probablement examiner les coûts à tous les échelons, depuis le centre jusqu'à la périphérie. Commencant au centre et descendant à travers l'ensemble du système, les informations de coût pour chaque échelon doivent être recherchées dans les livres répertoriant les dépenses. Si de tels documents ne sont pas disponibles, il faudra peut-être calculer ces coûts à partir des informations sur les coûts unitaires et de quantité collectées sur le terrain. Il peut être nécessaire de limiter le travail sur le terrain à l'évaluation des coûts d'un échantillon représentatif des services fonctionnant à chaque échelon.

Médias grand public. A un moment donné, un certain nombre de campagnes médiatiques sur le SIDA peuvent être menées de front dans un pays à la fois par les pouvoirs publics et des organisations non gouvernementales. Plus que dans le cas d'autres stratégies, les fournisseurs peuvent être nombreux à participer à la stratégie, voire à une seule et même campagne. Ainsi, une fiction radiophonique en Zambie⁽⁴⁷⁾ a bénéficié de l'engagement de la division de l'éducation pour la santé du Ministère de la Santé, ainsi que du Programme national de Lutte contre le SIDA, de la Radio nationale, d'un certain nombre de facultés et d'ONG, des troupes de théâtre, et du programme AIDSCOM d'appui à la communication en matière de santé publique de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Il faudra donc évaluer un grand nombre d'exécutants et d'organisations pour obtenir des informations sur les coûts. Certaines activités peuvent être sous-traitées auprès d'entreprises commerciales comme, par exemple, la production de matériels IEC à des agences de publicité professionnelles. Ceci peut simplifier la collecte des informations sur les coûts dans la mesure où les honoraires facturés engloberont probablement les frais généraux de l'agence et les frais d'appui pour le travail effectué. Dans ce cas, les dépenses relatives à l'activité concernée peuvent être considérées comme un apport global et ne sont pas ventilées par apports constitutifs.

Par définition, une campagne médiatique grand public est souvent réalisée au niveau national et les activités sont centralisées. Il suffira donc d'obtenir les informations sur les coûts auprès d'un seul échelon, et ce même s'il est possible que plusieurs fournisseurs soient impliqués à ce niveau. Les coûts considérés seront ceux découlant directement d'une campagne donnée, majorés du pourcentage approprié des frais généraux de l'organisation qui assume la principale responsabilité de la supervision, de la gestion et de l'administration de la campagne ou de la stratégie. Il peut s'agir, par exemple, d'une partie des coûts de fonctionnement de la division d'éducation pour la santé du Ministère de la Santé, ou de son équivalent.

Il est recommandé que seule l'organisation principalement responsable de la campagne soit habilitée à évaluer les frais généraux des autres organisations qui s'investissent partiellement dans la stratégie. Une partie des charges de personnel de ces organisations doit, toutefois, être prise en compte en fonction du pourcentage de son temps que ce personnel consacre à la campagne.

Education VIH à l'école. En toute probabilité, cette stratégie sera entreprise en priorité par un ministère public tel que l'Éducation ou la Santé. Il pourra s'occuper de l'élaboration des programmes et de la production des matériels ou confier cette mission à une agence. Il en va de même pour la formation du personnel. Dans la pratique, l'enseignement de l'éducation SIDA est dispensé par le personnel des écoles auxquelles la stratégie s'intéresse. Les donateurs peuvent également apporter leur contribution, par exemple, en offrant des services de consultants pendant la phase de lancement de la stratégie. Si le projet est une initiative plus localisée mise en œuvre par une ONG, les seuls fournisseurs impliqués peuvent être l'ONG elle-même et les écoles dans lesquelles se déroule la stratégie.

Les données relatives aux coûts devraient, pour la plupart, être disponibles au niveau central de l'organisation qui assume la responsabilité globale de la stratégie – par exemple, le ministère concerné. Le coût du temps consacré par le personnel scolaire à la stratégie pendant la formation et l'enseignement devra être obtenu auprès d'un échantillon d'écoles participant à la stratégie. Si les donateurs fournissent une assistance pour le projet, telle qu'une assistance technique au moment du lancement, il peut s'avérer nécessaire de leur demander directement le détail des coûts de leurs apports. Si le projet est une initiative plus localisée d'une ONG, les données relatives aux coûts devront être collectées directement auprès de l'ONG elle-même, et les autres coûts, notamment en personnel, auprès des écoles dans lesquelles la stratégie est mise en œuvre.

Marketing social des préservatifs. Tout projet de marketing social peut en général compter sur la participation de plusieurs institutions. Un donateur étranger peut fournir des services de consultants lors de la phase de lancement et un soutien financier permanent. Les préservatifs peuvent être fournis soit par un donateur soit par une entreprise commerciale. Au niveau national, les acti-

vités sont pour la plupart généralement coordonnées par une organisation de marketing social, laquelle peut confier le marketing, la promotion et la distribution à d'autres organisations. Le Ministère de la Santé ou le Ministère de la Famille peuvent être impliqués au niveau des politiques d'un projet, de la distribution des préservatifs et du suivi par l'intermédiaire de leurs propres points de distribution. A la périphérie, les distributeurs détaillants achèteront et vendront les préservatifs. Dans la plupart des cas, l'organisation de marketing social tient, à un niveau central, un livre de comptabilité des dépenses qui récapitule les coûts financiers de ces activités décentralisées. Pour calculer les coûts économiques de la stratégie, il peut être nécessaire de s'adresser directement à certaines des autres organisations. Par exemple, il est probable que l'organisation de marketing social ne disposera pas des informations sur le coût des apports provenant des donateurs.

Compte tenu du rôle de l'organisation de marketing social dans la centralisation des données relatives aux dépenses des activités décentralisées d'un projet, le siège de l'organisation devrait disposer de la majorité des informations relatives à l'évaluation des coûts. Il peut toutefois être nécessaire de se rendre sur le terrain pour obtenir des données supplémentaires telles, par exemple, que le montant des apports qui n'entraînent pas de dépenses pour le projet. Il peut s'avérer nécessaire de s'adresser au siège de l'organisation à l'étranger ainsi qu'aux donateurs étrangers pour obtenir des détails sur le coût des apports externes – par exemple, les préservatifs et les services de consultants. Il ne faut inclure que les contributions directes au projet et l'on peut exclure les frais généraux qui ne sont pas spécifiques au projet du pays.

✓ ***Astuce 3: Réunir des données auprès des organisations de MSP (marketing social des préservatifs)***

Les principales informations à obtenir auprès d'une organisation de marketing social incluent le coût total d'un projet (et une idée des méthodes utilisées pour calculer ce chiffre), le nombre de préservatifs vendus, les dépenses du projet affectées aux préservatifs, et les recettes revenant au projet du fait de la vente des préservatifs. Bien que les organisations de marketing social soient généralement prêtes à partager les informations, celles-ci peuvent être présentées dans un format qui leur est propre et n'est pas forcément idéal pour l'analyse des coûts. Il peut donc être nécessaire d'adapter ces informations sous leur forme disponible. Par exemple, dans l'évaluation des coûts d'un projet mené par Futures Group International dans lequel les préservatifs sont inclus dans le marketing social de l'ensemble des contraceptifs, on s'est aperçu que les coûts n'étaient pas recensés par méthode de contraception⁽⁶¹⁾. L'analyse des coûts a donc été fondée sur le coût des préservatifs eux-mêmes auquel on a ajouté le pourcentage des dépenses directes du projet imputé proportionnellement aux années de protection par couple fournies par les préservatifs.

Traitement des IST. Il est probable que les services primaires de traitement des IST seront fournis par une seule organisation, que ce soit un fournisseur public, privé à but lucratif ou une ONG. A l'occasion, toutefois, les services privés ou d'ONG peuvent recevoir une aide du gouvernement pour la supervision, la formation ou les médicaments. Ceux qui ne disposent pas de leurs propres services de laboratoire ou d'aiguillage des patients vers les services spécialisés peuvent faire appel à ceux du gouvernement.

- **Gouvernement.** Une évaluation portant sur les coûts nationaux, doit obtenir des données à tous les échelons, du centre à la périphérie. Les informations sur les coûts sont d'abord réunies au niveau central, et, pour les échelons inférieurs, elles doivent être tirées des livres de comptabilité des dépenses. Si de tels documents ne sont pas disponibles, les coûts devront être calculés à partir des informations collectées sur le terrain aux échelons périphériques. L'étude des coûts doit comporter un échantillon représentatif des services de niveau primaire. Les coûts des services de laboratoire et d'aiguillage supportés par des échelons supérieurs doivent également être reflétés dans l'étude..

Il peut être nécessaire de collecter à différents échelons les informations sur les frais généraux et d'appui liés à la gestion et l'administration du service. Dans les systèmes verticaux, il est probable que les coûts seront bien définis à chacun des échelons et ils doivent être inclus dans leur intégralité. Ceux-ci peuvent par exemple concerner des bureaux pour des projets anti-IST spécifiques aux niveaux national et provincial. Lorsque les services anti-IST font partie intégrante d'autres services, il sera plus difficile de déterminer le coût nécessaire pour les appuyer. Dans ce cas, il ne faut retenir que les coûts additionnels d'appui à la stratégie, et les coûts liés au temps que le personnel consacre à cette stratégie.

- **Sociétés à but lucratif et ONG.** Certains projets peuvent porter sur un seul dispensaire anti-IST ou sur un dispensaire à vocation généraliste qui fournit un traitement contre les IST, et leurs coûts peuvent être obtenus auprès d'un seul échelon. Ailleurs, le service primaire anti-IST peut être associé à un hôpital central privé ou géré par une ONG et il faut alors contacter deux échelons pour obtenir les données nécessaires à l'évaluation des coûts.

Education des professionnel(le)s du sexe par les pairs. Ce type de stratégie est habituellement mis en œuvre par des ONG, dont l'une prend la tête des opérations et coordonne l'appui provenant d'autres ONG et de donateurs nationaux ou internationaux. Les institutions gouvernementales apportent parfois leur contribution en fournissant des préservatifs, des locaux ou des aides financières pour payer les salaires. Les donateurs peuvent également fournir des préservatifs ainsi qu'une assistance technique. Les préservatifs ne sont pas toujours distribués gratuitement, mais parfois vendus par les éducateurs pour les pairs.

Il peut suffire de traiter avec un ou deux échelons pour évaluer le coût de ce type de projet. La principale source de données sera le siège administratif de l'ONG.

Le deuxième échelon, pour les informations non fournies par le siège de l'ONG, est la communauté où les éducateurs pour les pairs mènent leurs activités, à ce niveau toutefois, la recherche d'informations sera beaucoup moins structurée. Il peut être nécessaire d'étudier séparément les subventions publiques, au niveau municipal ou à l'échelon du district par exemple. Il peut également s'avérer nécessaire de contacter les donateurs pour chiffrer leurs apports.

Conseil et test volontaires. Lorsque les services de conseil et de test volontaires sont fournis par différentes institutions, les objectifs de l'étude détermineront s'il faut ou non utiliser un échantillon représentatif ou si une étude du service se révélera plus facile à reproduire ou plus efficace.

Lorsque les services de conseil et de test volontaires sont habituellement fournis par les pouvoirs publics, et si l'étude porte sur les coûts à l'échelle nationale, il faudra examiner les coûts à tous les niveaux, du centre à la périphérie. Les informations sur les coûts sont d'abord réunies au niveau central, et, pour les échelons inférieurs, elles doivent être tirées des livres de comptabilité des dépenses. Si de tels documents ne sont pas disponibles, les coûts devront être calculés à partir des informations collectées sur le terrain aux niveaux périphériques. L'étude des coûts doit comporter un échantillon représentatif des services de conseil et test volontaires. Le coût additionnel des services fournis à des niveaux supérieurs par des dispensaires spécialisés dans le conseil et le test volontaire sera inclus dans l'évaluation..

Pour évaluer le coût d'un service de conseil et de test volontaires fourni par une ONG, il se peut qu'un seul échelon doive être pris en considération ou, tout au plus, les frais au niveau du service en question auxquels on ajoute le coût de l'appui fourni par le siège. Dans la mesure où les services de conseil et de test volontaires sont financés par plusieurs sources, notamment les ONG, les subventions publiques et les donateurs externes, il peut être nécessaire d'établir un certain nombre de contacts avec les différents bailleurs de fonds pour obtenir des données complètes sur les coûts.

Consommateurs de drogues injectables. Les projets concernant les consommateurs de drogues sont généralement l'affaire de plusieurs ONG, dont une prend la tête des opérations et coordonne l'appui provenant d'autres ONG et de donateurs nationaux ou internationaux. Les institutions gouvernementales apportent parfois leur contribution en fournissant des préservatifs, des locaux ou des aides financières pour payer les salaires. Les donateurs peuvent également fournir des préservatifs ainsi qu'une assistance technique. Les préservatifs ne sont pas toujours distribués gratuitement, mais parfois vendus par les éducateurs pour les pairs.

3.4 *Choix de la période étudiée*

«On s'efforcera de préférence d'évaluer les coûts pour l'ensemble d'un exercice, ce qui facilitera la référence à la plupart des données pertinentes, telles que celles qui concernent les frais de personnel et le coût des services. En travaillant sur un exercice complet, on évite aussi de possibles distorsions dues aux effets saisonniers. Il est vrai qu'à l'occasion l'insuffisance de données disponibles, lorsqu'il s'agit par exemple d'un programme nouvellement lancé, ou l'insuffisance de temps peut amener à restreindre la période étudiée. Si cela se produit, on fera bien de prendre conseil quant aux moyens d'éviter des distorsions trop marquées.»

«On choisira l'exercice le plus récent pour lequel les données relatives aux coûts sont disponibles: l'étude d'un exercice trop ancien risque de buter contre la disparition des données ; celle d'un exercice trop récent, de se heurter à une impossibilité si les données statistiques, collectées à intervalles réguliers, ne sont pas encore disponibles. Il arrive que l'exercice comptable (à l'issue duquel sont récapitulés les renseignements relatifs aux dépenses) ne coïncide pas avec l'année civile c'est-à-dire la période pour laquelle, vraisemblablement, on procède à l'agrégation des données statistiques en rapport avec l'efficacité). Dans ce cas, on devra tâcher d'obtenir pour chaque mois les données désagrégées de coûts ou d'efficacité, de manière à pouvoir reconstituer soit les données relatives à l'efficacité pour l'exercice comptable, soit les chiffres des dépenses pour l'année civile» (SSP: 28). Si les informations collectées portent sur plusieurs exercices, il faut alors repérer attentivement l'année pendant laquelle les dépenses ont été engagées.

Pour toute évaluation, les données relatives aux coûts peuvent être collectées de manière rétrospective à partir de sources telles que les livres comptables, les questionnaires, les entretiens. Ou alors, on peut mettre au point des programmes informatiques qui collecteront les données au fur et à mesure des dépenses sur une période déterminée, ces données étant ensuite analysées rétrospectivement.

Il est probable que les coûts varieront pendant la durée d'un projet, notamment si les coûts de lancement sont élevés. Ces derniers concernent des activités réalisées au début d'un projet et rarement répétées, telles que l'achat de véhicules ou la mise en place de l'infrastructure. Par exemple, l'élaboration de protocoles standard de diagnostic peut constituer l'un des coûts de lancement d'une stratégie de traitement des IST. Si les coûts de lancement sont inclus dans l'évaluation, ils doivent être considérés de la même manière que les investissements et annualisés sur la durée de vie prévue du projet.

Différentes périodes peuvent être considérées pour la collecte des données en fonction des objectifs de l'évaluation des coûts, notamment:

- Si l'on s'intéresse à l'efficacité opérationnelle ou à la modification de projets en cours, on peut laisser de côté les coûts de lancement et ne collecter

Planification du processus d'évaluation des coûts

que les coûts de fonctionnement et les investissements annualisés. Si l'on n'examine que les coûts de fonctionnement des services réguliers, il serait bon de collecter les coûts annuels correspondant à un exercice récent et représentatif et incluant les coûts de fonctionnement et les investissements annualisés.

- Si l'étude cherche des informations sur l'ensemble des coûts liés à un projet donné, la comptabilisation doit porter sur chacun des exercices pendant lesquels ces coûts sont intervenus et inclure les dépenses liées au lancement, à savoir, planification, recrutement de personnel et identification du site du projet.
- L'identification est particulièrement importante pour le marketing social des préservatifs (**MSP**) dans la mesure où les coûts unitaires ont tendance à diminuer pendant le déroulement du projet puisque le volume de vente de préservatifs augmente. Les comparaisons entre projets, doivent impérativement tenir compte de la durée de fonctionnement de chacun d'entre eux. Les projets de MSP entraînent généralement des coûts de lancement comparativement élevés dus aux études de marché, à la conception et au lancement des activités.
- Si l'évaluation des coûts s'intéresse à la modification future ou à la viabilité d'un projet, les coûts des activités en cours (y compris les moins-values des apports en capital) doivent être collectés pendant une période de fonctionnement normal du projet. Dans l'idéal, ces coûts devraient être ceux de l'exercice le plus récent pour lequel on dispose de données. Si les coûts sont collectés pendant la première phase du projet, il est important d'exclure les coûts de lancement exceptionnels susceptibles de gonfler les estimations des ressources nécessaires pour assurer la pérennité du projet.
- Si l'on cherche des informations sur les coûts nécessaires pour reproduire un projet donné, il faut collecter tous les coûts intervenus depuis sa création. Ceci inclut à la fois le lancement et les activités de fonctionnement. Il faut alors comptabiliser tous les coûts encourus par le projet depuis sa création, y compris ceux entraînés par des changements intervenus à l'échelon du projet du fait de la stratégie de prévention du VIH. Par exemple, pour le dépistage systématique du VIH dans le sang, les changements peuvent inclure la mise en place d'un premier service national de transfusion sanguine, la réorganisation d'un service de transfusion déjà existant, la création de nouvelles installations telles que des laboratoires, ou encore l'introduction dans les laboratoires de nouvelles séries d'examens. Les coûts de lancement peuvent également inclure des opérations telles que l'instauration de nouvelles politiques nationales pour la pratique de l'examen du sang dans les services de transfusion sanguine.
- La période choisie peut également dépendre de la maturité du projet. Si la stratégie est de durée limitée, il peut être nécessaire que l'évaluation englobe

tous les coûts, y compris ceux induits par les activités de lancement. Si la stratégie a été institutionnalisée et constitue maintenant une activité bien établie, il peut s'avérer approprié de n'évaluer que les coûts de fonctionnement.

- Les campagnes utilisant les **médias grand public** seront normalement limitées dans le temps plutôt que de constituer un ensemble d'activités permanentes. C'est pour cela qu'il vaut mieux évaluer les coûts de chacune de ces campagnes de sa conception à son aboutissement. Contrairement à ce qui se passe pour d'autres évaluations, l'estimation ne différenciera pas les coûts de lancement et de fonctionnement mais portera sur l'ensemble des données. Si l'objectif est d'évaluer les coûts d'une stratégie plus large qui est en fait permanente, la stratégie pourra consister en une série de campagnes. Il peut alors être nécessaire d'évaluer le coût des frais généraux de l'élaboration et de la supervision de la série, outre l'évaluation des coûts de chaque campagne.

Pour entreprendre une analyse du rapport coût-efficacité, les données sur les coûts et celles relatives à l'efficacité doivent être liées de sorte à ne mesurer que les coûts des ressources qui produisent des effets. Il est habituellement recommandé d'évaluer à la fois les coûts et les effets sur une durée d'un an. Il faut néanmoins prendre en considération ce qui est le plus approprié pour chaque stratégie en particulier. Une année de données sur les coûts peut être un délai approprié pour des activités de prévention en cours, comme par exemple des programmes de dépistage du VIH dans le sang. Toutefois, pour d'autres stratégies, telles que les campagnes médiatiques grand public, des coûts induits sur courte une période peuvent produire des effets qui se feront sentir pendant longtemps. Dans tous les cas, il est essentiel de bien prendre note de la période à laquelle les données se réfèrent.

Si les données ont été collectées sur plus d'un an, il sera nécessaire de les retraiter et de les ramener à une Année de Base constante avant de les additionner (voir chapitre 4). L'Année de Base choisie sera normalement l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles.

3.5 Choix d'un échantillon

Il peut parfois s'avérer nécessaire d'évaluer les coûts d'un programme national qui consiste en des opérations multiples et disséminées sur le plan géographique comme, par exemple, un service national de transfusion sanguine ou un programme national de lutte contre les IST. Dans ce cas, il peut être utile de n'évaluer que les coûts d'un échantillon de services à un ou à plusieurs échelons. Même lorsque l'estimation porte sur un projet plus localisé, tel qu'un projet d'éducation par les pairs, il peut être nécessaire de prendre un échantillon du temps consacré par des membres représentatifs du personnel pendant des semaines représentatives de l'année considérée.

✓ **Astuce 4: Sélection d'échantillons**

«Le choix d'un échantillon peut se faire de multiples manières, mais d'ordinaire, lorsqu'on y procède, on ne se borne pas à s'intéresser aux éléments qui le constituent: on désire tirer des conclusions sur la population elle-même, eu égard à quoi il y a lieu de respecter certains principes. Les statisticiens ont élaboré de nombreuses méthodes pour s'assurer que soient remplies les conditions garantissant que les conclusions tirées de l'échantillon s'appliquent à la population. Quatre méthodes de ce genre sont décrites ci-après. Pour chacune d'entre elles, la mesure dans laquelle on peut ajouter foi aux conclusions, eu égard aux inévitables écarts statistiques, est fonction de la taille de l'échantillon. Abstraction faite des frais et difficultés liés à l'application de ces méthodes, on considérera que plus un échantillon est grand, plus il est représentatif (ou, en d'autres termes, plus la marge d'erreur probable est faible). On doit également tenir compte de l'ampleur des écarts entre les éléments d'une population: plus faibles ils sont, plus on peut se satisfaire d'un échantillon de petite taille. On sollicitera éventuellement à ce sujet l'avis d'un statisticien.»

«L'*échantillonnage aléatoire*, couramment utilisé, donne de bons résultats quand on peut répertorier et dénombrer tous les éléments de la population et qu'on ne s'intéresse pas à un sous-groupe particulier. On s'en servirait par exemple pour constituer un échantillon de centres de santé à l'échelon d'un district: après avoir décidé de la taille de l'échantillon, on choisirait au hasard un nombre d'éléments en conséquence dans une liste numérotée, en s'aidant d'une table de nombres aléatoires.»

«On peut aussi recourir à l'*échantillonnage systématique*. Plus simple que l'échantillonnage aléatoire, il est particulièrement utile lorsqu'on a affaire à des populations de grandes dimensions (par exemple, les patients d'un hôpital). En voici la marche à suivre:

- Se procurer la liste complète (il est inutile qu'elle soit triée) des (n) éléments dont on tirera l'échantillon ; Décider de la taille (t) de l'échantillon ;
- Calculer le quotient n/t ($= k$). En partant de n'importe quel point de la liste, en sélectionner les divers éléments à intervalle constant. En supposant que l'on veuille tirer un échantillon de 50 patients ($t = 50$) parmi les 2000 patients qui ont fréquenté un centre de santé au cours de l'année ($n=2000$), prendre comme intervalle d'échantillonnage 40 ($2000/50$) et retenir chaque quarantième nom de la liste des 2000 patients. Si le quotient n/t n'est pas un nombre entier (par exemple, $k=40,54$), l'arrondir à l'entier le plus proche.»

«Si l'on devait s'intéresser aux coûts des centres de santé dans le cadre d'un programme de soins de santé primaires pour l'ensemble d'un pays, la constitution d'un échantillon aléatoire ou d'un échantillon par strates exigerait probablement de nombreux efforts et déplacements, les centres de

---->

soins étant très dispersés. On dispose donc d'une troisième méthode qui consiste dans un premier temps à constituer un échantillon d'unités territoriales, pour ensuite étudier les coûts des centres de santé qui y sont implantés. Cet *échantillonnage par grappe* donne des résultats moins bons que l'échantillonnage aléatoire mais offre des avantages notables au chapitre de la logistique. Tout d'abord, on constitue la grappe (en l'occurrence avec des districts) par échantillonnage aléatoire, puis, au sein de celle-ci, on travaille soit sur toutes les unités (centres de santé) soit sur un échantillon aléatoire d'unités.»

«Avec *l'échantillonnage stratifié*, on dispose d'un quatrième outil statistique. Il arrive que, en vue de procéder à des comparaisons, on désire constituer un échantillon d'éléments présentant des caractéristiques bien définies (par exemple, centres de santé en zone urbaine ou en zone rurale). A cette fin, on divise la population totale (en l'espèce, tous les centres de santé) en sous-groupes (centres de santé urbains ; centres de santé ruraux) ; puis, pour chaque sous-groupe, on tire un échantillon aléatoire, un échantillon systématique, voir un échantillon par grappe.»

«Bien que ces quatre méthodes soient éminemment valables, on se trouve à l'occasion réduit à pratiquer *l'échantillonnage empirique*, technique à la fois moins systématique et plus pratique. En effet, il est assez courant que des obstacles tels que des coûts de recherche excessifs ou une coopération médiocre du personnel de certains établissements de soins compliquent la tâche, voire rendent inconcevable l'échantillonnage aléatoire et contraignent donc de se fier à son seul jugement pour constituer un échantillon d'analyse suffisamment représentatif. Pour avantageux qu'il soit, ce procédé ne permet pas en revanche de tirer à propos de l'ensemble de la population des conclusions aussi sûres que si l'on disposait d'une véritable base statistique. Loin d'être idéal, il peut cependant rendre service en dernier recours.» (SSP: 29-30).

La base sur laquelle un échantillon est sélectionné doit être indiquée clairement dans la présentation des résultats. Lorsque l'on analyse les coûts des échantillons de services ou d'activités, il sera nécessaire d'ajouter ces données pour obtenir les coûts pour la population représentée par l'échantillon.

3.6 Itinéraire de travail

«La collecte des données doit suivre diverses règles élémentaires, dont on énoncera ainsi les trois plus importantes:

- pour minimiser les frais et le temps consacrés à la collecte, on doit se renseigner chaque fois que possible à l'échelon le plus élevé (sous réserve que les données y soient de qualité suffisante) ;
- on doit se garder de comptabiliser le même poste deux fois lorsque la collecte se fait à plus d'un niveau (ce qui pourrait être le cas pour les chiffres corres-

Planification du processus d'évaluation des coûts

pondants aux effectifs ou aux barèmes de traitements qu'on obtiendrait à la fois dans les centres de soins et ailleurs) ;

- les efforts tendront essentiellement à collecter des données relatives aux catégories de ressources les plus larges possibles plutôt qu'aux catégories d'intérêt mineur (telles que, dans la plupart des programmes, les travaux de construction et les fournitures). Le coût de ces dernières peut en effet être déterminé empiriquement, en décidant par exemple que les coûts d'entretien et de réparation équivalent à une part fixe des amortissements.
- On dressera la liste des données à collecter à chaque échelon, en apportant à cette tâche d'autant plus de soins que les oublis seraient difficilement rattrapables. Si l'on ignore *a priori* quelles données on trouvera, on établira une liste exhaustive à laquelle on se référera d'un échelon à l'autre. Cette liste comportera, entre autres choses, des exemples détaillés de toutes les catégories d'apports qui figurent dans les tableaux des modules 1 et 2.» (SSP: 32).

Chapitre 4

COLLECTE DES DONNÉES RELATIVES AUX COÛTS

Nous présentons, dans ce chapitre, un guide étape par étape de la collecte des données relatives aux coûts et examinons comment réaliser les ajustements nécessaires de ces données. Ce chapitre doit être lu parallèlement aux formulaires présentés à l'Annexe 1 et disponibles au format Microsoft Excel sur le site web de l'ONUSIDA (www.unaids.org/publications) ou sur le CD-ROM: Economics in HIV/AIDS planning: getting priorities right, UNAIDS (June 2000).

4.1 Coûts financiers et coûts économiques ou de renonciation

Avant de commencer à spécifier la manière de collecter les données relatives aux coûts, il faut prendre conscience de la différence entre les coûts financiers et les coûts économiques dans la mesure où, dans certaines situations, il sera important de réaliser une analyse basée sur les uns plutôt que sur les autres. En proposant des colonnes distinctes pour les coûts financiers et pour les coûts économiques, les formulaires permettent d'enregistrer de manière explicite les apports qui entraînent des dépenses réelles pour le projet (coûts financiers) et les apports qui sont considérés comme des coûts économiques.

Si l'évaluation des coûts doit être utilisée pour réaliser une analyse coût-efficacité, alors toutes les ressources consommées doivent être évaluées en fonction de leur coût économique intégral.

Les coûts économiques ou de renonciation diffèrent des coûts financiers principalement dans trois cas:

Les dons. Le coût économique ou la valeur des biens et services donnés peut le plus facilement être évalué en prenant leur valeur marchande équivalente. «Pour une émission de radio, on se renseignera sur les tarifs que la station applique habituellement à une annonce de durée équivalente au même moment de la journée ; quant à valoriser le travail des volontaires on établira

si ceux-ci ont d'ordinaire une activité rétribuée et, le cas échéant, à combien elle se monte.». (SSP: 64). Évaluer les coûts économiques peut requérir des niveaux d'effort différents. Les biens et services donnés doivent toujours être évalués.

Si les apports ne sont pas valorisés correctement. Si certaines des ressources consommées ont des prix de marché qui ne reflètent pas leur vraie valeur – ils sont par exemple trop faibles en raison de subventions, trop élevés en raison des droits de mutation ou faussés du fait de taux de changes fixés par les pouvoirs publics – il peut s'avérer nécessaire de remplacer les prix déclarés par des «prix fictifs» aux fins de l'analyse. «Les économistes se servent précisément de l'expression prix «fictif» pour qualifier un prix redressé à divers chefs, notamment parce qu'il s'agit d'une donation, en vue de quantifier un coût de renonciation.» (SSP: 64). Le prix fictif que vous utilisez réellement dépend de la nature du bien. Par exemple, si les taux de change officiels sont faussés, il est possible que vous préféreriez utiliser les taux en vigueur au marché noir.

Il est recommandé que les efforts engagés pour calculer des prix fictifs soient proportionnels à la contribution de la ressource concernée au coût global du projet.

Investissements. «Les investissements sont des apports qui durent plus d'une année. Si l'on étudiait les dépenses d'un seul exercice comptable, on pourrait aisément se faire une idée erronée de ce que sont à long terme les coûts annuels moyens. Il en irait ainsi lorsqu'une grande partie des équipements aurait été acquise l'année précédant l'exercice étudié et que pendant celui-ci on n'aurait fait aucun investissement. L'une des façons d'embrasser les engagements financiers à long terme consiste à:

- répertorier toutes les ressources correspondant à des investissements (véhicules, équipements, bâtiments etc.) utilisés pendant l'exercice considéré ;
- établir quel serait leur coût de remplacement (C) ;
- estimer leur durée de vie (N) à partir du moment où elles ont été acquises ;
- évaluer pour chacune l'amortissement à taux constant «(SSP: 35-36).

Cet amortissement annuel correspond à ce que vous devriez payer, en termes de coûts financiers, pour amortir chaque élément de capital.

«Avec les coûts économiques, vous vous intéresserez généralement au coût des ressources utilisées pendant une période donnée (disons, un an) plutôt qu'à leur date d'achat. Obtenir simplement l'amortissement linéaire des éléments de capital est une manière de répartir les investissements sur une période donnée, mais ce n'est pas approprié si l'on s'intéresse aux coûts économiques, qui doivent prendre en compte la valeur des solutions alternatives d'utilisation des ressources affectées aux apports en capital.»

Collecte des données relatives aux coûts

«Pour calculer le coût de renonciation d'un matériel par annuités, on appliquera la méthode suivante.

- *Valeur actualisée.* Estimer la valeur actualisée de l'investissement considéré, c'est-à-dire la somme qu'il faudrait payer, au moment où l'on effectue l'étude, pour se procurer un bien équivalent (c'est la valeur de remplacement, non pas la valeur originale).
- *Durée de vie.* Evaluer pendant combien d'années on peut raisonnablement espérer utiliser le bien (à partir de son acquisition).
- *Taux d'actualisation.* Déterminer quel est le taux d'actualisation pratiqué par les services de planification économique ou par le ministère des finances. *Coefficient actuariel.* Consulter une table normalisée (figurant à la fin du présent chapitre) pour choisir un coefficient actuariel correct.
- *Calcul du coût annuel.* Calculer le coût annuel en divisant la valeur actualisée de l'objet par le coefficient actuariel. Ce coefficient est déterminé par le taux d'actualisation et la durée de vie de l'objet. »

«Dans le cas d'un matériel de \$10 000, on obtiendrait les résultats suivants:

- Valeur actualisée: \$10 000
- Durée de vie: 5 ans
- Taux d'actualisation: 10%
- Coefficient actuariel (selon la table normalisée): 3,791
- coût de renonciation annuel: $\$10\,000/3,791 = \2638 par an (valeur arrondie).»

«Pour comparer le *coût de renonciation* au *coût financier* du même objet, ce dernier sera de \$2000 par an ($10\,000/5$). On constate ici, comme prévu, que la mise de fonds initiale d'un capital de \$10 000 se solde par un coût réel annuel supérieur à ce qu'indique un calcul d'amortissements simple» (SSP: 67).

Dans la pratique, les étapes à suivre pour collecter les données relatives aux coûts sont très similaires que l'on souhaite obtenir des données sur le coût financier ou sur le coût de renonciation. Chaque formulaire figurant à l'Annexe est conçu de sorte que ces deux types de coûts puissent être clairement distingués ; car il est important de ne pas les confondre. Que l'on ait recours à l'un ou à l'autre de ces deux types de coûts, qu'un administrateur analysant des coûts financiers choisisse une approche budgétaire et décide d'exclure les coûts de renonciation, ou au contraire d'adopter un point de vue plus large et de les inclure, et que des prix fictifs soient ou non intégrés dans les coûts de renonciation, tout cela dépendra des objectifs de l'évaluation entreprise. Les formulaires sont conçus pour répondre à ces différents objectifs. Il est toujours important d'enregistrer précisément la manière dont les coûts de renonciation ont été tirés des coûts financiers.

4.2 Regroupement des données générales

Les données générales enregistrées sur le formulaire correspondant sont nécessaires pour l'analyse des données relatives aux coûts, notamment le calcul des coûts économiques, le cas échéant, et pour faciliter la généralisation des résultats de l'étude.

Les informations nécessaires sont habituellement obtenues auprès du bureau central de planification économique, du ministère des finances ou de la banque centrale. La facilité d'accès à ces institutions dépendra, dans la pratique, des contacts entre les officiels avec lesquels vous êtes en relation au ministère de la santé ou dans d'autres ministères ainsi que dans les autres institutions. Les chiffres enregistrés doivent être des chiffres moyens pour l'Année de Base.

Le choix du taux d'actualisation – taux qui reflète le coût économique de l'engagement de fonds dans le projet – est particulièrement essentiel dans la mesure où il peut avoir une influence significative sur le rapport coût-efficacité relatif des stratégies comparées. Si aucun taux n'est particulièrement recommandé pour le pays, alors un taux peut être choisi à partir d'estimations des prévisions économiques d'autres organisations telles que la Banque mondiale. L'approche la plus difficile consisterait à calculer le taux d'intérêt réel, c'est-à-dire le taux d'intérêt qui serait obtenu pour le dépôt d'un montant en capital dont on aurait soustrait le taux d'intérêt. Autrement, l'approche la plus simple consiste à prendre le taux d'actualisation le plus élevé pratiqué par la Banque mondiale, soit 10%. Les effets de l'utilisation de différents taux peuvent être étudiés en réalisant des analyses de sensibilité. Pour voir à quel point vos résultats sont sensibles au choix du taux, vous pouvez envisager trois scénarios en définissant (i) une valeur plausible, (ii) cette valeur multipliée par deux, (iii) cette valeur divisée par deux. Les trois valeurs obtenues seront appliquées successivement aux calculs et la comparaison des résultats permettra de déterminer si votre analyse est très sensible à vos hypothèses (SSP: 81).

4.3 Collecte des données relatives aux apports (Formulaire C)

Généralités

Ce jeu de formulaires constitue le principal outil pour la collecte des données sur le terrain. Un jeu de formulaires 'C' peut être récapitulé pour chaque échelon organisationnel (voir commentaires au chapitre 3). Si les données sont enregistrées manuellement, chaque jeu doit être agrafé ensemble et joint à une feuille de résumé «Formulaire 'B'», par échelon. Des formulaires 'C' distincts permettent de collecter les données relatives à chaque catégorie d'apport:

Collecte des données relatives aux coûts

- C1 – investissements: bâtiments
- C2 – investissements: équipements
- C3 – investissements: véhicules
- C4 – investissements: services d'experts
- C5a – coûts de fonctionnement: personnel
- C5b – exemple de formulaire pour l'affectation du temps en personnel
- C6 – coûts de fonctionnement: fournitures
- C7 – coûts de fonctionnement: exploitation et entretien des véhicules
- C8 – coûts de fonctionnement: exploitation et entretien des bâtiments
- C9 – coûts de fonctionnement: services d'experts
- C10 – coûts de fonctionnement: divers

Il faut parfois faire les meilleures estimations possibles pour certains coûts pour lesquels les incertitudes sont considérables. Si ces coûts sont proportionnellement importants par rapport au coût global, les effets de la modification des estimations peuvent être étudiés en réalisant des analyses de sensibilité semblables à celles commentées précédemment au point concernant les taux d'actualisation.

Collecte des données aux différents échelons

Les formulaires 'B' ont été élaborés pour faciliter le récapitulatif des coûts à autant d'échelons que nécessaire pour réaliser l'évaluation des coûts concernée. Le nombre d'échelons est susceptible de varier en fonction de la stratégie, du type de fournisseur de services et des questions que l'on souhaite traiter. Les formulaires 'B' peuvent eux-mêmes être récapitulés et totalisés dans un seul formulaire 'A' résumant l'ensemble des coûts pour la stratégie.

Devise

Quelles que soient les sources de financement, tous les formulaires sont exprimés et remplis en monnaie locale.

Lorsque des apports sont réglés dans une devise étrangère, vous devrez distinguer ceux qui ont été acquis à l'intérieur du pays et ceux qui l'ont été à l'étranger. Lorsqu'un apport, tel que la location d'un bureau, a été payé dans une devise étrangère *à l'intérieur du pays*, il faut noter le montant et le convertir en son équivalent en monnaie locale. Pour ce faire, il faut utiliser le taux de change en vigueur sur le marché au moment où le coût a été réglé. Le taux de change doit également être indiqué sur le formulaire en note de bas de page.

Toutefois, lorsqu'un apport a été réglé dans une devise étrangère *à l'étranger*, il faut d'abord convertir son coût en un coût d'Année de Base équivalent et ensuite convertir ce chiffre en monnaie locale en utilisant le taux de change en vigueur sur le marché pendant l'Année de Base (voir la rubrique «Conversion en prix constants «ci-dessous»).

Lorsqu'une organisation enregistre toute sa comptabilité en dollar des Etats-Unis, il est conseillé de réaliser la conversion en monnaies locale à la fin de l'évaluation.

Origine des fonds

Tous les formulaires 'C' proposent une colonne dans laquelle vous pouvez inscrire l'origine des fonds pour chaque apport. Les informations sur l'origine des fonds peuvent s'avérer particulièrement importantes pour planifier la durabilité des programmes et pour évaluer les coûts incombant aux particuliers au titre des services de prévention dont ils bénéficient. Les sources de financement peuvent inclure:

1. le ministère de la santé (tous les échelons)
2. d'autres ministères (préciser)
3. l'autorité municipale ou locale
4. les ONG ou les communautés
5. les organismes privés à but lucratif
6. les particuliers
7. les donateurs externes (préciser)

Il est recommandé d'établir la liste des sources de financement de chaque projet et de donner un code à chacune pour simplifier l'inscription des données sur les formulaires.

Origine des données

Chaque formulaire propose également une ligne où sera indiquée la provenance des données relatives aux coûts par apport. Cette provenance doit spécifier l'origine organisationnelle – par exemple, le département financier du ministère de la santé – ainsi que l'origine concrète – par exemple, les bilans, les entretiens, les livres comptables ou les questionnaires.

Conversion en prix constants

Si les données relatives aux coûts ont été collectées sur plus d'une année, il sera nécessaire de les convertir en une valeur constante d'Année de Base avant de pouvoir additionner les années. Ceci en raison du fait que l'inflation entraîne une modification de la valeur de l'argent d'une année sur l'autre. Lorsque l'on en vient à l'analyse des données, il faut choisir comme Année de Base l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles et convertir les coûts de toutes les autres années en leur valeur équivalente pour l'Année de Base. Par exemple, si des données sur les coûts ont été collectées entre 1990 et 1999, alors l'année 1999 doit être considérée comme l'Année de Base.

Cette conversion est réalisée en utilisant des outils de mesure de l'inflation nationale, tels que les indices des prix à la consommation que l'on peut obtenir auprès du ministère des finances, de la banque nationale ou de l'institut des statistiques. Pour convertir les dépenses engagées pendant l'année Y en prix équivalents de l'Année de Base choisie, il faut multiplier les dépenses de l'année X par l'indice des prix à la consommation de l'Année de Base et diviser par l'indice des prix à

Collecte des données relatives aux coûts

la consommation de l'année X. Si vous avez utilisé une devise étrangère pour acheter des apports à l'intérieur du pays, il convient toujours d'utiliser l'indice national des prix à la consommation. Toutefois, si vous avez utilisé une devise étrangère pour acheter des apports à l'étranger, alors il faudra utiliser l'indice des prix étranger approprié pour convertir le montant en prix constants. Par exemple, si un véhicule a été acheté en dollars aux Etats-Unis en 1990, pour convertir son prix en prix équivalent de l'Année de Base 1999, il faut utiliser l'indice US des prix pour calculer le coût de ce véhicule. Convertir d'abord le dollar 1990 en dollar 1999 (Année de Base) puis convertir en devise locale pour 1994, en se servant des taux de change en vigueur sur le marché en 1994.

La dernière case des deux dernières colonnes de chaque formulaire 'C' doit être utilisée pour convertir les coûts financiers ou économiques totaux en coûts totaux équivalents de l'Année de Base.

✓ *Astuce 5: La période choisie a son importance*

Il arrive souvent que les données soient disponibles pour un certain nombre d'années différentes. Il faut donc être cohérent avec le cadre-temps choisi pour l'analyse des coûts. Si vous collectez des coûts relatifs à différentes années, il faut l'indiquer lors de l'entrée de chaque paramètre. Il est utile d'avoir un jeu distinct de formulaires C1 à C10, chaque jeu correspondant à une année. L'importance qu'il y a à noter les années apparaît clairement lorsque vous essayez de convertir les données libellées en devises étrangères (il vous faut alors utiliser les taux de change appropriés pour chaque période considérée). Si vous collectez des données appartenant à différentes périodes et voulez obtenir les coûts totaux pour une période plus vaste, il vous faut convertir les données pour les ramener à une même année, en utilisant les taux d'inflation nationaux.

4.4 Collecte des données

COÛTS EN CAPITAL OU INVESTISSEMENTS

Les ressources en capital, ou investissements, sont celles dont la durée de vie prévue est supérieure à un an.

a) Bâtiments (Formulaire C1)

Les bâtiments peuvent inclure les centres de santé, les hôpitaux, les bureaux, les logements du personnel et les entrepôts.

Coût financier

Nous recommandons d'évaluer les coûts des bâtiments utilisés pour la mise en œuvre de la stratégie en enregistrant le loyer annuel (en cas de location) ou en estimant le loyer équivalent annuel (si le bâtiment est la propriété du projet), «en se renseignant sur les prix de location de locaux identiques et en distinguant par ailleurs les locaux meublés ou climatisés des autres. Cette méthode revient donc à assimiler les bâtiments à des coûts de fonctionnement plutôt qu'à des investissements. Pour l'appliquer, il faudra probablement se faire aider d'un agent immobilier ou de toute autre personne au fait du marché de la location dans la région. (SSP: 38).

Chaque bâtiment utilisé doit être inscrit dans la colonne 1 du Formulaire C1 et l'origine des fonds pour le bâtiment dans la colonne 2. Le loyer annuel réel ou le montant équivalent au loyer d'un bâtiment non meublé similaire doit être inscrit dans la colonne 3. Un montant égal à 10% du prix de location annuel doit être inscrit dans la colonne 5 pour couvrir le coût du mobilier. Le total de ces deux coûts peut ensuite être inscrit dans la colonne 6. Il peut également y avoir des bureaux de terrain situés dans d'autres villes dont les coûts doivent également être pris en compte.

Si des bâtiments sont loués à titre occasionnel pour la mise en œuvre de la stratégie, les frais de location réels au cours d'une année doivent être inscrits dans la colonne 6. L'on suppose que les locaux loués pour une utilisation à court terme sont meublés et qu'il n'est donc pas nécessaire d'ajouter des coûts supplémentaires pour le mobilier.

Coût économique

L'utilisation de certains locaux peut être proposée à titre gratuit. Par exemple, le ministère de la santé peut consacrer des locaux dans ses bâtiments à la supervision de la stratégie. Bien que ceci n'entraîne aucun coût financier pour le projet lui-même, la fourniture de ces locaux représente un coût d'opportunité économique. Une analyse économique doit prendre en compte ces locaux si la permanence de leur mise à disposition à titre gratuit ne peut être garantie à l'avenir: par exemple, s'il est prévu que les locaux seront alloués à un autre projet. Le coût de location (évalué au prix du marché) de ces locaux – nécessaires le cas échéant pendant une année – doit être inscrit dans la colonne 4. Toutefois, il est possible que si une organisation était tenue de payer un loyer elle choisirait de déménager dans des locaux moins chers. Il peut s'avérer nécessaire de faire plusieurs estimations du coût économique (par exemple, prix des locations au centre ville et en périphérie). Il n'est pas nécessaire d'évaluer le coût des frais généraux des investissements d'autres organisations qui ne sont que partiellement impliquées dans la stratégie. Les agences auprès desquelles des travaux sont confiés sont, dans tous les cas, susceptibles d'inclure une partie proportionnelle de leurs frais généraux – notamment les bâtiments – dans leurs frais.

✓ **Astuce 6: Superficie des locaux**

Si vous essayez de calculer le loyer annuel d'un local, il est utile d'en connaître la superficie (nombre de mètres ou de pieds carrés), car c'est souvent en fonction de celle-ci que les loyers commerciaux sont calculés. Si la superficie n'est pas connue, vous pouvez en faire une estimation brute en mesurant la longueur et la largeur en nombre de pas.

Imputation des coûts

Si les bâtiments sont partagés, une partie de leurs coûts sera imputée à la prévention du VIH/SIDA proportionnellement à la surface utilisée, ou du pourcentage de cette surface pour laquelle des frais de location sont calculés ou encore en fonction du temps pendant lequel les locaux sont utilisés pour des travaux en rapport avec le SIDA. Le pourcentage imputé et le coût résultant doivent être inscrits dans les colonnes 8 et/ou 9.

Commentaires spécifiques à chaque stratégie:

- Il est probable que le **dépistage systématique du VIH dans le sang** n'aura des conséquences supplémentaires en termes de ressources que si les laboratoires ont été récemment mis en place ou si la réorganisation du système pour intégrer une stratégie de prévention du VIH nécessite de nouveaux bâtiments.
- La mise en place d'une **éducation VIH dans les écoles** ne nécessitera probablement pas des locaux supplémentaires dans les écoles. Les écoles n'auront pas d'investissements à faire. Et seuls ceux qui seront supportés par les organismes de tutelle, tels que le ministère de l'instruction publique, seront pris en compte.
- Les investissements représentent généralement une faible partie des coûts globaux des **projets de marketing social, d'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs et de prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables**.
- Dans les systèmes verticaux, lorsque des locaux ne sont utilisés que pour des services spécialisés comme la lutte **anti-IST** ou le **conseil et test volontaires**, les investissements et les coûts de fonctionnement relatifs aux bâtiments doivent être imputés à la stratégie. Lorsque la lutte anti-IST ou le conseil et test volontaires sont intégrés au sein d'autres services au niveau primaire, et en ce qui concerne les laboratoires utilisés conjointement seule une partie des investissements et des coûts de fonctionnement relatifs aux bâtiments sera à la charge de la stratégie. Ces coûts doivent être imputés en fonction de la surface des locaux, du temps d'utilisation ou des indicateurs d'activité. Aux échelons supérieurs du niveau primaire, seuls les coûts additionnels relatifs aux bâtiments seront imputés à ces stratégies.

b) Matériels divers (Formulaire C2)

Les investissements en matériels divers comprennent les fournitures dont la durée de vie est supérieure à un an. Utilisez le prix actualisé d'un matériel similaire et non le prix d'origine. Le coût doit comprendre le transport. On se référera aux contrats passés récemment par les pouvoirs publics, aux documents d'accompagnement des fournitures des donateurs, ou encore aux estimations des fournisseurs locaux. On peut se faire une idée de la durée de vie d'un matériel en demandant aux intéressés combien de temps ils s'en servent généralement avant qu'on ne puisse plus le réparer (SSP: 37).

Il est pratique de classer tous les biens d'équipement considérés comme des investissements par rapport à un prix unitaire de 100 dollars ou plus (sauf si les principes comptables nationaux stipulent une autre limite). Ces éléments doivent être inscrits dans la colonne 1 du Formulaire C2 ; la source de financement doit être enregistrée dans la colonne 2. Les matériels dont le prix unitaire est inférieur à 100 dollars US seront considérés comme des ressources de fonctionnement et leur coût inscrit sur le Formulaire C6.

Coût financier

Le prix de remplacement d'un matériel doit être inscrit dans la colonne 3. Si ce matériel a été importé, le prix en devise étrangère, transport et assurance inclus, doit être enregistré dans la colonne 3 et converti en monnaie locale (voir les sections «Devise» et «Conversion en prix constants» au point 4.3). La durée de vie prévue d'un matériel neuf doit être inscrit dans la colonne 5. Lorsqu'il n'est pas possible de fournir une telle estimation, l'on supposera qu'elle est de cinq ans pour la plupart des matériels. Le coût financier annuel moyen doit être calculé en appliquant un amortissement linéaire et inscrit dans la colonne 6 (voir chapitre 3).

Il est parfois nécessaire d'acheter un équipement, par exemple audiovisuel, en vue des campagnes d'information, d'éducation et de communication. Si ce matériel doit être utilisé pendant toute sa durée de vie, alors une partie de ses coûts annualisés sera imputée à la stratégie ou à la campagne évaluée. Si son utilisation ne va pas au-delà du projet en cours, son coût en capital doit être annualisé sur la durée la plus courte, que ce soit sa durée de vie prévue ou la durée du projet. Par exemple, si une campagne est commencée puis achevée en huit mois, alors les deux tiers du coût annualisé des équipements utilisés exclusivement pour la stratégie doivent être imputés à la campagne. Si, toutefois, l'équipement acheté pour réaliser la campagne n'a pas d'utilisation prévisible à l'avenir, l'investissement total qu'il représente devra être réparti sur la période de huit mois.

Nous supposons que les coûts d'amortissement et de fonctionnement des équipements utilisés par des organisations sous-traitantes seront inclus dans leurs frais.

Coût économique

Si le prix de marché de remplacement est très différent de la valeur économique de l'équipement, il est alors possible d'estimer un prix fictif et de l'inscrire dans la colonne 4. Cela peut arriver lorsqu'un équipement est importé et que le taux de change est faussé. Le coût économique annuel moyen peut être calculé suivant la méthode susmentionnée et inscrit dans la colonne 7.

Imputation des coûts

Si un équipement est partagé entre une stratégie de prévention du VIH et d'autres activités comme, par exemple, un équipement de laboratoire d'un service de transfusion sanguine national, les coûts doivent être imputés proportionnellement à la mesure d'une activité donnée en fonction du temps d'utilisation de l'équipement par chaque activité. Le pourcentage imputé et le coût résultant doivent être inscrits dans les colonnes 8 et/ou 9.

Commentaires spécifiques à chaque stratégie:

- Il est probable qu'une stratégie de **dépistage systématique du VIH dans le sang** comportant des services de laboratoire entraînera l'achat de nouveaux équipements. Ces coûts peuvent constituer une composante importante des coûts totaux de la stratégie.
- Concernant l'**éducation VIH dans les écoles**, le matériel nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie sera probablement restreint.
- Une part du coût du matériel de bureau d'une organisation de **marketing social** doit être imputée à la stratégie. Ces équipements nécessaires pour la stratégie serviront généralement pour la production des matériels de promotion et de marketing.
- La majorité du matériel nécessaire pour le **traitement des IST** consiste en un équipement de laboratoire mais certains matériels de diagnostic seront également présents dans les dispensaires. Le coût total de ces équipements sera inclus dans l'évaluation des dispensaires anti-IST, et seulement une partie dans celle des dispensaires intégrés. L'imputation à la stratégie des coûts des matériels servant au traitement des IST suivra le même principe que l'imputation du temps du personnel ou sera faite par niveaux d'activité, par exemple par le pourcentage de tous les examens médicaux devant servir au traitement des IST.
- Concernant les projets d'**éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs**, les principaux besoins en équipements sont liés aux activités de formation et d'éducation. Des matériels tels que caméras vidéo, téléviseurs, magnétoscopes, projecteurs de diapositives, rétroprojecteurs et ordinateurs peuvent être achetés spécialement en vue du projet.

- Lorsque des tests sont réalisés dans les locaux des services de **conseil et test volontaires**, il faut étudier séparément les différents coûts entraînés par les tests, y compris ceux des matériels. Si les tests sont réalisés à l'extérieur et facturés, alors il est possible d'inclure ces frais dans le coût financier du test. Si l'on pense que ce coût est fortement subventionné, il faudra évaluer le coût du test lui-même. Si le test est gratuit (fait, par exemple, dans un hôpital public) alors il faudra étudier le coût réel du test. L'approche la plus simple dans ce cas sera d'estimer le coût annuel du matériel nécessaire au test et du personnel de laboratoire concerné (sans tenir compte de tous les autres coûts de laboratoire et frais généraux dans la mesure où ils concernent de nombreuses autres activités), et d'exprimer le coût par test de dépistage du VIH réalisé pendant une année.

c) Véhicules (Formulaire C3)

Les types de véhicules que vous pouvez devoir évaluer sont les bicyclettes, les motocyclettes, les véhicules à quatre roues motrices, les voitures et les camions. Utilisez le prix actualisé d'un véhicule similaire et non le prix d'origine. Le coût doit inclure le transport. Les contrats passés récemment par les pouvoirs publics, les documents d'accompagnement des fournitures des donateurs, ou encore les estimations des fournisseurs locaux sont d'utiles sources d'information. La durée de vie d'un véhicule variera considérablement en fonction du type de véhicule, de la configuration du terrain, de l'utilisation et de l'entretien. En conséquence, vous devez essayer d'obtenir un consensus local sur la durée de vie prévue de chaque type de véhicule. Demandez à plusieurs personnes qui utilisent, conduisent ou entretiennent les voitures pour avoir une estimation de la durée de vie de ce type de véhicule dans le passé (c'est-à-dire du temps écoulé avant que le véhicule ne puisse plus être réparé). Pour être cohérent, il vaut mieux effectuer pour un type donné de véhicule une analyse complète sur une même période (trois ou cinq ans), sauf s'il existe des différences importantes au niveau de la configuration du terrain, etc. susceptibles de justifier l'utilisation de chiffres différents.

Dans le cas où certaines des données décrites précédemment ne seraient pas disponibles, une approximation brute de l'investissement en capital nécessaire pour les véhicules peut être obtenue à partir des tarifs locaux de location de véhicules. Le coût des véhicules peut alors apparaître comme un coût de fonctionnement, mais il n'en reste pas moins qu'il doit être considéré comme un investissement.

Les **coûts économiques** et les **coûts financiers** doivent ensuite être calculés comme cela est décrit au chapitre 3 (amortissement linéaire et calcul économique de l'investissement) ; en outre, le Formulaire C3 doit être complété, comme décrit précédemment pour les matériels. Les investissements et les coûts de fonctionnements relatifs aux véhicules achetés pour la stratégie doivent être inclus dans l'évaluation. Si la stratégie utilise à l'occasion d'autres véhicules disponibles (en les empruntant), les dépenses réelles découlant de leur utilisation pour les activités de la stratégie doivent apparaître comme des coûts financiers. Toute analyse économique doit inclure la partie appropriée de la valeur écono-

mique d'investissement et de coût de fonctionnement résultant de l'utilisation de ces véhicules.

Imputation des coûts

Si un véhicule est utilisé à la fois pour la lutte contre le SIDA et d'autres activités, l'investissement nécessité par ce véhicule sera imputé en conséquence. Voir la section (g) ci-dessous sur l'imputation des coûts d'exploitation des véhicules pour connaître les méthodes recommandées qui peuvent également être appliquées à la répartition de l'investissement. La meilleure méthode serait de répartir cet investissement en fonction du kilométrage, puis de la durée d'utilisation du véhicule.

Il est important de ne pas compter deux fois les véhicules qui servent à différents échelons. Par exemple, si le coût d'un véhicule est inclus au niveau du district, il ne faut alors enregistrer aucun de ses coûts au niveau du terrain où il est utilisé pour des visites de contrôle.

✓ *Astuce 7: Frais de déplacement*

Les frais de déplacement (autres que dans des véhicules appartenant à l'organisation) peuvent également constituer une catégorie distincte de coûts. Certains déplacements peuvent ne pas faire appel aux véhicules appartenant à l'organisation, mais plutôt à des transports publics (taxis, avions). Par exemple, dans les projets communautaires d'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs, le personnel sur le terrain peut souvent assister à toutes les séances d'éducation et s'y rendre en taxi.

Les frais de déplacement ne doivent pas être confondus avec le coût des véhicules, mais plutôt inclus comme un élément du poste Coûts de fonctionnement: divers (voir section j). Les dépenses totales de déplacement doivent être inscrites au nombre des coûts financiers. Une évaluation du coût économique est nécessaire si le prix du déplacement semble anormal.

Si le déplacement est inclus, il est important de ne pas compter deux fois ses composantes dans d'autres catégories (par exemple, le déplacement d'un consultant peut être inclus ici ou dans la catégorie «services d'experts» ; il est recommandé d'inclure le déplacement dans la catégorie «services d'experts réguliers»).

Commentaires spécifiques à chaque stratégie:

- La stratégie de **dépistage systématique du VIH dans le sang** fera probablement appel à divers types de véhicules. Le recrutement de donneurs à faible risque d'infection à VIH peut nécessiter des services de collecte de sang mobiles. La réorganisation des services peut nécessiter des moyens de transports supplémentaires en vue de l'examen centralisé du sang, puis de sa distribution dans les centres de traitement.
- Concernant les **médias grand public et l'éducation VIH dans les écoles**, les véhicules peuvent être nécessaires pendant les activités de formation et pour la distribution des matériels éducatifs. Les coûts de transport peuvent être relativement élevés s'il faut distribuer des matériels IEC imprimés. Cette activité n'est pas sous-traitée et son coût est donc comptabilisé ailleurs en tant qu'apport global.
- Pour le **MSP (marketing social des préservatifs)**, l'essentiel des besoins en matière de transport, pour les activités de promotion ou de distribution par exemple, sera généralement pris en charge par des agences extérieures. Si l'organisation de marketing social possède et gère son propre parc de véhicules, une partie appropriée des investissements et des coûts de fonctionnement doit être imputée au projet de MSP.
- Les véhicules nécessaires pour l'**éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs**, sont généralement utilisés par le personnel des ONG afin de recenser les sites pour de nouveaux projets, tenir les réunions éducatives et faire des visites d'encadrement et de suivi.
- L'achat de véhicules spécifiquement destinés au **traitement des infections sexuellement transmissibles** est une option très probable dans les systèmes verticaux.
- Concernant le **conseil et le test volontaires**, les véhicules peuvent être utilisés pour transporter des échantillons pour le test, et fournir un suivi aux personnes testées.
- Les interventions auprès des **consommateurs de drogues injectables** nécessiteront des équipements de transport ou de déplacement pour la formation du personnel et des volontaires, la distribution des matériels IEC et d'autres fournitures et l'élimination en toute sécurité du matériel d'injection contaminé.

d) Services d'experts (Formulaire C4)

Les services d'experts de courte durée peuvent être considérés comme des apports distincts. Dans la mesure où de nombreux projets de prévention du VIH ont été à l'origine mis en place de manière verticale, ils ont bénéficié d'un appui

Collecte des données relatives aux coûts

externe et sont caractérisés par services fournis soit par des experts soit étrangers, soit locaux. Il importe d'enregistrer ces coûts séparément car ils peuvent être relativement élevés, souvent financés en devises étrangères et peuvent fausser les analyses s'ils sont enregistrés comme des parties intégrantes d'autres catégories d'apports.

Les services d'experts sont une assistance technique nationale ou internationale provenant de différents organismes de financement ou spécialisés, ou d'agences de publicité. Ces services peuvent être ceux de consultants externes à l'organisation mettant en œuvre la stratégie ou recruté au siège de cette organisation. Le budget relatif aux services d'experts comprend généralement les salaires ou les honoraires, des déplacements internationaux ou dans le pays et des remboursements de frais de subsistance et autres frais. Certains de ces services, notamment dans le cadre de projets pilotes ou d'études de marché, ne seront dispensés qu'une seule fois lors du lancement du projet ; leurs coûts devront donc, si cela s'avère nécessaire pour l'analyse entreprise, être comptabilisés en tant qu'investissements sur le formulaire C4. Les coûts de lancement sont utiles à l'analyse des coûts totaux d'un projet depuis sa création, mais non à l'analyse axée sur l'efficacité ou la durabilité des activités en cours. Il se peut que certains services d'experts se prolongent au-delà de la phase de lancement. Ils seront alors considérés comme un investissement nécessaire au fonctionnement du projet. Ainsi, des experts dispensant une formation pourront être appelés à le faire pendant plusieurs années.

Etant donné les objectifs variés des différentes missions, la décision concernant le type de services d'experts requis devra être particulièrement judicieuse. Lorsqu'un projet est partiellement financé par un donateur, celui-ci peut fournir des services d'experts de façon continue, notamment en ce qui concerne le suivi et l'évaluation. Le coût financier de tels apports ne sera pas nécessairement supporté par le projet lui-même, mais, s'il est considéré comme indispensable à la mise en œuvre des activités sur le terrain, il faudra en inclure l'équivalent économique dans toute analyse de coûts. Il est suggéré d'inclure ce coût dans l'évaluation lorsque ces services d'experts représentent une partie importante de l'appui au projet, mais de l'exclure s'ils sont utilisés par l'organisme donateur pour ses besoins propres, comme par exemple le suivi et l'évaluation des missions réalisés à partir de son siège. Les consultants sollicités à long terme, présents pendant 12 mois ou davantage, doivent être enregistrés et leurs coûts inscrits sur le Formulaire du personnel C5a.

Les apports en services d'experts peuvent varier considérablement en termes de personnes impliquées, de durée des apports et de leurs objectifs. Vous pouvez utiliser la colonne 1 du Formulaire C4 pour inscrire ces renseignements de manière résumée mais suffisamment explicite pour permettre de s'y référer ultérieurement. La source de financement du service d'expert peut être inscrite dans la colonne 2.

Coût financier

Il arrive souvent qu'une partie seulement des frais d'experts globaux soit couverte par le budget du projet dans le pays. Les apports venant de l'étranger, notamment, peuvent être financés par des donateurs multi- ou bilatéraux, parfois même pour des sous-postes de dépenses hors projet. Il ne faut enregistrer en coût financier sur le Formulaire C4 que les dépenses réelles engagées pour le projet. Si le chiffre des dépenses totales en services d'experts est disponible, il peut être directement inscrit dans la colonne 6 sans être réparti entre ses différentes composantes dans les colonnes 3, 4 et 5.

Il faut suivre la même approche pour évaluer l'investissement annuel relatif aux services d'experts, comme pour les autres apports en capital. Le nombre d'années pendant lesquelles les services d'experts sont supposés produire des effets doit être inscrit dans la colonne 8. Le coût total du service d'expert doit être divisé par le nombre d'années de durée de l'effet et le coût annuel moyen doit être inscrit dans la colonne 9.

Coût économique

La valeur totale des apports en services d'experts (même s'ils sont financés de l'extérieur à titre de donation) doit être comptabilisée sur le Formulaire C4 si l'analyse doit être basée sur les coûts économiques. Il est possible de demander aux donateurs des informations sur les honoraires quotidiens des consultants et les frais de subsistance ainsi que les tarifs payés pour les billets d'avion. Il est possible que des informations précises sur ces coûts, souvent réglés par les sièges à l'étranger, ne soient pas disponibles, mais il faut au moins arriver à des estimations approximatives et les inscrire dans les colonnes 3, 4 et 5. Le coût économique total de l'apport doit être inscrit dans la colonne 7. Lorsque les coûts sont réglés en devise étrangère, il faut l'indiquer en note de bas de page et inscrire le montant équivalent en devise locale (voir les sections «Devise» et «Conversion en prix constants» au point 4.3).

Comme pour les autres coûts économiques en capital, il faut annualiser les coûts relatifs aux services d'experts. Le coût économique annuel moyen sera inscrit dans la colonne 10.

Imputation des coûts

Si l'apport en d'experts est partagé entre la prévention du VIH et d'autres activités, les coûts relatifs à cet apport doivent être imputés proportionnellement au temps consacré par le consultant à chaque type d'activité. Le pourcentage imputé et le coût résultant doivent être inscrits dans les colonnes 11 et/ou 12.

Commentaires spécifiques à chaque stratégie:

Les services d'experts fournis au moment du lancement du projet, souvent utilisées pour la formation des formateurs et la production de matériels IEC, sont

Collecte des données relatives aux coûts

importantes pour bon nombre de stratégies. Bien que certains gouvernements ou programmes nationaux de lutte contre le SIDA puissent lancer des campagne IEC seuls, les projets utilisant les **médias grand public et d'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs** font de plus en plus souvent appel à des services d'experts, notamment pour la conception et l'élaboration des matériels IEC, d'où une augmentations des coûts qui s'y rattachent. Concernant l'**éducation VIH dans les écoles**, certains coûts peuvent être générés par des services d'experts pour la conception et l'élaboration de la stratégie et de ses programmes et matériels. Les projets de marketing social sur les préservatifs entraînent généralement des coûts initiaux élevés provenant des études de marché, de la conception du projet et son lancement. Concernant le **traitement des IST**, certains experts peuvent fournir une assistance technique pour l'élaboration des protocoles de diagnostic et de traitement. Au moment du lancement, des experts peuvent également réaliser des études qui serviront de base aux suivi des différentes stratégies de prévention du VIH et pourront être utilisées pour la formation des formateurs et la production de matériels IEC.

COÛTS DE FONCTIONNEMENT

Les coûts de fonctionnement sont ceux des ressources présumées consommées (ou remplacées) en l'espace d'un an.

e) Personnel (Formulaire C5a)

«Les salaires, rémunérations et autres frais de personnel comptant fréquemment pour la majeure partie des coûts de programmes de santé, on procédera à leur estimation avec le plus grand soin. On s'intéressera le plus souvent tant au personnel impliqué directement dans l'activité à laquelle on s'intéresse (infirmières, aides-soignants, formateurs, cadres, etc.) qu'aux autres catégories de personnel (gestionnaires, nettoyeurs, agents de sécurité, chauffeurs, etc.).»

«Le coût d'un employé est égal à sa rémunération brute, c'est-à-dire à la somme de sa rémunération nette, de prestations sous forme de participation aux assurances, à la sécurité sociale et aux caisses de retraite, et aux impôts. Ce coût doit également inclure les primes d'incitation, la rétribution du travail supplémentaire, les primes pour le travail pénible, les congés payés et les compensations pour maladie, de même que les frais de vêtements professionnels, de logement et de déplacement. S l'employé est logé où qu'il reçoit d'autres prestations en nature, la valeur de celle-ci sera estimée sur la base des prix en vigueur (par exemple, s'il est logé, la valeur locative d'un logement comparable).»

«Sources de données. Bien que le journal des dépenses et les états de paie du ministère de la santé renseignent sur les salaires et les indemnités, on devra peut-être chercher ailleurs des compléments d'information. Par exemple, il arrive que les pensions soient versées par une caisse de retraite des fonctionnaires ou par une autre institution ; les indemnités journalières sont quant à elles souvent prises en charge par des organisations extérieures. Le marché privé peut lui aussi

fournir des renseignements utiles pour évaluer des prestations en nature telles que le logement. Si l'on désire connaître les gains de certaines personnes, on s'enquerra, plutôt que de leur salaire, de leur classe de traitement, car c'est une question à laquelle on répond d'ordinaire plus volontiers, sans compter que les chiffres ne sont parfois pas très éloquents (on ignore s'il s'agit d'un salaire net ou d'un salaire brut, etc.) On se procurera généralement les barèmes de salaires auprès des services compétents de la fonction publique, chaque type de renseignement étant collecté à l'échelon approprié. Cependant, en ne s'informant que de la classe de traitement, on n'a pas connaissance des indemnités et autres primes. On peut néanmoins compenser cette lacune en définissant pour l'ensemble de l'institution (ou pour certaines catégories de personnel) un coefficient moyen d'indemnité en fonction du salaire. Ainsi, après avoir établi sur la base des dépenses à l'échelon du district que les indemnités se montent en moyenne à 12% des salaires, on majorera chaque salaire en conséquence (SSP: 39-40).

Coût financier

Dresser la liste dans la colonne 1 du Formulaire C5a de tous les membres du personnel qui contribuent aux activités de la stratégie faisant l'objet de l'évaluation et dans la colonne 2 celle des sources finançant leur emploi. La colonne 1 doit inclure les bénévoles, le personnel rémunéré, ainsi que le personnel d'appui et celui jouant un rôle direct dans la mise en œuvre la stratégie. Dans les petites structures, cette liste peut être établie avec les noms et les classes de traitement ; dans les structures de plus large envergure, elle se fera par catégorie de personnel et par classe de traitement. Les informations sur les revenus bruts doivent être inscrites dans la colonne 3. Si l'on ne dispose pas de données réelles, on peut utiliser le milieu de la fourchette des salaires. Il faut inscrire dans la colonne 5 l'estimation de la valeur financière des indemnités et des avantages complémentaires, qu'ils soient reçus en numéraire ou en nature. Il peut s'agir par exemple des versements en numéraire pour les heures supplémentaires ou des indemnités de déplacement, du loyer imputable pour un logement gratuit, de l'estimation de la valeur en numéraire des uniformes ou des soins de santé fournis au personnel.

Les salaires et les indemnités relatifs au personnel étranger en poste à long terme doivent être séparés des salaires du personnel recruté localement. Lorsque ces salaires et indemnités sont payés en devise étrangère, il faut les inscrire dans les colonnes 5 et 6 et les convertir comme indiqué dans les sections «Devise» et «Conversion en prix constants» au point 4.3. Le coût en personnel non local à court terme doit être comptabilisés en tant que services d'experts sur le formulaire C4 (investissements) ou C9 (coûts de fonctionnement). Les ONG fournissant des services font très largement appel aux bénévoles. Les coûts financiers doivent inclure les primes d'incitation ou les avantages en nature qu'ils perçoivent.

Les coûts du personnel d'autres organisations auprès desquelles des activités de la stratégie sont sous-traitées peuvent être inclus dans les commissions facturées à l'organisation responsable et ne doivent pas être comptabilisés deux fois. Il est

Collecte des données relatives aux coûts

à noter que les formulaires sont conçus pour collecter les coûts annuels en personnel. Si vous souhaitez vous référer à toute autre période de temps, il vous faudra l'indiquer clairement.

Coût économique

Dans la mesure où il peut être incertain d'assurer la pérennité à long terme d'une stratégie en s'appuyant sur le bénévolat, il faut inclure dans l'analyse du coût économique une valeur correspondant au temps consacré par les volontaires. On peut demander à un échantillon de volontaires et de personnel ne percevant qu'une rémunération symbolique, à combien se monteraient leur salaire et de leurs indemnités si leurs activités étaient rémunérées selon les conditions proposées sur le marché du travail. Ce montant peut être très bas dans des régions où le chômage est important ou au contraire équivaloir à un salaire normal. Ce salaire fictif doit alors être inscrit en tant que coût économique dans la colonne 4.

Si des organismes de financement externes subventionnent partiellement ou entièrement les salaires et indemnités du personnel étranger en poste, la valeur de ces subventions doit figurer dans les colonnes 4 et 6. Lorsque l'on étudie les coûts économiques des apports en personnel étranger, il faut se demander si un ressortissant national ayant le même niveau de qualification pourrait être employé pour le même travail dans des conditions financières différentes. Si cela est possible, inscrire – sous la ligne indiquant le montant du salaire de l'employé étranger – le montant que toucherait un ressortissant national ayant le même niveau de qualification. Une analyse de sensibilité peut être réalisée pour évaluer l'effet de ce changement sur les coûts totaux et le rapport coût-efficacité du projet.

S'il semble que les salaires versés par le projet sont très différents de ceux qui sont pratiqués sur le marché, il faut enquêter localement sur la valeur marchande du travail. Par exemple, des fonctionnaires peuvent être surpayés en raison d'accords sur les salaires minimums ou sous-payés par rapport au secteur privé. Dans les deux cas, il faut envisager de substituer les coûts relatifs à ces apports par des coûts fictifs qui seront consignés dans la colonne 4 (voir le début du présent chapitre). Dans la pratique, il sera rare de devoir procéder ainsi et cette possibilité doit être utilisée avec prudence, l'estimation de la valeur économique du travail pouvant se révéler complexe. Par exemple, un fonctionnaire apparemment sous-payé peut fournir un travail moins intense et selon des horaires moins astreignants que l'un de ses homologues du secteur privé, de sorte que le salaire versé valorise, en fait, raisonnablement le travail fourni.

Imputation des coûts

Il se peut que certains membres du personnel consacrent la totalité de leur temps à la stratégie de prévention du VIH alors que d'autres partagent leur temps entre la stratégie et d'autres activités. Les coûts de personnel seront donc imputés à la stratégie de lutte contre le SIDA en fonction du temps qui lui est consacré. Le moyen recommandé pour déterminer la proportion du temps à prendre en consi-

dération est d'examiner avec le personnel leurs activités de la semaine précédente, en s'assurant qu'il ne s'agit pas d'une semaine atypique. Si la semaine précédente a été atypique, en étant consacrée par exemple à la formation, il faut se référer à la semaine typique la plus récente. Plutôt que de faire des prévisions, il vaut mieux demander au personnel d'estimer rétrospectivement comment ils ont alloué leur temps. Ceci peut être tout à fait approprié dans le cas d'administrateurs ou de directeurs travaillant à un niveau central. Pour ce qui est des laboratoires et des dispensaires, l'imputation des coûts en personnel sera plus précise si l'on se réfère à des activités données (voir commentaires ci-dessous). Les coûts de la formation du personnel seront également répertoriés ici, si toutefois ils ne figurent pas déjà ailleurs.

Les coûts doivent donc être imputés en fonction du temps consacré à la prévention du VIH par rapport au temps de travail total. Le temps passé aux activités générales de gestion et d'administration, les repos, les arrêts maladie, etc. doivent être répartis entre la stratégie de prévention du VIH et les autres travaux dans les mêmes proportions que le temps de travail alloué à chaque activité. Les formulaires destinés à l'enregistrement de la semaine étudiée doivent être conçus en fonction de la nature de la semaine type de travail dans chaque situation (le Formulaire C5b en fournit un exemple). Les coûts du personnel fournissant un appui indirect, par exemple les réceptionnistes et les nettoyeurs, doivent être imputés à la stratégie proportionnellement à la moyenne des imputations concernant les membres du personnel directement impliqués dans la stratégie.

S'il n'est pas possible d'obtenir les affectations de temps du personnel, une autre bonne solution est d'imputer leur coût en fonction des activités réalisées. Par exemple, le coût des techniciens de laboratoire d'un service national de transfusion peut être imputé à la stratégie en fonction du coût des tests de dépistage du VIH exprimé en pourcentage du coût total de tous les examens réalisés.

Le pourcentage des coûts de personnel imputés à la stratégie de lutte contre le SIDA et le coût qui en résulte doivent être enregistrés dans les colonnes 9 et/ou 10.

Activités spécifiques à chaque stratégie:

- Il faut également prendre en considération les implications suivantes au niveau des coûts de personnel d'un traitement **anti-IST**: l'imputation au dépistage du VIH des coûts du personnel de laboratoire existant ; les coûts résultant du recrutement de personnel supplémentaire pour faire face à la demande croissante de dépistages, l'imputation des coûts en personnel des services de santé existants à des activités en rapport avec le VIH, telles que le conseil avant et après le test, les coûts du personnel supplémentaire affecté à ces activités, les coûts du personnel nécessaire pour la production et la diffusion de matériels IEC axés sur le VIH, et les coûts du personnel employé à collecter des volumes accrus de sang nécessaires en raison de l'accroissement de la mise au rebut de sang infecté.

Collecte des données relatives aux coûts

- Les campagnes **médiatiques grand public** peuvent faire appel à des personnes célèbres pour améliorer l'impact populaire de leurs messages. Ces apports seront souvent fournis à titre gracieux et n'entraîneront donc aucun coût financier pour la stratégie. Une analyse économique doit évaluer si le temps consacré gratuitement par des personnes célèbres est une hypothèse viable pour assurer la pérennité du projet ou la mise en œuvre ailleurs d'un projet analogue (quel que soit l'objectif de l'évaluation des coûts). Si elle n'est pas viable, un salaire fictif en terme de coût économique doit être attribué à cet apport.
- Concernant l'**éducation VIH dans les écoles**, il est important d'inclure tous les coûts concernant le personnel scolaire engagé dans la stratégie. Ceci englobe le coût du temps consacré par ce personnel à sa formation (formation initiale avant l'engagement et formation en cours d'emploi) ainsi que le temps qu'il consacre à la mise en œuvre de la stratégie.
- **L'éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs** requérant beaucoup de travail, les coûts de personnel peuvent s'avérer relativement élevés, voire les plus élevés par rapport aux coûts totaux. Deux catégories de personnel entraîneront des coûts: les éducateurs pour les pairs travaillant dans la communauté et le personnel des ONG oeuvrant au niveau immédiatement supérieur. Le personnel appartenant à une ONG, tels que les administrateurs, les coordonnateurs sur le terrain et le personnel d'encadrement seront généralement des salariés à temps complet recevant officiellement une rémunération régulière et des indemnités. Il peut être nécessaire de répartir ces coûts entre la stratégie et d'autres activités. Les éducateurs pour les pairs peuvent également recevoir des salaires et des indemnités ou bien travailler à titre bénévole, ne recevant dans ce cas que des honoraires et le remboursement de leurs dépenses. Dans une analyse économique, il faudrait demander à un échantillon des travailleurs bénévoles ce qu'ils gagneraient si leur temps était rémunéré selon les conditions du marché. Un salaire fictif approprié devrait alors être calculé en fonction de leurs estimations puis intégré à l'analyse en tant que coût économique. Les éducateurs pour les pairs peuvent subir des pertes de revenus (diminution du prix de leurs prestations en raison de l'utilisation de préservatifs ou marginalisation liée à leur rôle d'éducateurs). Si cela est possible, cet élément doit également être évalué et intégré au niveau des coûts fictifs.

✓ **Astuce 8: Coût économique du temps d'un(e) professionnel(le) du sexe**

Au Cameroun, il a été difficile d'obtenir un salaire fictif correspondant au temps consacré bénévolement par les éducateurs pour les pairs, dans la mesure où ils venaient d'horizons très différents. Toutefois, lorsqu'on leur a demandé: «à quoi avez-vous dû renoncer?», ils ont répondu en évoquant la perte de clients et la baisse du prix de leur prestation liée au fait qu'ils insistaient sur l'utilisation du préservatif.

---->

Pour obtenir une estimation du coût économique, la perte moyenne de clients au cours d'un mois a été multipliée par le prix moyen d'une prestation. Ce prix moyen a été obtenu en étudiant les différents sous-groupes de la population des professionnel(le)s du sexe et la fourchette des prix demandés pour leurs prestations⁽⁷⁴⁾.

f) Fournitures (Formulaire C6)

Les fournitures sont des matériels consommés en l'espace d'un an. Les équipements coûtant moins de \$100 (sauf si les procédures comptables nationales stipulent un montant différent) peuvent également être traités comme des fournitures même si leur durée de vie est supérieure à un an. La liste de toutes les catégories de fournitures consommées doit être inscrite dans la colonne 1 du Formulaire C6 et l'origine de leur financement dans la colonne 2. «On ne procédera pas différemment si l'on veut distinguer les achats en monnaie nationale et les achats à faire en devises. Parfois, il vaudra mieux répertorier et récapituler séparément les grandes catégories qui offrent un intérêt particulier et permettent de calculer les totaux partiels pour les médicaments, la papeterie, les vaccins etc.».

«Le coût des fournitures doit comprendre le coût de leur transport jusqu'au point où elles sont utilisées, soit tous les coûts d'acheminement depuis l'étranger et tous les coûts de distribution à l'intérieur du pays. Le coût doit être celui de toutes les fournitures consommées, c'est-à-dire, outre celles qui ont servi leur fin, celles qui ont été perdues ou gaspillées. Les pertes peuvent être dues à un mauvais entreposage, à l'eau ou aux rongeurs, au coulage, au vieillissement. Le coût de ces pertes étant supporté par le programme, il doit entrer dans les estimations. En revanche, les stocks seront *exclus* du calcul des coûts et seules les fournitures consommées seront prises en compte.»

«Il est peu probable que les dépenses, sauf si elles ont été consignées très en détail, contribuent à l'estimation des coûts de la plupart des fournitures propres au programme considéré. Il faudra obtenir des renseignements sur les quantités et les prix unitaires.»

«*Quantités*: De nombreuses fournitures sont entreposées à plusieurs échelons (pays, régions, centres de santé, chaque échelon assurant lui-même la gestion de son stock. La quantité distribuée par ces dépôts pendant l'exercice est égale au stock en début d'exercice *plus* la quantité reçue pendant l'exercice, *moins* le stock en fin d'exercice.»

«La quantité distribuée ne coïncide pas nécessairement avec la quantité consommée, les fournitures pouvant être stockées à un échelon inférieur. Toutefois, si l'on ne mesure la consommation qu'à la périphérie, on escamote la question d'un éventuel gaspillage.»

Collecte des données relatives aux coûts

«*Prix*: Factures, bulletins de commandes, listes de prix et catalogues sont autant de sources de renseignements quant aux prix payés initialement ou aux valeurs de remplacement. On compte toujours le prix du transport international et national. D'ordinaire le coût du transport international est facile à établir (les factures et bulletins de commandes devraient le mentionner ; équivalant à 10 à 20% des prix, il ne doit pas être négligé. Les coûts de transport nationaux sont quant à eux plus difficiles à estimer, en outre, si les fournitures sont acheminées avec des véhicules appartenant au programme, les coûts correspondants seront imputés sur les coûts d'exploitation (coûts de fonctionnement) des véhicules et ne doivent donc pas être rajoutés ici» (SSP: 41-42).

Coût financier

Si l'on dispose de livres de comptabilité des dépenses détaillés, les coûts financiers des fournitures consommées doivent être inscrits directement dans la colonne 6. Ces coûts doivent inclure les frais de transport des fournitures jusqu'au lieu d'utilisation. Lorsque l'on ne dispose pas de données fiables concernant les dépenses, les coûts doivent être calculés à partir des quantités consommées, en tenant compte des pertes et du gaspillage (colonne 3) et des coûts unitaires (colonne 4/5). Si l'on ne dispose pas des quantités consommées, il peut s'avérer nécessaire de faire une estimation de la consommation en se basant sur les résultats. Par exemple, pour estimer les biens consommables utilisés pour la collecte et l'examen du sang, il est possible d'évaluer le coût du stock de tous les biens consommables nécessaires par unité de sang et ensuite de le multiplier par le nombre d'unités collectées. Ne pas oublier de prendre une marge de 10% environ pour tenir compte des pertes et du gaspillage.

Les fournitures importées doivent être regroupées et lorsqu'elles ont été réglées en devises étrangères, cet élément doit être inscrit en note de bas de page sur le formulaire. Les coûts équivalents en monnaie locale doivent être calculés en suivant la procédure stipulée aux sections «Devise» et «Conversion en prix constants» du point 4.3.

Gardez à l'esprit que si les matériels ont une durée de vie supérieure à un an (un film, par exemple) leur valeur devra être annualisée en fonction de leur durée de vie, et qu'ils seront traités sur le plan comptable comme faisant partie de l'investissement.

Coût économique

Les coûts unitaires des biens reçus à titre de donation seront alignés sur les prix de marché et inscrits dans la colonne 5. Lorsque l'on pense que les prix pratiqués sur le marché pour certaines fournitures s'éloignent par trop de coûts économiques réalistes, il convient de les remplacer par des coûts fictifs représentatifs du coût économique et les inscrire dans la colonne 5 ou 7. Ceci peut s'avérer particulièrement pertinent dans le cas de médicaments ou de préservatifs, dont les prix d'importation peuvent être préférentiels, majorés en raison des liens éco-

nomiques et politiques avec certains exportateurs, ou faussés par des taux de change irréalistes. Les prix fictifs peuvent être calculés à partir des prix pratiqués sur le marché international, tirés du programme de médicaments essentiels ou bien encore communiqués par un fournisseur tel que la division des approvisionnements des Nations Unies et convertis en monnaie locale en utilisant le taux de change en vigueur sur le marché.

Imputation des coûts

Les données peuvent, notamment lorsqu'elles sont tirées des livres de comptabilité des dépenses, cumuler les fournitures consommées par la stratégie de prévention du VIH et d'autres activités. Il peut donc être nécessaire de n'imputer qu'une seule partie des coûts des fournitures à la prévention du VIH. Généralement, cela sera fait en fonction des mesures des activités, comme indiqué pour quelques exemples dans la Section 3. Le pourcentage d'imputation et le coût résultant imputable à la stratégie doivent être inscrits dans les colonnes 8 et/ou 9.

- **Le dépistage systématique du VIH dans le sang** donnera lieu à des coûts supplémentaires pour des fournitures telles que les trousseaux à test unique, les petits matériels et les réactifs chimiques utilisés en laboratoire. Le coût des équipements médicaux et chirurgicaux nécessaires pour collecter le sang, tels que les poches de sang et les aiguilles, peut également augmenter dans la mesure où il faudra collecter un volume de sang plus important afin de tenir compte de la mise au rebut du sang infecté. Les coûts de certaines fournitures de bureau peuvent également augmenter, parallèlement à l'alourdissement des tâches administratives liées à la stratégie.
- Concernant les **campagnes médiatiques grand public et l'éducation VIH dans les écoles**, si l'organisation responsable produit certains de ses propres matériels IEC, les coûts directs en fournitures telles que photocopies, encre, vidéos, cassettes et piles, ou indirects via l'utilisation de dispositifs d'imprimerie du gouvernement seront considérables. Autrement, la production des matériels IEC peut être sous-traitée et son coût évalué comme une activité globale. On peut ainsi confier la production des affiches et des brochures d'une campagne à des imprimeurs et celle des programmes destinés à être diffusés à la télévision et à la radio à des agences de publicité spécialisées.
- Les coûts de fonctionnement des projets de **MSP** (marketing social des préservatifs) peuvent être élevés et ceci notamment en raison de la fourniture des préservatifs. L'origine et le prix des préservatifs pouvant être extrêmement variables, il est essentiel d'en déterminer le coût financier, lequel comprendra, s'ils sont importés, le coût de transport jusqu'au pays de destination. Le prix des préservatifs peut être soit fortement majoré, soit préférentiel. La majoration de ces prix survient lorsque les produits fournis par un donateur sont achetés à un prix de marché national beaucoup plus élevé que celui pratiqué sur le marché international. Le coût financier peut être nul pour le pro-

Collecte des données relatives aux coûts

jet si les produits sont donnés, mais, pour le donateur, il peut excéder le coût d'opportunité économique de ces produits.

- Bon nombre de projets de MSP reçoivent des préservatifs fournis par des donateurs qui les ont acquis à des prix plus élevés que ceux prévalant sur le marché international. S'il est possible à l'avenir que les préservatifs achetés à des prix compétitifs soient fournis au projet, l'on pourra alors utiliser un prix économique fictif pour l'analyse des coûts. Il est possible d'obtenir un prix approprié auprès du programme sur les médicaments essentiels ou d'un fournisseur tel que la division des approvisionnements des Nations Unies. Dans la réalité, toutefois, et dans un avenir prévisible bon nombre de projets de marketing social continueront d'être approvisionnés en préservatifs par des donateurs et les prix majorés pourraient donc s'avérer les plus pertinents pour toute analyse à moyen terme de ces projets.
- Lorsque le projet est en mesure de négocier des prix préférentiels avec une entreprise commerciale en contrepartie du financement de certaines de ses activités de marketing et de promotion, il peut à nouveau être nécessaire de calculer un prix économique fictif pour servir à l'analyse des coûts. Ceci est particulièrement vrai si le prix préférentiel ne peut pas être garanti à long terme.
- Les fournitures destinées au traitement des IST incluront principalement les diagnostics, les fournitures de laboratoire, les préservatifs et les médicaments. Leurs coûts risquent d'être particulièrement élevés et doivent donc être calculés avec une certaine prudence. Il peut s'avérer nécessaire d'imputer les coûts de certaines fournitures entre les activités liées aux IST et celles qui ne le sont pas, et ceci doit être fait en fonction des mesures des activités, de la manière indiquée à la section précédente concernant le personnel.
- Pour enregistrer la quantité et le coût des médicaments consommés par un dispensaire anti-IST, les informations relatives aux dépenses doivent être recherchées à l'échelon immédiatement supérieur – par exemple, au niveau du district – auquel le coût et les quantités ont sans doute déjà été récapitulés et inscrits dans les registres comptables. Si ces informations ne sont pas disponibles, il faut enquêter dans le dispensaire en question sur les médicaments consommés en partant, par exemple, des inventaires de stocks. Dans ces deux cas, les coûts des médicaments peuvent devoir être répartis entre le traitement des IST et celui des autres maladies. Si aucune des deux méthodes susmentionnées ne peut être utilisée, il faut demander aux médecins d'enregistrer leurs prescriptions de manière prévisionnelle sur une période d'une semaine par exemple. Les coûts totaux des médicaments anti-IST peuvent alors être estimés à partir des coûts moyens des prescriptions et des données relatives à l'utilisation des services. Les coûts totaux ainsi obtenus doivent être majorés d'un coefficient approuvé localement pour tenir compte des coûts additionnels liés au gaspillage et à la perte de médicaments.

✓ **Astuce 9: Calcul des coûts totaux en médicaments d'un programme de traitement des IST en République-Unie de Tanzanie**

La quantité de médicaments prescrits a été estimée en analysant un échantillon d'unités sanitaires. Les données relatives aux médicaments prescrits pour les 20 derniers cas d'IST traités ont été enregistrées à partir d'une enquête basée sur les registres des traitements. Le coût des médicaments prescrits a été évalué à partir des prix unitaires fournis par le programme national de médicaments essentiels de la République-Unie de Tanzanie (y compris le coût, l'assurance et le transport). Puis, le coût total des médicaments fournis a été estimé en fonction du nombre total de cas de IST rencontrés dans toutes les unités sanitaires et d'une estimation du pourcentage de patients auxquels des médicaments ont effectivement été fournis. Dans la mesure où l'approvisionnement en médicaments est souvent insuffisant, on a estimé que 40% seulement des patients avaient reçu des médicaments (une analyse de sensibilité avec 20% et avec 60% a été réalisée). Les coûts de stockage et d'acheminement des médicaments dans le pays ont été estimés approximativement comme un coût par unité sanitaire (multiplié par le nombre d'unités sanitaires) puis ajoutés aux coûts totaux des médicaments⁽⁶⁵⁾.

Concernant l'**éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs**, les principaux coûts de fournitures concerneront les matériels IEC et les préservatifs. Les coûts de fonctionnement relativement élevés de la stratégie peuvent en partie être imputés à la fourniture des préservatifs, dont l'origine et le prix peuvent être extrêmement variables.

g) Exploitation et entretien des véhicules (Formulaire C7)

De nombreux programmes de santé utilisent des véhicules pour distribuer les fournitures, faciliter la coordination et la supervision, et dispenser les soins. Souvent, le transport est un point faible: les véhicules sont disponibles mais ne peuvent pas être utilisés efficacement en raison du manque de carburant ou de pièces détachées. Il est important de connaître les coûts d'exploitation et d'entretien des véhicules. Malheureusement, ces coûts sont parmi les plus difficiles à évaluer.

Tous les coûts relatifs aux véhicules, soit l'exploitation, l'entretien et les réparations doivent être évalués en tenant compte des facteurs matériels, tels que carburant, lubrifiant, pneus, batteries, pièces de rechange ainsi que des frais d'assurance et d'immatriculation. Le coût relatif aux chauffeurs et aux mécaniciens éventuellement engagés par le programme sera comptabilisé sous la rubrique «personnel», à moins que l'entretien et les réparations soient sous-traités auprès d'une agence commerciale ou d'un bureau ou organisme différent. Dans ce cas,

Collecte des données relatives aux coûts

ces coûts figureront sous la rubrique «exploitation des véhicules» (c'est à dire que vous devrez faire une estimation des coûts totaux de réparation, en incluant l'indemnité versée au mécanicien à titre de salaire, plutôt que de comptabiliser ce salaire en tant que coût en personnel).

«Les dépenses telles que consignées donneront certaines indications quant au coût d'exploitation et d'entretien des véhicules, mais on devra probablement s'entretenir avec les chauffeurs et les mécaniciens et consulter les carnets d'entretien pour avoir une vision suffisamment détaillée de la question. Les pièces faisant état de la consommation de carburant devraient être satisfaisantes. Dans le cas contraire, on estimera la consommation de carburant au kilométrage du véhicule. Les distances parcourues (par exemple à intervalles de 5000 kilomètres) devraient être relevées dans les carnets d'entretien, cependant que les chauffeurs devraient être en mesure d'indiquer la consommation moyenne d'un type de véhicule dans les conditions habituelles (par exemple 10 litres/100km). On saurait ainsi que 500 litres ont été consommés pour parcourir les 5000 derniers kilomètres. Le coût total du carburant (même s'il est simplement porté au compte d'une administration publique) s'obtient en multipliant le nombre de litres consommés par le prix payé au litre. Si les carnets d'entretien et autres sources de renseignement ne suffisent pas pour les calculs suggérés (ce qui se produit fréquemment), on pourra probablement faire appel à d'autres sources: on demandera par exemple au personnel responsable de l'ensemble du parc du ministère de tutelle du programme d'évaluer en gros le coût annuel total d'exploitation et d'entretien de chaque type de véhicule. Les renseignements sur les véhicules utilisés (et sur la part d'utilisation qui en est faite dans le programme concerné) permettront de procéder rapidement à une estimation suffisante.»

«Les vidanges, remplacements de filtres et travaux assimilés peuvent se faire régulièrement ou non, à intervalles de kilométrage ou de temps réguliers (par exemple une fois l'an). Si l'on ne parvient pas à en estimer les coûts de la même manière que pour le carburant, on majorera les coûts de carburant à l'aide d'un coefficient (par exemple, 15%). Dans ce cas également, on sollicitera avec profit le service du parc.» (SSP: 43-44).

Coût financier

Le formulaire C7 récapitule les principaux apports liés à l'exploitation, à l'entretien et à la réparation des véhicules d'un projet. La méthode la plus facile et utilisée le plus souvent est d'accéder aux livres de comptabilité des dépenses en coûts de fonctionnement des véhicules. Si ces livres ne sont pas disponibles, il faut utiliser les carnets d'entretien et discuter avec le personnel. Si les carnets d'entretien ne sont pas disponibles, seules les discussions avec le personnel vous permettront de trouver les informations nécessaires. Si aucune information fiable ne peut être glanée suivant les méthodes susmentionnées, il reste encore une méthode – la moins satisfaisante – qui consiste à appliquer la valeur des indemnités kilométriques standard retenue par le gouvernement au kilométrage parcouru pour la mise en œuvre de la stratégie. Ces indemnités kilométriques sont

conçues pour rembourser les fonctionnaires lorsqu'ils utilisent leur véhicule personnel ou pour leur facturer l'utilisation privée de véhicules officiels, et sont supposées couvrir les coûts de fonctionnement et l'amortissement. Dans ce cas, il est important de s'assurer que les coûts d'investissement des véhicules ne sont pas comptabilisés à la fois sur le présent formulaire et le Formulaire C3.

Coût économique

Lorsque les coûts financiers sont clairement différents des coûts d'opportunité, par exemple lorsque des mécaniciens travaillent bénévolement sur des véhicules, les coûts économiques estimés peuvent être inscrits dans la colonne 4. Lorsque les coûts de fonctionnement des véhicules sont des composantes relativement peu importantes des coûts totaux, il n'est pas nécessaire de passer beaucoup de temps à essayer de calculer des coûts économiques et des prix fictifs.

Imputation des coûts

Certains véhicules peuvent être utilisés exclusivement pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le SIDA. D'autres, toutefois, peuvent être partagés entre la stratégie et d'autres activités, et leurs coûts d'exploitation doivent être répartis en conséquence. L'imputation figurant dans les colonnes 5 et 6 du formulaire C7 peut être utilisée pour opérer cette répartition. Il est recommandé d'imputer sur le formulaire C7 tous les apports, à l'exception de ceux en personnel, en fonction du kilométrage parcouru pour la mise en œuvre de la stratégie exprimés en pourcentage du kilométrage total d'un mois servant d'échantillon. Si ces informations ne peuvent pas être trouvées sur les carnets d'entretien, il faut s'adresser au personnel pour savoir le nombre de jours d'un mois servant d'échantillon pendant lesquels le véhicule a été utilisé pour la stratégie.

La manière dont ces imputations sont faites doit être inscrite soit en note de bas de page sur formulaire soit sur un document distinct.

h) Exploitation et entretien des bâtiments (Formulaire C8)

«Cette catégorie d'apports n'oppose aucune difficulté. Bien qu'on entende parfois dire qu'il conviendrait de tenir compte du coût des fournitures d'eau, de gaz et d'électricité, celles-ci ne représentent qu'une faible part du total. Si la méthode indiquée ne donne pas rapidement des résultats, on se fiera à son expérience (et en demandant éventuellement l'avis de spécialistes) pour estimer en gros le coût total d'utilisation et d'entretien des bâtiments à une part du prix du loyer annuel, au prix du marché, de locaux équivalents.»

«Les coûts d'exploitation et d'entretien des bâtiments doivent inclure les frais d'électricité, d'eau, de téléphone, de chauffage, d'assurance, de produits de nettoyage, de réparation de la plomberie, de la toiture et du système de chauffage,

Collecte des données relatives aux coûts

ainsi que le mobilier de bureau. Comme on l'a relevé précédemment, les salaires du personnel de sécurité, des nettoyeurs, etc. seront imputés aux coûts de personnel.»

«Pour ce type de coûts, les états des dépenses sont parfois tout à fait suffisants. Les coûts d'exploitation des bâtiments apparaissent généralement dans des rubriques intitulées «Eau, gaz, électricité», «Entretien» (ou «Nettoyage») et «Sécurité». (SSP: 44).

Coût financier

Utilisez les informations dont vous disposez sur les dépenses pour compléter le Formulaire C8. Dans l'idéal, les informations doivent être enregistrées pour une année entière afin de tenir compte des fluctuations saisonnières des dépenses concernant les services reçus de l'extérieur. Si vous disposez de chiffres sur ces dépenses, le montant total peut être inscrit dans la ligne 15 plutôt qu'enregistré mensuellement. Si ces informations ne sont pas disponibles, il faut alors utiliser un pourcentage de la valeur locative du bâtiment pour couvrir ces coûts. Le pourcentage approprié doit être estimé par les administrateurs locaux et variera en fonction de la qualité de la construction du bâtiment, de son âge et de la nature des services qui y sont fournis. Le chiffre calculé doit être inscrit dans la ligne 16 du formulaire C8, accompagné d'une note de bas de page explicative. Cette estimation brute est acceptable dans la mesure où il est peu probable que ces coûts aient une influence sur l'ensemble des coûts.

Coût économique

Si vous pensez qu'il est nécessaire de remplacer les coûts financiers par des prix fictifs, des notes de bas de page explicites doivent indiquer où et pourquoi cela a été fait.

Imputation des coûts

Si un bâtiment est partagé entre la prévention du VIH et d'autres activités, les coûts d'exploitation devront être imputés en conséquence. Ceci doit être fait en calculant la superficie utilisée pour les activités en rapport avec le VIH exprimée en pourcentage de la surface totale du bâtiment auquel correspondent les coûts d'exploitation, et/ou en fonction du temps d'utilisation de cette superficie pour des activités liées au VIH. Le pourcentage d'imputation des coûts et le coût résultant imputable à la stratégie doivent être inscrits dans la ligne 17.

i) Services d'experts réguliers (Formulaire C9)

Pour des commentaires sur les apports en services d'experts à court terme, voir la section (d) de la rubrique «Coûts en capital ou investissements» ci-dessus. Les services d'experts rendus **régulièrement** sur toute la durée d'un projet doivent être enregistrés en tant que coûts de fonctionnement, comme par exemple, les

missions de suivi et d'analyse annuelles. Il faut toutefois se demander si ces services sont indispensables et contribuent au développement du projet, auquel cas ils doivent être inclus. Si en revanche ils ne servent qu'aux fins du propre suivi des donateurs, il faut les exclure.

Coût financier

Voir la section (d) ci-dessus. La fréquence des services d'experts faisant l'objet de l'évaluation doit être enregistrée dans la colonne 8 du formulaire C9. (Si un document décrivant le projet est disponible, il doit indiquer la fréquence prévue de ces apports.) La fréquence des apports peut indiquer la nécessité de convertir les coûts enregistrés pour une année donnée en coûts annuels moyens. Par exemple, si des consultants sont dépêchés pour des missions de suivi tous les deux ans, les coûts de chaque mission doivent être divisés par deux pour donner un coût annuel moyen. Les coûts annuels moyens peuvent ensuite être inscrits dans les colonnes 9 et/ou 10.

Coût économique et imputation des coûts

Selon la section (d) ci-dessus.

j) Coûts divers de fonctionnement (Formulaire C10)

On range dans cette catégorie tous les apports qui ne ressortissent à aucune autre. Il a été recommandé que tous les apports aux programmes de formation et de mobilisation sociale soient additionnés pour donner un seul chiffre plutôt que de les comptabiliser dans différentes catégories (personnel, bâtiments, etc.). Chacune de ces catégories d'apports a sa contrepartie en coûts d'exploitation, lorsque les activités sont répétées périodiquement. La somme de ces activités sur un an représente un coût de fonctionnement du programme. Le calcul des coûts de ces deux catégories ne pose probablement pas de problèmes particuliers, ni ne requiert d'instructions spécifiques. Si un programme de formation ou de mobilisation sociale est utilisé par plusieurs projets, son coût total doit être réparti entre ceux-ci. Si les coûts de la formation et de la mobilisation sociale sont évalués séparément il faut prendre garde à ne pas les compter deux fois dans l'analyse.

«Les coûts d'exploitation des équipements comprennent le combustible (par exemple le pétrole alimentant les réfrigérateurs de la chaîne du froid) ou l'électricité (à condition qu'ils ne figurent pas déjà dans la catégorie «Exploitation et entretien des bâtiments»), de même que le coût nécessaire à la maintenance ou aux réparations. On pourra aussi prendre en considération les frais de poste, d'imprimerie et de photocopies ainsi qu'en général les coûts d'utilisation et d'entretien des matériels, en revanche, la papeterie sera comptée dans les fournitures.»

«Il est probable que les états des dépenses, bien qu'ils fournissent certains renseignements, soient insuffisamment détaillés. Il faut par exemple connaître la

Collecte des données relatives aux coûts

consommation (en kWh) d'un appareil électrique pendant l'exercice ainsi que le coût unitaire de l'électricité. Quant à l'entretien, aux réparations et aux rechanges, il faudra probablement consulter directement les responsables du matériel. Il existe maintes règles empiriques pour estimer le coût d'exploitation et d'entretien des équipements exploités dans le cadre des programmes de santé. La plupart d'entre elles déduisent les coûts d'exploitation des coûts d'investissement initiaux, en fonction de la structure des prix du pays, de la nature des équipements, etc. Plutôt que de se fier à des formules d'approximation toutes faites, on étudiera les facteurs propres au contexte où l'on opère.» (SSP: 45-46).

Pour la plupart des stratégies de prévention du VIH, cette catégorie de coûts sera relativement peu importante. Elle risque toutefois de l'être davantage dans le cas des stratégies utilisant les médias grand public et de marketing social des préservatifs dans la mesure où les coûts relatifs aux campagnes médiatiques y seront inclus. La manière dont ceux-ci seront traités est commentée plus en détail ci-dessous dans la section «Commentaires spécifiques à chaque stratégie». Les apports potentiels pour d'autres stratégies incluent les coûts d'entretien, de fonctionnement et de réparation des équipements, les frais de postes, de photocopie et d'imprimerie. Il n'est pas nécessaire de déployer de trop grands efforts pour évaluer les coûts de ces apports lorsqu'ils s'avèrent négligeables par rapport à l'ensemble des coûts.

Coût financier

Les informations sur les coûts doivent être tirées des livres de comptabilité des dépenses si ceux-ci sont disponibles. Dans le cas contraire, des estimations brutes des coûts doivent être déduites des quantités d'apports consommés et des prix.

Coût économique

Lorsqu'il est clair que les prix financiers ne reflètent pas les coûts économiques, des prix fictifs peuvent leur être substitués et inscrits dans la colonne 4, mais les efforts nécessaires à leur évaluation doivent correspondre à l'importance de ces coûts. Les coûts médiatiques sont traités séparément ci-dessous.

Imputation des coûts

Les coûts partagés doivent être imputés équitablement en fonction de la manière dont ils sont induits. Le pourcentage d'imputation des coûts et le coût résultant imputable à la stratégie doivent être inscrits dans la colonne 5 et/ou 6.

Commentaires spécifiques à chaque stratégie:

- Concernant le **dépistage systématique du VIH dans le sang**, lorsque les donneurs reçoivent une rémunération quelle qu'elle soit, il arrive que les paiements augmentent proportionnellement à la hausse du volume de sang col-

lecté. Ceci s'applique également aux rafraîchissements ou cadeaux fournis pour les donateurs de sang et ces éléments doivent être comptabilisés dans la catégorie «Coûts divers de fonctionnement».

- Concernant les **médias grand public et le marketing social des préservatifs**, cette catégorie comprendra les coûts relatifs au temps d'antenne et aux espaces médias. Si l'on se base sur d'autres campagnes médiatiques concernant la santé publique, l'on peut s'attendre à ce que les coûts médiatiques varient considérablement entre les pays. Ceci reflète les différences absolues et relatives entre les prix pratiqués par les médias, ce qui affecte le pouvoir d'achat d'un projet, ainsi que les différences entre le type et la qualité du média utilisé⁽¹⁸⁾.
- Dans les pays où il existe de journaux, des chaînes de radio et de télévision d'Etat, les coûts financiers liés à l'utilisation de ces médias peuvent être subventionnés ou gratuits pour le projet. Dans certains pays, la législation peut même prévoir qu'un certain pourcentage de temps d'antenne ou de pages dans la presse doit être consacré à des messages éducatifs. Si vous pensez que cette situation ne peut pas être garantie à l'avenir, alors l'analyse économique doit inclure le coût d'opportunité économique du média utilisé. Vous obtiendrez le calcul le plus juste en vérifiant le coût du temps d'antenne ou de la page dans la presse facturé pour une campagne commerciale d'importance et de qualité analogues.
- Lorsque des plages médiatiques sont facturées à un prix commercial au projet, l'on peut supposer que ces coûts sont des coûts économiques qui incluent tous les coûts et frais généraux associés.
- Concernant l'**éducation VIH dans les écoles** et l'**éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs**, lorsqu'il existe des dépenses de formation initiale ou de recyclage, il est probable que les coûts de formation seront une composante significative des coûts totaux. Les budgets de formation peuvent inclure les coûts de préparation, du lieu utilisé, de déplacement, en matériel, les coûts relatifs aux formateurs du personnel, les indemnités journalières des participants et le coût du temps consacré par le personnel scolaire participant.

k) Coûts incombant aux particuliers (Formulaire C11)

Dans ce chapitre, les particuliers ont été évoqués en tant que source possible de financement. Chaque formulaire 'C' demande des informations sur l'origine du financement des apports, et le fait que certains apports soient financés par des capitaux privés peut y être indiqué. Bien que les présentes directives se fondent sur le point de vue des fournisseurs de services, ces apports doivent être comptabilisés afin de calculer les recettes d'un projet et donc ses coûts nets.

Collecte des données relatives aux coûts

Le formulaire C11 fournit une comptabilité séparée des frais collectés en numéraire auprès des clients particuliers. Le formulaire est très général, permettant une collecte des données mensuelle pour un certain nombre de catégories de frais et devra donc être adapté en fonction de chaque situation. Pour obtenir les données, nous préférons la méthode qui consiste à utiliser les registres de collecte des frais ou d'enregistrement des recettes. Si ceux-ci ne sont pas disponibles, des estimations des frais collectés doivent être faites à partir du nombre de clients et des montants officiels moyens des frais, bien qu'il soit évident que ces estimations ne tiendront pas compte des sur- ou sous-facturations et des pertes financières. Les données sur les frais payés doivent être conservées à part et ne pas être ajoutées aux coûts totaux afin d'éviter une double comptabilisation.

Pour placer les données dans leur contexte, il faut enregistrer davantage d'informations qualitatives sur la manière dont les frais collectés sont administrés et gérés ; par exemple, s'ils peuvent être conservés au niveau auquel ils ont été collectés et à quoi ils peuvent être légitimement utilisés.

- Concernant le **dépistage systématique du VIH dans le sang**, les coûts incombant aux particuliers les plus courants seront les frais payés pour les transfusions. Les données sur les frais collectés doivent être obtenues auprès des services de transfusion sanguine. Toutefois, il sera probablement seulement possible d'enregistrer les frais bruts pour les transfusions assurées et non de dissocier l'élément des frais globaux que les patients paient implicitement pour du sang 'sain' (non infecté par le VIH).
- Les particuliers peuvent financer certains des apports en fournitures en venant, par exemple, avec leurs propres aiguilles ou poches de sang. Ces coûts peuvent être ajoutés aux dépenses du service de transfusion puisqu'ils correspondent à des ressources supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie.
- Les particuliers peuvent avoir à supporter certains coûts pour recevoir des messages et des informations diffusés via les **médias grand public**, tels que l'achat de piles pour faire fonctionner les radios, les redevances TV et le prix des journaux et magazines. Toutefois, les messages en rapport avec le VIH/SIDA ne sont qu'une petite partie des avantages qu'il y a à souscrire à ces formes de médias. On recommande donc d'exclure ces coûts d'utilisateur, même si l'on se place d'un point de vue sociologique. Les coûts de déplacement privés liés à la stratégie sont en principe minimales puisque, presque par définition, les médias grand public véhiculent les messages et les informations jusqu'à la population, où qu'elle se trouve. Du temps peut être consacré à l'écoute des émissions de prévention du VIH à la radio ou à la télévision, ou à la lecture de matériels IEC dans la presse. Il est toutefois recommandé de considérer comme nul le coût d'opportunité économique de ce temps.
- **L'éducation VIH dans les écoles** a l'avantage de s'adresser à public disponible. L'on peut supposer que les élèves n'entraînent pas de coûts financiers,

de temps ou de déplacement supplémentaires en participant à des séances d'éducation VIH/SIDA.

- Le principal type de dépense du public cible du marketing social des préservatifs sera l'achat des préservatifs. Les dépenses privées totales seront un facteur des prix de commercialisation dans les points de vente de détail et du volume des ventes. Lorsque le prix des préservatifs est le même dans tout un pays, il sera plus facile d'obtenir un chiffre que dans les cas où les détaillants sont libres de déterminer leurs propres marges bénéficiaires. Les particuliers auront également des frais en temps et déplacements qui peuvent être évalués si l'estimation des coûts est faite d'un point de vue sociologique. Du point de vue du fournisseur, les informations pertinentes seront celles concernant les recettes nettes des ventes récupérées au centre plutôt que les coûts incombant aux particuliers à la périphérie. L'organisation de marketing social doit être capable de fournir des informations sur les recettes nettes des ventes. Celles-ci doivent être soustraites des coûts d'un projet pour obtenir ses coûts totaux nets.
- Concernant le **traitement des IST**, les coûts incombant aux particuliers les plus courants seront les frais de consultation et de médicaments. De même, concernant le **conseil et le test volontaires**, des frais peuvent être payés pour le test. Les informations sur les frais collectés devraient pouvoir être obtenues auprès du fournisseur de services, et parfois récapitulées à un niveau plus central qu'à celui des dispensaires. La différence entre les frais totaux collectés et les frais payés correspond aux pertes financières inhérentes au système. Les frais payés aux fournisseurs de services doivent être recensés séparément si l'évaluation des coûts de tous les apports fournis dans le service a déjà été faite. Ils doivent être soustraits des coûts totaux de la stratégie pour en obtenir les coûts nets.
- Si des médicaments sont prescrits mais non fournis par le dispensaire, le coût d'achat des médicaments incombera également aux clients. Si l'étude d'évaluation des coûts ne se place que du point de vue du fournisseur, ces coûts peuvent être exclus. Si les coûts incombant aux particuliers doivent être inclus, il faudra se renseigner sur les coûts de ces médicaments. On peut interroger les clients pour obtenir des informations sur leurs dépenses ou, autrement, utiliser des prescriptions prévisionnelles des médecins pour le traitement des IST afin d'estimer les coûts moyens de ces médicaments en pharmacie.
- Les projets d'**éducation des professionnel(le)s du sexe par les pairs** peuvent facturer certains des services qu'ils proposent à leur public cible: certains frais peuvent par exemple être facturés pour les préservatifs. Dans ce cas, l'ONG chargée de la mise en œuvre du projet doit être capable de fournir les informations sur le volume des ventes et les prix unitaires. Des frais peuvent également être facturés aux établissements dans lesquels le projet est mis en place – par exemple, des frais forfaitaires pour être intégré au projet, ou des frais pour les entretiens éducatifs proposés aux professionnel(le)s du sexe.

Collecte des données relatives aux coûts

A nouveau, l'ONG doit tenir une comptabilité de ces coûts incombant aux particuliers. Ces frais doivent être soustraits des coûts totaux du projet pour obtenir ses coûts totaux nets.

4.5 Collecte des données relatives aux résultats

Pendant le processus de collecte des données relatives aux coûts, il faut également réunir des données sur les résultats directement quantifiables et plus généraux d'un programme afin de calculer les coûts unitaires et moyens de la stratégie. Le chapitre 2 commente l'ensemble des résultats susceptibles d'être mesurés pour les stratégies de prévention du VIH. Sauf si vous êtes engagé dans des évaluations basées sur des modèles ou des essais cliniques, vous ne pourrez mesurer que les résultats du processus et certains résultats intermédiaires.

Ces résultats différeront en fonction des stratégies de prévention du VIH utilisées (pour les projets de marketing social des préservatifs, vous pourrez regarder le nombre de préservatifs vendus, alors que pour le **conseil et test volontaires** vous vous fondez sur le nombre de personnes conseillées et testées). Même si vous essayez d'évaluer un certain nombre de stratégies menées conjointement, l'utilisation des résultats du processus ou des résultats intermédiaires implique que les mesures seront relativement spécifiques à chaque stratégie.

Pour mesurer les résultats pour lesquelles vous essaieriez de collecter des données, il sera utile de vous poser les questions suivantes:

- Quels sont les principaux objectifs du projet ou de la stratégie ?
- Quelles sont les principales activités du projet ou de la stratégie ?
- Quels sont les résultats du projet ou de la stratégie ? Sont-ils liés à des activités spécifiques ?
- Quels sont les principaux résultats intermédiaires ?

Les réponses à ces questions vous aideront à clarifier la nature des mesures des résultats d'ensemble ainsi que par activité et à clarifier le type de données à collecter pour mesurer les résultats du processus et les résultats intermédiaires. Dans la pratique, la disponibilité des données influera de manière significative sur les mesures réelles susceptibles d'être utilisées dans l'analyse des coûts. Toutefois, avant de commencer la collecte des données, il est utile de bien connaître la nature des mesures du processus et des mesures intermédiaires.

Mesures des résultats du processus

Ces mesures sont utilisées pour enregistrer les résultats d'un projet ou d'un programme. Pour définir les résultats, il est utile d'examiner chacune des activités. Par exemple, dans un projet d'échange des seringues destinés aux consomma-

teurs de drogues injectables, les activités comprennent l'élaboration des matériels IEC, le recrutement des volontaires, la formation du personnel, l'échange des seringues, l'élimination des seringues et le conseil. Etant donné ces activités, nous pouvons penser à un certain nombre de mesures des résultats:

- nombre de matériels produits (par exemple, imprimés et livres)
- nombre de volontaires formés
- nombre de membres du personnel formés
- nombre de préservatifs distribués
- nombre d'aiguilles ou de seringues échangées ou distribuées
- nombre de personnes touchées

L'une des mesures des résultats susceptible de fournir le plus d'informations au sujet de l'impact possible du projet est:

- le nombre de personnes ayant été en contact avec un programme d'échange de seringues et échangeant leurs seringues

Il est généralement facile d'obtenir des mesures des résultats du processus auprès des programmes. Les données sont souvent mesurées régulièrement et disponibles dans les documents d'enregistrement des programmes ou des projets existants. L'important est donc de recenser la gamme d'activités et d'étudier les résultats spécifiques qui leur sont associés.

Mesures des résultats intermédiaires

Ces mesures reflètent les changements intermédiaires qu'il faut apporter à la stratégie de prévention pour produire un impact sur la santé. Toutefois, plusieurs de ces paramètres évoluent en permanence (par exemple: fréquence des injections et partage des seringues, proportion de rapports sexuels pendant lesquels des préservatifs sont utilisés). Ceci soulève un certain nombre de problèmes concernant l'étendue du changement que vous indiquez (faut-il par exemple inclure une personne ayant réduit la fréquence des injections ou dont la fréquence d'utilisation des préservatifs a augmenté de 1% ?). Existe-t-il un seuil ou un niveau critique au delà duquel nous pouvons considérer qu'une personne a modifié son comportement, donc diminué le risque ? Si nous convertissons ces mesures en pourcentages tels que:

- pourcentage de consommateurs de drogues partageant des seringues
- pourcentage de seringues nettoyées avec du désinfectant
- fréquence du recours à une seringue à usage unique,

un calcul du coût unitaire n'aurait alors aucun sens (par exemple, le coût par pourcentage de consommateurs de drogues partageant des seringues).

Une des mesures complète des résultats intermédiaires serait le nombre de personnes qui ont réduit leurs comportements à risque. Ceci pourrait être la somme

Collecte des données relatives aux coûts

de tous ceux qui cessent de partager leurs seringues et réduisent la fréquence à laquelle ils s'injectent des drogues.

Ainsi, dans une campagne médiatique grand public, l'un des résultats du processus est le nombre de messages radio produits. Mais pour que la campagne réussisse à modifier la situation sanitaire (par exemple à éviter les infections à VIH), il faut que les personnes soient en contact avec la campagne et reçoivent les messages qui les inciteront à changer de comportement. Dans ce cas, l'un des résultats intermédiaires pourrait être le nombre de personnes touchées par le message radio. Concernant l'éducation VIH dans les écoles, l'un des résultats intermédiaires pourrait être le nombre d'élèves ayant suivi un programme.

Les données relatives aux résultats intermédiaires sont plus difficiles à obtenir que les informations sur la production de résultats simples. Les résultats intermédiaires peuvent ne pas faire l'objet d'un suivi systématique et vous pouvez être amené à devoir vous fier aux évaluations du projet pour vous aider à formuler des estimations approximatives des fourchettes probables des valeurs pour vos mesures des résultats intermédiaires⁽⁵⁰⁾.

Cette section souligne la complexité des mesures des résultats directement quantifiables et des résultats plus généraux obtenus par les projets concernant les consommateurs de drogues injectables. Bien qu'il existe toute une gamme de paramètres utilisables, leur choix doit dépendre de la disponibilité des données et du fait que l'on puisse ou non interpréter valablement le coût unitaire déduit de ces mesures des résultats.

Des résultats multiples et non différenciés

Il existe de multiples interventions et de nombreux résultats associés à différentes stratégies de prévention. Outre la réduction du risque de transmission, certaines interventions peuvent également réduire le risque d'infection par d'autres IST, le risque de grossesses, d'infections véhiculées par le sang telles que les hépatites B et C, et réduire le nombre de décès dus à des overdoses. Lors de la présentation des coûts des différentes stratégies de prévention du VIH, il ne faut pas oublier de mentionner les avantages directs et indirects de la stratégie.

Tableau 2: Facteurs d'annualisation
Taux d'actualisation

Nombre d'années de vie restantes

n	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
1	0.990	0.980	0.971	0.962	0.952	0.943	0.935	0.926	0.917	0.909	0.900	0.891	0.882	0.873	0.864	0.855	0.846	0.837	0.828	0.819
2	1.970	1.942	1.913	1.886	1.859	1.833	1.808	1.783	1.759	1.735	1.711	1.687	1.664	1.641	1.618	1.595	1.572	1.549	1.526	1.503
3	2.941	2.884	2.829	2.775	2.723	2.673	2.624	2.577	2.531	2.486	2.442	2.400	2.359	2.319	2.280	2.241	2.202	2.163	2.124	2.085
4	3.902	3.808	3.717	3.630	3.546	3.465	3.387	3.312	3.240	3.171	3.103	3.036	2.970	2.905	2.841	2.778	2.715	2.652	2.589	2.526
5	4.853	4.713	4.580	4.452	4.329	4.212	4.100	3.993	3.890	3.791	3.695	3.601	3.508	3.416	3.325	3.234	3.143	3.052	2.961	2.870
6	5.795	5.601	5.417	5.242	5.076	4.917	4.767	4.623	4.486	4.354	4.233	4.113	3.994	3.876	3.759	3.643	3.527	3.411	3.295	3.179
7	6.728	6.472	6.230	6.002	5.786	5.582	5.389	5.206	5.033	4.869	4.714	4.560	4.407	4.254	4.102	3.950	3.798	3.646	3.494	3.342
8	7.652	7.325	7.020	6.733	6.463	6.210	5.971	5.747	5.535	5.333	5.140	4.956	4.782	4.608	4.435	4.262	4.089	3.916	3.743	3.570
9	8.566	8.162	7.786	7.435	7.108	6.802	6.515	6.247	5.995	5.755	5.525	5.303	5.090	4.887	4.694	4.501	4.308	4.115	3.922	3.729
10	9.471	8.983	8.530	8.111	7.722	7.360	7.024	6.710	6.418	6.145	5.882	5.629	5.386	5.153	4.930	4.717	4.504	4.291	4.078	3.865
11	10.36	9.787	9.253	8.760	8.306	7.887	7.499	7.139	6.805	6.491	6.200	5.930	5.670	5.419	5.178	4.937	4.696	4.455	4.214	3.973
12	11.25	10.575	9.954	9.385	8.863	8.384	7.943	7.536	7.161	6.814	6.491	6.190	5.909	5.638	5.367	5.096	4.825	4.554	4.283	4.012
13	12.13	11.348	10.635	9.986	9.394	8.853	8.358	7.904	7.487	7.100	6.741	6.409	6.096	5.793	5.490	5.187	4.884	4.581	4.278	3.975
14	13.00	12.106	11.296	10.56	9.899	9.295	8.745	8.244	7.786	7.360	6.965	6.599	6.252	5.915	5.588	5.261	4.934	4.607	4.280	3.953
15	13.86	12.849	11.938	11.11	10.380	9.712	9.108	8.559	8.061	7.600	7.171	6.771	6.399	6.046	5.703	5.360	5.017	4.674	4.331	3.988
16	14.71	13.578	12.561	11.65	10.838	10.106	9.447	8.851	8.313	7.820	7.361	6.935	6.532	6.149	5.776	5.413	5.050	4.687	4.324	3.961
17	15.56	14.292	13.166	12.16	11.274	10.477	9.763	9.122	8.544	8.020	7.534	7.081	6.651	6.242	5.843	5.454	5.065	4.676	4.287	3.898
18	16.39	14.992	13.754	12.65	11.690	10.828	10.05	9.372	8.756	8.200	7.700	7.235	6.794	6.366	5.949	5.542	5.135	4.728	4.321	3.914
19	17.22	15.678	14.324	13.13	12.085	11.158	10.33	9.604	8.950	8.360	7.833	7.346	6.882	6.431	6.004	5.587	5.170	4.753	4.336	3.919
20	18.04	16.351	14.877	13.59	12.462	11.470	10.59	9.818	9.129	8.510	7.966	7.456	6.968	6.492	6.029	5.576	5.123	4.670	4.217	3.764
21	18.85	17.011	15.415	14.02	12.821	11.764	10.83	10.017	9.292	8.640	8.070	7.540	7.030	6.530	6.040	5.560	5.080	4.600	4.120	3.640
22	19.66	17.658	15.937	14.45	13.163	12.042	11.06	10.201	9.442	8.770	8.170	7.620	7.090	6.580	6.080	5.590	5.100	4.610	4.120	3.630
23	20.45	18.292	16.444	14.95	13.489	12.303	11.27	10.371	9.580	8.880	8.260	7.710	7.170	6.650	6.140	5.640	5.140	4.640	4.140	3.640
24	21.24	18.914	16.936	15.24	13.799	12.550	11.46	10.529	9.707	8.980	8.340	7.780	7.230	6.710	6.200	5.700	5.200	4.700	4.200	3.700
25	22.02	19.523	17.413	15.62	14.094	12.783	11.65	10.675	9.823	9.070	8.420	7.840	7.280	6.740	6.230	5.730	5.230	4.730	4.230	3.730
26	22.79	20.121	17.877	15.98	14.375	13.003	11.82	10.810	9.929	9.160	8.480	7.890	7.330	6.790	6.280	5.780	5.280	4.780	4.280	3.780
27	23.56	20.707	18.327	16.33	14.643	13.211	11.98	10.935	10.027	9.230	8.540	7.940	7.370	6.830	6.320	5.820	5.320	4.820	4.320	3.820
28	24.31	21.281	18.764	16.66	14.898	13.406	12.13	11.051	10.116	9.300	8.600	7.980	7.410	6.860	6.350	5.850	5.350	4.850	4.350	3.850
29	25.06	21.844	19.188	16.98	15.141	13.591	12.27	11.158	10.198	9.370	8.650	8.020	7.440	6.880	6.370	5.870	5.370	4.870	4.370	3.870
30	25.80	22.396	19.600	17.29	15.372	13.765	12.40	11.258	10.274	9.420	8.690	8.050	7.470	6.900	6.390	5.890	5.390	4.890	4.390	3.890

Chapitre 5

ANALYSE DES COÛTS

Une fois que toutes les composantes des coûts ont été collectées, les données doivent être rassemblées et récapitulées. Les feuilles C1 à C10 vous permettent de collecter les coûts à différents niveaux. Le Formulaire B est un résumé des coûts à chaque niveau. Une fois cela fait, tous les niveaux peuvent être additionnés et les résultats inscrits sur le formulaire A – lequel représente le résumé du projet – pour obtenir les coûts totaux.

5.1 Addition des coûts

Comme indiqué dans l'introduction, les projets disposant d'un ordinateur peuvent directement saisir les données sur les formulaires Microsoft Excel que vous pouvez télécharger à partir du site web de l'ONUSIDA (www.unaids.org/publications) OU du CD-ROM intitulé: *Economics in HIV/AIDS planning: getting priorities right*, UNAIDS, June 2000. Nous vous recommandons d'appliquer les mêmes méthodes pour faciliter le récapitulatif des données des formulaires C sur les formulaires de résumé A et B (l'Organisation mondiale de la Santé fournit également ce logiciel[®]). Si vous ne disposez pas d'un ordinateur, les données peuvent être récapitulées manuellement.

Le formulaire B (regroupant toutes les données des formulaires C par niveau organisationnel) peut être complété par les coûts financiers, les coûts économiques, ou les deux. Les coûts de l'Année de Base dans la dernière colonne ou ligne de chaque formulaire C doivent être retranscrits sur la ligne appropriée du formulaire B ; puis, toutes les catégories d'apports doivent être totalisées pour donner le coût total de la stratégie de lutte contre le SIDA à ce niveau organisationnel. Il ne faut pas oublier que si l'on n'a évalué que le coût d'un échantillon d'unités pour représenter toutes les unités à un niveau spécifique, qu'il faut calculer le coût total pour l'ensemble des unités dont on a tiré l'échantillon pour le retranscrire ensuite sur le formulaire B. Il faut bien entendu conserver une trace de ce calcul.

Le formulaire A récapitule les coûts de chaque échelon (les données du formulaire B) pour fournir le coût global de la stratégie ou du programme de prévention du VIH. Le formulaire A peut être complété soit par les coûts financiers, soit

par les coûts économiques (en remplissant un formulaire dans chaque cas, si nécessaire).

Si le jeu de formulaires B indique tous les coûts à tous les échelons, il est alors possible de les additionner pour calculer le coût total global. Si, toutefois, la stratégie faisant l'objet de l'évaluation n'est qu'une composante d'un programme plus vaste, il pourra alors s'avérer nécessaire de n'imputer qu'un pourcentage des coûts générés à l'échelon le plus élevé pour calculer le coût global. Par exemple, nous pouvons nous intéresser au coût d'une stratégie de lutte contre le SIDA dans un district seulement, dans une région qui compte 10 districts et un pays qui compte 20 régions. Dans cet exemple, si les coûts étaient imputés de manière égale entre les sous-unités à un échelon spécifique, le Formulaire A devrait récapituler 100% des coûts calculés pour le district, 10% des coûts calculés pour la région et 5% des coûts calculés pour le niveau national. Il ne faut retranscrire sur le Formulaire A que ces pourcentages pour chaque échelon avant de calculer la somme finale. S'il apparaît que la demande exercée auprès de l'échelon supérieur par certaines sous-unités (par exemple des districts ou des régions) ne sont pas équivalentes, l'on peut décider de procéder à une imputation plus précise des coûts en les pondérant, par exemple, en fonction de la part du budget total ou du nombre de membres du personnel par sous-unité. Il faut enregistrer clairement la manière dont ce pourcentage a été calculé, d'une part dans une note de bas de page sur les formulaires s'ils sont remplis manuellement et, d'autre part, de manière plus formelle.

<i>Catégorie de coût</i>	<i>Coût annuel (devise)</i>	<i>Coût total (%)</i>
Investissements		
Bâtiments	5 000	10
Equipements	5 000	10
Véhicules	5 000	10
Services d'experts (non inclus dans les coûts de fonctionnement)	0	
Total partiel	15 000	30
Coûts de fonctionnement		
Personnel	20 000	40
Fournitures	5 000	10
Exploitation et entretien des véhicules	5 000	10
Exploitation et entretien des bâtiments	1 000	2
Services d'experts (réguliers)	4 000	8
Divers	0	
Total partiel	35 000	70
TOTAL GENERAL	50 000	100%

Source: PHC: 12

5.2 Les «profils de coûts»

Une fois le Formulaire A complété, vous avez fondamentalement établi un profil de coût pour le projet ou le programme que vous avez étudié. Ce profil sera présenté sous forme de tableau, comme ci-dessous:

Vous pouvez aussi obtenir un profil des coûts en termes d'activités plutôt qu'en termes d'apports. Ces profils sont utiles pour mettre en évidence les principales composantes du coût (et de ce fait recenser les zones potentielles dans lesquelles des améliorations de l'efficacité sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur les coûts). Par exemple, des coûts en médicaments élevés peuvent indiquer du gaspillage. Ces profils de coûts peuvent être comparés entre différents projets et programmes, de même qu'au sein des programmes eux-mêmes. Dans ce dernier cas, les profils peuvent être présentés par unité de fourniture ou par fournisseur, et il est alors possible de les comparer entre eux. «Les discordances significatives amèneront à s'interroger et suggéreront éventuellement de procéder à des restructurations.» (SSP:14).

Toutefois, la comparaison des profils de coûts entre les pays ou les régions pose des problèmes en raison des différentes structures tarifaires. La comparaison des profils entre différentes époques peut s'avérer plus utile que la comparaison entre différents projets. Il faut donc ne généraliser qu'à partir des profils de coûts, puis seulement au moment opportun.

5.3 Coûts unitaires

Une fois que les coûts totaux d'un programme ou d'un projet ont été calculés, il est possible d'en déduire des coûts unitaires. Ceux-ci peuvent être calculés en termes d'indicateurs des résultats pour lesquels vous avez collecté des données sur le Formulaire D. Pour les obtenir, il suffit de diviser les coûts totaux par la mesure du résultat.

Les coûts unitaires peuvent servir à comparer les coûts entre des projets similaires et à étudier les questions d'efficacité d'un projet. Plusieurs facteurs affectent les coûts unitaires, notamment:

- les prix différents payés pour des apports par des projets mis en œuvre dans différents lieux,
- une différente répartition des apports utilisés par différents projets (par exemple, personnel plus nombreux ou davantage de fournitures),
- les différents niveaux de productivité du personnel,
- la productivité peut augmenter en raison de la taille ou des tarifs pratiqués (économies sur la quantité). Par exemple, les projets de marketing social des

préservatifs semblent générer des coûts unitaires inférieurs dans les pays comptant une population nombreuse.⁽⁵¹⁾,

- la productivité peut augmenter en raison de la mise en œuvre simultanée d'un certain nombre de services ou de projets (économies sur les moyens).

Toutefois, il ne faut pas attribuer toutes les différences de coûts unitaires aux différences d'efficacité. Un coût unitaire plus élevé n'indique pas nécessairement qu'un programme est moins efficace. Il peut exister d'autres facteurs à l'origine de ces différences tels que:

- Des différences entre les coûts unitaires peuvent indiquer une différence dans la facilité avec laquelle les services peuvent être fournis. Par exemple, un projet en zone rurale, où la population est disséminée, ou les projets touchant des groupes marginalisés, entraîneront probablement des coûts plus élevés. Ainsi, des ressources supplémentaires peuvent devoir être allouées à tel ou tel projet pour des raisons d'équité.
- La durée d'un projet ou d'un programme peut avoir une incidence sur les coûts unitaires. Il faut tenir compte de cela lorsque l'on compare un programme déjà bien établi à un autre relativement récent. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne le marketing social des préservatifs, où certains projets ont mis de 12 à 15 ans pour passer de la phase de lancement à celle où ils sont devenus rentables⁽⁵²⁾.

En outre, vous souhaitez peut-être obtenir les coûts unitaires par activité. Par exemple, si vous connaissez les coûts de production des matériels IEC d'un programme de marketing social des préservatifs et le nombre de matériels IEC produits, vous pouvez calculer les coûts unitaires de ces matériels. Si l'activité concerne la formation, vous pouvez calculer le coût unitaire par séance de formation. Ceci peut faciliter l'analyse de l'efficacité d'activités spécifiques au sein d'un projet.

5.4 Utilisation de l'analyse des coûts pour la planification et la budgétisation

Une fois que l'analyse des coûts de base est faite, les informations peuvent être utilisées de différentes manières pour aider à la planification et à la budgétisation. En général, les données sur les coûts actuels peuvent servir de base de départ pour extrapoler les informations à la fois pour les projets à venir et des projets similaires. Ce qui est vraiment important, c'est d'étudier dans quelle mesure le projet à partir duquel vous obtenez des informations sur les coûts est similaire aux activités que vous souhaitez réaliser.

Analyse des coûts

L'analyse du coût financier peut aider à connaître les besoins budgétaires d'un projet spécifique. Elle vous donnera une idée du volume total des ressources engagées. Elle pourra également servir de base pour la budgétisation. Il existe plusieurs manières d'utiliser les données sur les coûts existantes pour aider à la budgétisation⁽¹⁾.

- Une approche basée sur les apports nécessaires impliquerait que vous fassiez la liste de tous ceux qui sont envisageables et que vous étudiez ensuite dans quelles proportions vous les utiliserez dans le futur projet pour obtenir un résultat donné (par exemple, le nombre de personnes ayant reçu des conseils). Une fois que vous avez déterminé la «quantité», vous pouvez ensuite trouver le prix et le coût. Par exemple, si vous pensez avoir besoin de 1,25 infirmier ou infirmière, vous pouvez étudier s'il vaut mieux engager une personne à temps complet et une personne à temps partiel ou s'il est possible d'engager une seule personne et lui payer des heures supplémentaires. Cette approche nécessite de nombreuses informations détaillées sur les coûts et se justifie si les caractéristiques du programme évoluent rapidement.
- Une approche moins détaillée de la budgétisation serait de prendre les coûts actuels d'un projet, de les extrapoler en fonction de votre propre situation, puis de procéder à un ajustement approximatif en fonction de la similitude qui existe, selon vous, entre les projets. Il est important d'étudier si le projet duquel vous tirez les coûts fonctionne réellement efficacement. Vous pouvez aussi majorer les coûts (par exemple de 20%) afin de tenir compte d'une marge d'erreur.

Indépendamment de la méthode que vous utilisez, si vous faites un budget pour l'avenir, il vous faudra ajuster les informations de prix ou de coût à l'inflation. Vous devrez savoir quel niveau d'inflation prendre en compte et ne pas oublier que les prix augmentent chaque année. Ainsi, dans un pays où le taux d'inflation est relativement stable à 8%, vous pourrez prévoir 10% d'augmentation des prix chaque année. Toutefois, si vous êtes dans un environnement dans lequel l'inflation augmente rapidement, vous pourrez vouloir convertir vos coûts en une devise plus stable – telle que le dollar des Etats-Unis – et fonder vos calculs budgétaires sur cette devise⁽¹²⁾.

Les analyses du coût financier aideront également à déterminer si un projet est abordable financièrement puisqu'elles fournissent des informations sur les montants nécessaires à son fonctionnement. L'étude des sources de financement pourra également se fonder sur ces informations.

Toutefois, comme nous l'avons vu aux chapitres 2 et 3, les analyses du coût financier ne reflètent que les dépenses réelles d'un projet. Si celui-ci bénéficie de donations importantes, se fier aux analyses du coût financier donnera une fausse idée des ressources réellement utilisées. De ce fait, lorsque l'on étudie des questions telles que la reproduction d'un projet dans un autre environnement ou l'élargissement d'un projet existant, il est essentiel d'étudier l'infrastructure de

base susceptible d'être déjà en place et dont le coût n'a pas été pris en compte dans l'analyse du coût financier. Par exemple, de nombreux projets mis en place par des ONG bénéficient d'une assistance pendant la phase de lancement (possibilité de payer les biens en nature ou subventions de matériels imprimés). C'est alors à ce stade que les analyses économiques sont utiles.

Pour un exemple de l'application des directives d'évaluation des coûts, prière de vous référer au document: The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus (Rapport coût-efficacité des mesures de prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables à Svetlogorsk, Bélarus), avant-projet de rapport, ONUSIDA, 2000, que vous trouverez sur le CD-ROM ONUSIDA intitulé: Economics in HIV/AIDS planning: getting priorities right, UNAIDS, June 2000.

Annexe

Formulaires de collecte des données

Cette annexe contient les formulaires de collecte des données, qui se présentent comme suit:

1. Formulaire de données générales
2. Formulaire A – Résumé du projet. Présente les coûts par apport et par niveau.
Ce formulaire récapitule tous les résumés présentés dans le Formulaire B.
3. Formulaire B – Résumé des coûts à chaque échelon.
Récapitulatif des formulaires C1 à C10.
4. Formulaires C1 à C10 . Documents de base pour la collecte des données par catégorie d'apport:
 - C1 — investissements: bâtiments
 - C2 — investissements: équipements
 - C3 — investissements: véhicules
 - C4 — investissements: services d'experts
 - C5a — coûts de fonctionnement: personnel
 - C5b — exemple de formulaire d'affectation du temps du personnel
 - C6 — coûts de fonctionnement: fournitures
 - C7 — coûts de fonctionnement: exploitation et entretien des véhicules
 - C8 — coûts de fonctionnement: exploitation et entretien des bâtiments
 - C9 — coûts de fonctionnement: services d'experts réguliers
 - C10 — coûts de fonctionnement: divers
 - C11 — recouvrement des coûts: coûts incombant aux particuliers
5. Formulaire D — collecte des données sur le rendement et les résultats.

FORMULAIRE DE DONNÉES GÉNÉRALES

Pays _____

Projet _____

Monnaie locale _____

Taux d'actualisation (pour l'année de base) _____ Source _____

Indices des prix à la consommation (IPC) pour les années couvertes par la collecte des données:

Année	IPC
--	_____
--	_____
--	_____
--	_____

Taux de change en vigueur sur le marché pour les années couvertes par la collecte des données:

	\$	Autres
Année --	_____	_____
--	_____	_____
--	_____	_____
--	_____	_____

Taux de change officiels pour les années couvertes par la collecte des données:

	\$	Autres
Année --	_____	_____
--	_____	_____
--	_____	_____
--	_____	_____

Taux d'intérêt en vigueur sur le marché local pour les années couvertes par la collecte des données

Année --	_____
--	_____
--	_____
--	_____

Taux d'intérêt locaux officiels pour les années couvertes par la collecte des données:

Année --	_____
--	_____
--	_____
--	_____

FORMULAIRE A RESUME DU PROJET

(Récapitulatif de tous les résumés du formulaire 'B')

Pays _____

Projet _____

Monnaie locale _____

Coûts Année de Base _ _

Coûts financiers/coûts économiques (biffer la mention inutile)

Catégories de coûts	Echelon	Echelon	Echelon	Coût total (%)
Investissements				
Bâtiments				
Equipements				
Véhicules				
Services d'experts (non inclus dans les coûts de fonctionnement)				
Total partiel				
Coûts de fonctionnement				
Personnel				
Fournitures				
Exploitation et entretien des véhicules				
Exploitation et entretien des bâtiments				
Services d'experts (réguliers)				
Divers				
Total partiel				
TOTAL GENERAL				

FORMULAIRE B RESUME DES COÛTS A CHAQUE ECHELON (Récapitulatif des formulaires C1 à C10)

Pays _____

Projet _____

Niveau de projet _____

Monnaie locale _____

Coûts Année de Base _ _

Catégories de coûts	Coûts financiers	Coûts économiques
Investissements		
Bâtiments		
Equipements		
Véhicules		
Services d'experts (non inclus dans les coûts de fonctionnement)		
Total partiel		
Coûts de fonctionnement		
Personnel		
Fournitures		
Exploitation et entretien des véhicules		
Exploitation et entretien des bâtiments		
Services d'experts (réguliers)		
Divers		
Total partiel		
TOTAL GENERAL		

Une fois que tous les coûts ont été collectés, les données doivent être rassemblées et récapitulées. Les formulaires C1 à C10 vous permettent de collecter les coûts aux différents échelons. Le Formulaire B est donc un résumé des coûts à chaque échelon. Puis tous les échelons peuvent être additionnés et reportés sur le formulaire A – Résumé du projet.

FORMULAIRE C2 INVESTISSEMENTS: EQUIPEMENTS

Pays _____ Données sur les coûts collectées mensuellement _____
 Projet _____ Origine des données _____
 Niveau de projet _____ Année de Base choisie _____
 Monnaie locale _____

(1) Equipements (liste)	(2) Financé par	Coût		Espérance de vie ou durée de vie	Coût annuel		(% d'imputation) Coût		Coût Année de Base	
		(3) Fin.	(4) Ec.		(6) Fin.	(7) Ec.	(8) Fin.	(9) Ec.	(10) Fin.	(11) Ec.
TOTAL										

FORMULAIRE C5a COÛTS DE FONCTIONNEMENT: PERSONNEL

Pays _____ Données sur les coûts collectés mensuellement _____
 Projet _____ Origine des données _____
 Niveau de projet _____ Année de Base choisie _____
 Monnaie locale _____

Catégorie de personnel (liste avec classe de traitement le cas échéant)	(2) Financé par	Salaire annuel brut		Coût des indemnités annuelles (préciser)		Coût annuel total		(% d'imputation) Coût		Coût Année de Base	
		(3) Fin	(4) Ec	(5) Fin	(6) Ec	(7) Fin (3) + (5)	(8) Ec (4) + (6)	(9) Fin	(10) Ec	(11) Fin	(12) Ec
TOTAL											

FORMULAIRE C5b AFFECTATION DU TEMPS DU PERSONNEL (EXEMPLE DE FORMULAIRE)

Pays _____ Données sur les coûts collectées mensuellement _____
 Projet _____ Origine des données _____
 Niveau de projet _____ Année de Base choisie _____
 Monnaie locale _____

Heure/Jour	12	1	2	3	4	Total des heures affectées à la stratégie
Lun						
Mar						
Mer						
Jeu						
Ven						
Sam						
Dim						
Total des heures						
Pourcentage des heures						

Lister les affectations de temps par des traits comme indiqué:

—— travaux liés à la stratégie de prévention du VIH

----- travaux non liés à la stratégie de prévention du VIH

FORMULAIRE C6 COÛTS DE FONCTIONNEMENT: FOURNITURES

Pays _____ Données sur les coûts collectées mensuellement _____
 Projet _____ Origine des données _____
 Niveau de projet _____ Année de Base choisie _____
 Monnaie locale _____

(1) Fournitures (liste)	(2) Financé par	(3) Quantité consommée (pertes et gaspillage inclus)	Coût unitaire		Coût		(% d'imputation) Coût		Coût Année de Base	
			(4) Fin.	(5) Ec.	(6) Fin. (3) x (4)	(7) Ec.	(8) Fin.	(9) Ec.	(10) Fin.	(11) Ec.
Total										

FORMULAIRE C7 COÛTS DE FONCTIONNEMENT: EXPLOITATION ET ENTRETIEN DES VEHICULES

Pays _____ Données sur les coûts collectées mensuellement _____
 Projet _____ Origine des données _____
 Niveau de projet _____ Année de Base choisie _____
 Monnaie locale _____

Fournitures (liste)	(2) Financé par	Coût		(% d'imputation) Coût			Année de Base	
		(4) Fin.	(5) Ec.	(6) Fin.	(7) Ec.	(8) Fin.	(9) Ec.	
sence/diesel								
brifiants								
tretien								
surance								
matriculation								
parations								
aces de rechange								
tal								

FORMULAIRE C8 COÛTS DE FONCTIONNEMENT: EXPLOITATION ET ENTRETIEN DES BATIMENTS

Pays _____ Données sur les coûts collectées mensuellement _____
 Projet _____ Origine des données _____
 Niveau de projet _____ Année de Base choisie _____
 Monnaie locale _____

(1) Services	Telephone/fax	Assurance	Entret./Répar. Divers	Divers
(2) Origine des fonds				
(3) Janvier				
(4) Février				
(5) Mars				
(6) Avril				
(7) Mai				
(8) Juin				
(9) Juillet				
(10) Août				
(11) Septembre				
(12) Octobre				
(13) Novembre				
(14) Décembre				
(15) Coût annuel				
(16) Coût annuel total				
(17) (% d'imputation) Coût				
(18) Coût Année de Base				

FORMULAIRE C10 COÛTS DE FONCTIONNEMENT: DIVERS

Pays _____ Données sur les coûts collectées mensuellement _____
 Projet _____ Origine des données _____
 Niveau de projet _____ Année de Base choisie _____
 Monnaie locale _____

(1) Apport (détail)	(2) Financé par	Coût annuel			(% d'imputation) Coût		Coût Année de Base	
		(3) Fin.	(4) Ec.	(5) Fin.	(6) Ec.	(7) Fin.	(8) Ec.	
TOTAL								

FORMULAIRE C11 RECouvreMENT DES COÛTS: COÛTS INCOMBANT AUX PARTICULIERS

Pays _____ Données sur les coûts collectées mensuellement _____
 Projet _____ Origine des données _____
 Niveau de projet _____ Année de Base choisie _____
 Monnaie locale _____

Type d'honoraires (préciser)				
Janvier				
Février				
Mars				
Avril				
Mai				
Juin				
Juillet				
Août				
Septembre				
Octobre				
Novembre				
Décembre				
Total annuel				
Total stratégie				
Valeur équivalente Année de Base				

FORMULAIRE D DONNEES SUR LE RENDEMENT ET LES RESULTATS

Pays _____

Projet _____

Rendement Année de Base _ _

Indicateurs	Unités	Quantité
Indicateurs des résultats du processus		
Indicateurs des résultats intermédiaires		

REFERENCES ET LECTURES COMPLÉMENTAIRES

MÉTHODES ET ORIENTATIONS POUR L'ÉVALUATION DU RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ

1. Sous la direction d'Andrew Creese & David Parker (1995) *Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires: manuel de formation à l'usage des responsables de programmes*. OMS Genève.
2. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford Medical Publications.
3. Gold M, Siegel J, Russell L, Weinstein W. (1996). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
4. Hanson K et Gilson L. (1993) *Cost, Resource Use and Financing Methodology for Basic Health Services*. Bamako Initiative Technical Report Series Number 16. UNICEF, New York.
5. Janowitz B et Bratt JH. (1994) *Methods for Costing Family Planning Services*. Fonds des Nations Unies pour la Population et Family Health International.
6. Over M. (1991) *Economics for Health Sector Analysis: concepts and cases*. Institut pour le développement économique de la Banque mondiale, Banque mondiale, Washington, DC.
7. Phillips M, Mills A et Dye C. (1993) *Guidelines for Cost-Effectiveness Analysis of Vector Control*. Secrétariat PEEM, Organisation mondiale de la Santé, Genève. WHO/CWS/93.4.
8. Rowley J et Anderson RM. (1994) *Modelling the Impact and Cost-effectiveness of HIV Prevention Efforts*. *AIDS* 8:539-548.
9. Organisation mondiale de la Santé. (1989) *EPICOST Software for Costing an Immunisation Programme*. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
10. Organisation mondiale de la Santé. (1988) *Estimating Costs for Cost-effectiveness Analysis: Guidelines for Managers of Diarrhoeal Diseases Control Programmes*. Organisation mondiale de la Santé, Genève. WHO/CDD/SER/88.3
11. Reynolds J et Gaspari KC. (1988) *Operations Research Methods: Cost Effectiveness Analysis*. PRICOR Monograph Series. Bethesda, Maryland.
12. Kumaranayake L (2000). " *The Real and the Nominal: making inflationary adjustments to cost and other economic data.*" *Health Policy and Planning*. 15(2):230-234.

STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU VIH – GENERALITES

13. Bertozzi SM. (1991) *Combating HIV in Africa: a role for economic research*. *AIDS* 5(Supp 1):S45-54.
14. Foster S et Lucas S. (1991) *Socio-economic Aspects of HIV and AIDS in Developing Countries*. PHP Departmental Publication No.3, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
15. ONUSIDA. (1998) *Analyse coût-efficacité et VIH/SIDA*. ONUSIDA Actualisation. Genève.
16. Kaplan EH et Brandeau ML. (1994) *AIDS policy modelling by example*. *AIDS* 8(Supp 1):S333-340.
17. Kahn JG. (1996) *The Cost-effectiveness of HIV Prevention Targeting: how much bang for the buck?* *American Journal of Public Health* 86(12):1709-12.
18. Mertens TE, Belsey E, Stoneburner R et al. (1995) *Global Estimates of HIV Infections and AIDS: further heterogeneity in spread and impact*. *AIDS* 9(Supp 1):S251-272.
19. Over M et Piot P. (1993) *HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases*. Dans: Jamison D et Mosley W et al. (eds) *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press pour la Banque mondiale, Washington, DC, 455-525.
20. *Population Reports*. (1989) *AIDS Education—a beginning*. Volume XVII, Numéro 3.
21. Söderlund N, Broomberg J, Lavis J et Mills A. (1993) *The Costs of HIV/AIDS Prevention Strategies in Developing Countries*. *Bulletin OMS* 71(5):595-604
22. Stoller EJ et Rutherford GW. (1989) *Evaluation of AIDS Prevention and Control Programmes*. *AIDS* 3(Supp 1):S289-296.
23. Watts C, Kumaranayake L, Vickerman P. (1999) *HIV Tools: a toolkit to estimate the impact and cost-effectiveness of HIV prevention strategies*, X1^e Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique. Lusaka. [Abrégé 13PT21-8].
24. Watts C et Goodman H. (1995) *Resource Allocation for HIV Prevention: report on a pilot study in Zambia*. Rapport à l'intention du Programme mondial de l'OMS sur le SIDA. Health Policy Unit, LSHTM.
25. Weinstein MC, Graham JD, Siegel JE et al. (1989) *Cost-effectiveness Analysis of AIDS Prevention Programs: concepts, complications and illustrations*. Dans: Turner CF. (ed) *AIDS, Sexual Behaviour and IVDU*. National Research Council, National Academy Press DC.

26. Wilson D. (1993) *HIV/AIDS and Development in Africa: prevention and coping strategies*. Banque Africaine pour le Développement, Symposium annuel 1993 sur le développement.
27. Banque mondiale. (1997) *Confronting Aids: public priorities in a global epidemic*. New York: Oxford University Press.
28. Organisation mondiale de la Santé. (1993) *Méthodes de prévention efficace contre le SIDA: rapport d'une réunion*. Organisation mondiale de la Santé. WHO/GPA/IDS/93.1.
29. Zwi AB et Cabral AJR. (1991) *Identifying 'High-risk Situations' for Preventing AIDS*. *BMJ* 303:1527-1529.
30. Holtgrave DR, Qualls NL, et Graham JD. (1996) *Economic Evaluation of HIV Prevention Programs*. *Annual Review Public Health* 1996; 17:467-88.
31. Lamptey PR, Munkolenkole CK et Weir SS (1997). *Prevention of Sexual Transmission of HIV in Sub-Saharan Africa: lessons learned*. *AIDS*: 11(suppl):S63-S78.
32. Boerma T et Bennett J. (1997). *Costs of District AIDS Programmes*. Dans *HIV Prevention and AIDS Care in Africa*. Eds Ng'weshemi J, Boerma T, Bennett J, et Schapink D. Amsterdam: Royal Tropical Institute.

DEPISTAGE SYSTEMATIQUE DE L'INFECTION A VIH DANS LE SANG

33. Beal R, Brunger E, Delaporte L, Deville L, Emmanuel J et al. (1992) *Safe Blood in Developing Countries—a report of the EEC's expert meeting*. Bruxelles: Groupe de travail de la CEE sur le SIDA.
34. Foster S et Buvé A. (1995) *Benefits of HIV Screening of Blood Transfusions in Zambia*. *Lancet* 346:225-227.
35. Kingman S. (1992) *The Cost of Clean Blood*. *New Scientist* 20-21, 5 septembre.
36. Laleman G, Magazani K, Perriens J et al. (1992) *Prevention of Blood-Borne HIV Transmission Using a Decentralised Approach in Shaba, Zaire*. *AIDS* 6(11):1353-1358.
37. Martin A. (1998) *Safe Blood and Blood Products: costing of blood transfusion services*. Organisation mondiale de la Santé, Genève. WHO/BLS/98.8.
38. Over M. (1991). *Costs and Effects of Blood Screening and Social Marketing of Condoms as Strategies for AIDS Prevention in Tanzania*. Document de travail pour une étude d'évaluation du secteur SIDA en République-Unie de Tanzanie.

39. Watson-Williams E, Fournel J, Sondag D et Fransen L. (1992) Annexe 8: 'Programme des politiques et stratégies de sécurité transfusionnelle de la CEE visant à lutter contre le SIDA dans les pays en développement *Safe Blood in Developing Countries—a report of the EEC's expert meeting*. Groupe de travail de la CEE sur le SIDA.
40. Watts C, Goodman H et Muyinda G. (1995) *Estimation of the Number of HIV Infections Averted by Blood Screening*. *Lancet* 346:783-84.
41. Organisation mondiale de la Santé. (1991) *Global Blood Safety Initiative – Report on the GBSI Informal Consultation on Costing of Blood Transfusion Services*. 28-31 octobre 1991. Organisation mondiale de la Santé, Genève.
42. Watson Williams EJ, Kataaha PK. (1990) *Revival of the Ugandan Blood Transfusion System 1989: an example of international cooperation*. *Transfus Sci* 11(2):179-84.
43. McFarland W, Kahn JG, Katzenstein DA, Mvere D, Shamu R. (1995) *Deferral of Blood Donors with Risk Factors for HIV Infection Saves Lives and Money in Zimbabwe*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* ; 9(2):183-92.
44. Spielberg FA, Kabeya CM, Quinn TC, et al. (1990). *Performance and Cost-effectiveness of a Dual Rapid Assay System for Screening and Confirmation of Human Immunodeficiency Virus Type 1 seropositivity*. *J-Clin-Microbiol* 1990; 28(2):303-6.
45. Van de Perre P, Diakhate L, Watson-Williams. (1997). *Prevention of Blood-borne Transmission of HIV*. *AIDS*: 11(suppl):S33-S42.

UTILISATION DES MEDIAS GRAND PUBLIC

46. McCombie S, Hornik R et Anarfi J. (1993) *Evaluation of a Media Campaign to Prevent AIDS Among Young People in Ghana*. Document de travail 1015. Centre for International Health and Development Communication, University of Pennsylvania, Etats-Unis (non publié).
47. Yoder P, Hornik R et Chirwa B. (1993) *Impact of a Radio Drama about AIDS in Zambia: a programme called Nshilakamona*. Document de travail 1013. Rapport d'évaluation finale. Centre for International Health and Development Communication, University of Pennsylvania, Etats-Unis (non publié).

EDUCATION VIH/SIDA DANS LES ECOLES

48. Baldo M. (1992) *Lessons Learned from Pilot Projets on School-based AIDS Education*. *AIDS Health Promotion Exchange* 2:14-15.
49. Kirby D, Short L, Collins J et al. (1994) *School-based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviours: a review of effectiveness*. *Public Health Reports* 109(3): 339-360.
50. Kumaranayake L, Watts C, Vickerman P, Del Amo J, Kwenthieu G, Nama, Cheta C. (1998) *Cost-effectiveness of a School Education Program for HIV Prevention: results from Cameroon*. X1^e Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Lusaka. [Abrégé 13DT2-2.]
51. Phillips M, Feachem R et Mills A. (1987) *Options for Diarrhoea Control: the cost and cost-effectiveness of selected interventions for the prevention of diarrhoea*. Publication EPC No 13 p. 96-99, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
52. Oakley. (1994) *Review of Effectiveness: HIV prevention and sexual health education interventions*. Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
53. Van Dam. 1992. *AIDS: Is Health Education the Answer ? Health Policy and Planning* 4(2):141-147.
54. Youri P. (ed) (1994) *Female Adolescent Health and Sexuality in Kenyan Secondary Schools: a survey report*. AMREF, Kenya.

MARKETING SOCIAL DES PRESERVATIFS

55. Cisek C et Maher S. (1992) *Maximising Self-sufficiency in MSP Projet Design: Fourth Generation Social Marketing*. SOMARC Occasional Paper No 17.
56. Goodman H, Watts C, Olson D, Msiska R, Muleya D, Mills A et Mertens T. (1995) *What Can We Learn about the Costs and Outputs of Condom Social Marketing?* Document présenté lors de la IX^e Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Kampala, Ouganda, 10-14 décembre 1995.
57. Harvey P. (1994) *The Impact of Condom Prices on Sales in Social Marketing Programs*. *Studies in Family Planning* 25(1):52-58.
58. Kyungu Momat E. Sans date. *Condom Social Marketing, Mass Media and Condom Use in Zaire*. Population Services International, Conakry, Guinée (non publié).
59. Population Services International. (1993) *Increasing Condom Use for AIDS Prevention in Africa*. Préparé pour la Coalition mondiale contre le SIDA par les PSI, Washington, DC (non publié).

60. Stallworthy G, Meekers D. (1998) *Analysis of Unit Costs in 23 Condom Social Marketing Programs, 1990-1996*. XII^e Conférence internationale sur le SIDA, Genève. [Abrégé 467/44240]
61. Stover J et Heaton L. (1997) *The Costs of Contraceptive Social Marketing Programs Implemented Through the SOMARC Projet*. SOMARC/Futures Group.

TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

62. Adler M, Foster S, Grosskurth H, Richens J, et Slavin H. (1998) *Sexual Health and Care: Sexually Transmitted Infections. Guidelines for Prevention and Treatment*. Health and Population Occasional Paper: Département pour le développement international.
63. Costello Daly C, Franco L, Chilongozi et Dallabetta G. (1998) *A Cost Comparison of Approaches to Sexually Transmitted Disease Treatment in Malawi*. *Health Policy and Planning* 13(1):87-93.
64. Forsythe S, Minja-Trupin C et Outwater A. (1992) *Estimating the Costs of Training, Quality Control, Research and Operation of STD Workplace Clinics in Dar Es Salaam, Tanzania*. AIDSTECH/Family Health International/AMREF (non publié).
65. Gilson L, Mkanje R, Grosskurth H, Moshia F, Picard J, Gavyole A, Todd J, Mayaud P, Swai R, Franssen L, Mabey D, Mills A et Hayes R. (1997) *Cost-effectiveness of Improved Treatment Services for Sexually Transmitted Diseases in Preventing HIV-1 Infection in Mwanza Region, Tanzania*. *Lancet* 350:1805-1809.
66. Grosskurth H et al. (1995) *Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: randomised controlled trial*. *Lancet* 346:530-536.
67. Moses S, Plummer F, Ngugi E et al. (1991) *Controlling HIV in Africa: effectiveness and cost of an intervention in a high-frequency STD transmitter core group*. *AIDS* 5:407-411.
68. Thompson A, Soga G et Githens W. (1992) *Estimating the Costs of an AIDS Education, Condom Distribution and STD/HIV Testing Intervention in Niamey, Niger*. AIDSTECH/Family Health International (non publié).
69. Forsythe S, Mangkalopakorn C, Chitwarakorn A, Masvichian N. (1998) *Cost of Providing Sexually Transmitted Disease Services in Bangkok*. *AIDS* 12 Suppl 2:S73-80.
70. La Ruche G, Lorougnon F, Digbeu N. (1995). *Therapeutic Algorithms for the Management of Sexually Transmitted Diseases at the Peripheral Level in Côte*

Références et lectures complémentaires

d'Ivoire: assessment of efficacy and cost. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*; 73(3):305-13.

71. Van der Veen FH, Ndoye I, Guindo S, Deschamphelire I, Franssen L. (1994). *Management of STD and Cost of Treatment in Primary Health Care Centres in Pikine, Senegal. International Journal of STD and AIDS*. 5(4):262-7.

EDUCATION DES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE PAR LES PAIRS

72. Forsythe S, Mahabir B, Nurse L et al. (1992) *Estimating the Costs of Trinidad's AIDS Education and Condom Distribution Program*. AIDSTECH/Family Health International (non publié).
73. Forsythe S, Simon L, Israel A et al. (1992) *Antigua High-risk Intervention: estimating the costs of Antigua's health education and condom distribution program*. AIDSTECH/Family Health International (non publié).
74. Kumaranayake L. (1996) *Cost Analysis: Commercial Sex Worker Peer Education Strategy—Report of the Field Study in Cameroon*. Health Policy Unit, LSHTM.
75. Kumaranayake L, Mangtani P, Boupda-Kuate A, Fomena Abada JC, Cheta C, Njournemi Z et Watts C. (1998) *Cost-effectiveness of a HIV/AIDS Peer Education Programme among Commercial Sex Workers: Results from Cameroon*. 12^e Conférence internationale sur le SIDA, Genève. [Abrégé 578/33592]
76. Moses S, Plummer F, Ngugi E et al. (1991) *Controlling HIV in Africa: effectiveness and cost of an intervention in a high-frequency STD transmitter core group*. *AIDS* 5:407-411.
77. Ngugi E, Plummer F, Simonsen J et al. (1988) *Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Africa: effectiveness of condom promotion and health education among prostitutes*. *Lancet* 2:887-890.
78. Thompson A, Soga G and Githens W. (1992) *Estimating the Costs of an AIDS Education, Condom Distribution and STD/HIV Testing Intervention in Niamey, Niger*. AIDSTECH/Family Health International (non publié).
79. Wong R. (1992) *Cost Recovery and Recurrent Costs of the High-risk Intervention Project in Santo Domingo, Dominican Republic*. AIDSTECH (non publié).
80. Wong R. (1992) *Cost-effectiveness and Cost Recovery of the High-risk Intervention Project in Puerto Plata, Dominican Republic*. AIDSTECH (non publié).

81. Wilson D, Sibanda B, Mboyi L, Msimonga S, et Dube G. (1990) *A Pilot Study for an HIV Prevention Programme among Commercial Sex Workers in Bulawayo, Zimbabwe. Social Science and Medicine* 31(5): 609-18.

CONSEIL ET TEST VOLONTAIRES

82. Allen S, Serufilira A, Bogaerts J et al. (1992) *Confidential HIV Testing and Condom Promotion in Africa: impact on HIV and gonorrhoea rates. JAMA* 268: 3338-43
83. Chrystie IL et al. (1995) *Is HIV Testing in Antenatal Clinics Worthwhile? Can we afford it? AIDS Care* 7(2): 135-142.
84. De Zoysa I, Phillips KA, Kamenga, MC et al. (1995) *Role of HIV Counselling and Testing in Changing Risk Behaviour in Developing Countries. AIDS* 9 (Supp A): S95-101.
85. Higgins DL, Galavotti G, O'Reilly KR et al. (1991) *Evidence for Effects of HIV Antibody Counselling and Testing on Risk Behaviours. JAMA* 266: 2419-29.
86. Kamenga M, Ryder RW, Jingu M et al. (1991) *Evidence of Marked Behaviour Change Associated with Low HIV Sero-conversion in 149 Married Couples with Discordant HIV Sero-status: experience at an HIV counselling centre in Zaire. AIDS* 5: 61-7.
87. Moore M, Tukwasiibwe E, Marum E et al. (1993) *Impact of HIV Counselling and Testing in Uganda. IX^e Conférence internationale sur le VIH/SIDA Conférence mondiale sur les MST, Berlin, Juin 1993 [Abrégé WSC 16-4].*
88. Tamashiro H et al. (1993) *Reducing the Cost of HIV Antibody Testing. Lancet* 342: 87-90.
89. Temmerman M, Ndinya-Achola J, Ambani J et al. (1995) *The Right Not to Know HIV Test Results. Lancet* 345: 969-70.
90. Organisation mondiale de la Santé. (1993) *Déclaration de la Consultation sur le dépistage de l'infection à VIH et le conseil. WHO/GPA/INF/93.2.*
91. Aisu T, Raviglione MC, van Praag E et al. (1995). *Preventive Chemotherapy for HIV-Associated Tuberculosis in Uganda: an operational assessment at a voluntary counselling and testing centre. AIDS* 9:267-273.
92. Cartoux M, Meda N, Van de Perre P, Newell ML, de Vincenzi I, Dabis F. (1998) *Acceptability of Voluntary HIV Testing by Pregnant Women in Developing Countries: an international survey—Groupe de travail international de Gand sur la transmission mère-enfant du VIH. AIDS* 12:489-93

Références et lectures complémentaires

93. Simpson WM, Johnstone FD, Goldberg DF, Gormley SM, Hart GJ. (1999). *Antenatal HIV Testing: assessment of a routine voluntary approach. British Medical Journal*, 318:1660-1661.
94. Wilkinson D, Wilkinson N, Lombard C, Martin D, Smith A, Floyd K, et Ballard R. (1997). *On-site HIV Testing in Resource-poor Settings: is one rapid test enough? AIDS* 11:377-381.
95. Importance des tests simples/rapides pour la recherche du VIH: Recommandations de l'OMS. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 73(42): 321-328.
96. McKenna S et al. (1997). *Rapid HIV Testing and Counselling for Voluntary Testing Centers in Africa. AIDS* 11(Suppl 1):S103-S110.
97. Killewo JZJ et al. (1998). *Acceptability of Voluntary HIV Testing with Counselling in a Rural Village in Kagera, Tanzania. AIDS Care* 10(4):431-439.
98. Sweat M, Sangiwa G, Balmer D. (1998). *HIV Counselling and Testing in Tanzania and Kenya is Cost-effective: Résultats de l'étude sur le conseil et le test volontaires du VIH. 12^e Conférence internationale sur le SIDA, Genève: [Abrégé 580/33277].*
99. Alwano-Edyegu M et Marum E. (2000). *Savoir, c'est pouvoir. le conseil et le test VIH volontaires en Ouganda. Genève. ONUSIDA.*
100. Campbell CH, Marum E, Alwano-Edyegu et al. (1997). *The role of HIV counselling and testing in the developing world. AIDS Education and Prevention* 9(suppl B):92-104.
101. Downing RG, Otten RA, Marum E et al (1998). *Optimising the delivery of HIV Counselling and Testing Services: the Uganda experience using rapid HIV antibody test algorithms. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology* 18:384-388.
102. Sangiwa G, Balmer D, Furlonge C et al (1998). *Voluntary HIV Counselling and Testing (VCT) Reduces Risk Behaviour in Developing Countries: Résultats de l'étude multisite d'efficacité du conseil et du test volontaires. 12^e Conférence internationale sur le VIH/SIDA. [Abrégé 33269].*
103. Bentley ME et al. (1998). *HIV Testing and Counselling among Men Attending Sexually Transmitted Disease Clinics in Pune, India: Changements sur le long terme en matière d'utilisation des préservatifs et des comportements sexuels. AIDS* 12:1869-1877.
104. Kamb ML et al (1998). *Efficacy of Risk-reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases. JAMA* 280:1161-1167.

**MESURES DE PREVENTION PARMIS LES CONSOMMATEURS
DE DROGUES INJECTABLES**

105. Ball AL, Rana S, et Dehne KL. (1998). *HIV Prevention among Injecting Drug Users: Responses in Developing and Transitional Countries. Public Health Reports* 113(Suppl 1): S170-S181.
106. McCoy CB, Metsch LR, Chitwood DD, Shapshak P et Comerford ST. (1998). *Parenteral Transmission of HIV among Injection Drug Users: Evaluation de la fréquence d'utilisation par plusieurs personnes des aiguilles, seringues, réchauds, cotons et de l'eau. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18(Suppl 1): S25-S29.
107. Koester S. (1998). *Following the Blood: Syringe Reuse Leads to Blood-Borne Virus Transmission among Injection Drug Users. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18(Suppl 1): S139.
108. Needle RH, Coyle SL, Norman J, Lambert E et Cesari H. (1998). *HIV Prevention with Drug-using Populations—current status and future prospects: Introduction et vue d'ensemble. Public Health Reports* 113(Suppl 1): 4-30.
109. Jones TS et Vlahov D. (1998). *Use of Sterile Syringes and Aseptic Drug Preparation are Important Components of HIV Prevention Among Injection Drug Users. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18(Suppl 1): S1-S5.
110. Holtgrave DR, Pinkerton DS, Jones TS, Lurie P, et Vlahov. (1998). *Cost and Cost-effectiveness of Increasing Access to Sterile Syringes and Needles as an HIV Prevention Intervention in the United States. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18(Suppl 1): S133-S138.
111. Des Jarlais DC et Friedman SR. (1998). *Fifteen years of Research on Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users: What we have learned, what we have not learned, what we have done, what have we not done. Public Health Reports* 113(Suppl 1): S182-S204.
112. Hurley SF, Jolley DJ et Kaldor JM. (1997). *Effectiveness of Needle-exchange Programmes for Prevention of HIV Infection. Lancet* 349:1797-1800.
113. Strathdee SA, van Ameijden EJC, Mesquita F, Wodak A, Rana S et Vlahov D. (1998). *Can HIV Epidemics among Injections Drug Users Be Prevented ? AIDS* 12(Suppl A): S71-S79.
114. Vlahov D et Junge B. (1998) *The Role of Needle Exchange Programs in HIV Prevention. Public Health Reports* 113 (Suppl 1): S75-S80.

Références et lectures complémentaires

115. Kumar MS, Mudaliar S et Daniels D. (1998). *Community-based Outreach HIV Intervention for Street-recruited Drug Users in Madras, India*. *Public Health Reports* 113(Suppl 1): 58-66.
116. Kumaranayake L, Walker D. (1999). *Costing guidelines for HIV/AIDS Prevention Strategies among Injecting Drug User Populations*. Health Economics and Financing Programme, LSHTM.
117. Lurie P, Gorsky R, Jones S et Shomphe L. (1998). *An Economic Analysis of Needle Exchange and Pharmacy-based Programs to Increase Sterile Syringe Availability for Injection Drug Users*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18(Suppl 1): S126-S132
118. Panda S, Chatterjee A, Bhattacharjee S, Ray B, Saha MK et Bhattacharya SK. (1998). *HIV, Hepatitis B and Sexual Practices in the Street-recruited Injecting Drug Users of Calcutta: risk perception versus observed risks*. *International Journal of STD and AIDS* 9: 214-218.
119. Walker D, Kumaranayake L, Zviagin V, Samoshkin S, Romantsov V. (2000) *Cost Analysis of a Harm Reduction Programme in Svetlogorsk, Belarus*. Health Policy Unit, LSHTM.
120. Walker D, Vickerman P, Kumaranayake L, Zviagin V, Samoshkin S, Romantsov V, Watts, C. (2000) *Responding to HIV/AIDS in Belarus: the importance of early intervention*. *Eurohealth* 6(1):1-3.
121. Kumaranayake L, Watts C, Walker D, Vickerman P, Zviagin V, Samoshkin S, Romantsov V. (2000). *Cost-effectiveness of HIV Preventive Measures among Injecting Drug Users in Svetlogorsk, Belarus*. Health Policy Unit, LSHTM.

**PREVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT
(TRANSMISSION VERTICALE)**

122. Groupe de travail sur la transmission mère-enfant du VIH (1995). *Rates of Mother-to-infant-transmission of HIV-1 in Africa, America, and Europe: results from 13 perinatal studies*. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 8:506-10.
123. Connor E, Sperling R, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan M. (1994). *Reduction of Maternal-infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment*. *New England Journal of Medicine* 333:1173-80
124. CDC (1998). *Administration of Zidovudine during Late Pregnancy and Delivery to Prevent Perinatal HIV Transmission—Thailand 1996-1998*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 47:151-54.

125. Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, Bhadrakom C, Siriwasin W, Young NL, Chotpitayasunondh T, Chearskul S, Roongpisuthipong A, Chinayon P, Karon J, Mastro TD, Simonds RJ. (1999). *Short-course Zidovudine for Perinatal HIV-1 Transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. Lancet* 353(9155):773-80.
120. Dabis F, Msellati P, Meda N, Welffens-Ekra C, You B, Manigart, Leroy V, Simonon A, Cartoux M, Combe P, Ouangre A, Ramon R, Ky-Zerbo O, Montcho C, Salamon R, Rouzioux C, Van de Perre P, Mandelbrot L. (1999). *Six-month Efficacy, Tolerance, Acceptability of a Short Regimen of Oral Zidovudine to Reduce Vertical Transmission of HIV in Breastfed Children in Côte d'Ivoire and Burkina-Faso: a double-blind placebo-controlled multi-centre trial. Lancet* 353:786-792.
126. Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C, Sherman J, Bakaki P, Ducar C, Deseyve M, Emel L, Mirochnick M, Fowler MG, Mofenson L, Miotti P, Dransfield K, Bray D, Mmiro F, Jackson JB. (1999). *Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. Lancet* 354:795-802.
127. Dunn D, Newell M-L, Ades A, Peckham C. (1992) *Risk of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Transmission through Breast-feeding. Lancet* 340:585-8
128. Coutoudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L, Coovadia HM. (1999). *Influence of Infant-feeding Patterns on Early Mother-to-child Transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. Lancet* 354:471-476.
129. Newell ML. (1999). *Infant Feeding and HIV-1 Transmission. Lancet* 354:442-443.
130. Wiktor SZ, Ekpini E, Nduati RW. (1997). *Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV-1 in Africa. AIDS*, 11(suppl B) S79-S87.
131. Kennedy KI, Fortnery KA, Bonhomme MG, Potts M, Lamptey P. et Carswell W. (1990) *Do the Benefits of Breastfeeding Outweigh the Risk of Postnatal Transmission of HIV via Breastmilk ? Tropical Doctor* Janvier 25-29.
132. Mansergh G, Haddix AC, Steketee RW, Nieburg PI, Hu DJ, Simonds RJ et Rogers M. (1996) *Cost-effectiveness of Short-Course Zidovudine to Prevent Perinatal HIV Type 1 Infection in a Sub-Saharan African Developing Country Setting. JAMA* 276(2): 139-145.
133. Marseille E, Kahn JG et Saba J. (1998) *Cost-effectiveness of Antiviral Drug Therapy to Reduce Mother-to-child HIV Transmission in Sub-Saharan Africa. AIDS* 12(8): 939-948.

Références et lectures complémentaires

134. Soderlund N, Zwi K, Kinghorn, Gray G. (1999). *Prevention of Vertical Transmission of HIV: analysis of cost effectiveness options available in South Africa. British Medical Journal* 318: 1650-1655.
135. Marseille E, Kahn JG, Mmiro F, Guay L, Musoke P, Fowler MG, Jackson JB. (1999). *Cost-effectiveness of Single-dose Nevirapine Regimen for Mothers and Babies to Decrease Vertical HIV-1 Transmission in Sub-Saharan Africa. Lancet*, 354:803-809.
136. Wilkinson D, Floyd K et Gilks CF. (1998) *Antiretroviral Drugs as a Public Health Intervention for Pregnant HIV-infected Women in Rural South Africa: an issue of cost-effectiveness and capacity. AIDS*, 12:1675-1682.
137. Wiktor SZ, Ekpini E, Karon JM, Nkengasong J, Maurice C, Severin ST, Roels TH, Kouassi MK, Lackritz EM, Coulibaly IM, Greenberg AE. (1999). *Short-course Oral Zidovudine for Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial. Lancet* 353:781-785.

MICROBICIDES ET METHODES CONTROLEES PAR LES FEMMES

138. Elias CJ, et Heise LL. (1994) *Challenges for the Development of Female-controlled Vaginal Microbicides. AIDS* 8: 1-9.
139. Elias CJ et Heise LL. (1993) *The Development of Microbicides: a new method of HIV prevention for women* Population Council, document de travail.
140. Elias CJ et Coggins C. (1996) *Female-controlled Methods to Prevent Sexual Transmission of HIV. AIDS* 10(suppl) 3: S43-S51

VACCINS

141. Cowley P. (1993) *Preliminary Cost-effectiveness Analysis of an AIDS Vaccine in Abidjan, Côte d'Ivoire. Health Policy* 24: 145-153
142. Esparza J et al. (1999) *AIDS Vaccine Research in Asia: needs and opportunities. AIDS* 13(11): 1-13

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de sept organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de sept organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts et dans tous les domaines – médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

Le secteur de la prévention du VIH souffre actuellement de lacunes flagrantes dans les domaines de l'évaluation et de l'analyse des coûts. Or, l'analyse des coûts est un outil qui peut fournir un aperçu utile du fonctionnement des projets et constitue également une composante clé de l'analyse du rapport coût-efficacité, car elle peut aider les administrateurs de projets à décider de la manière la plus appropriée de mettre en place une stratégie donnée. Elle peut également jouer un rôle important dans l'étude des questions d'équité et de ciblage, qui sont récemment passées au premier plan des débats concernant les politiques.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

ONUSIDA – 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 – Suisse

Tél. (+41 22) 791 46 51 – Fax (+41 22) 791 41 87

Courrier électronique: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

\$ 10.00