Genève, Suisse

Formulaire de demande de financement Période d'allocation 2020-2022

Se reporter aux Instructions relatives à « l'examen complet » pour remplir ce formulaire.

Résumé

Pays	CÔTE D'IVOIRE
Composante(s)	PALUDISME/RSS
Date de début prévu de la ou des subvention(s)	01/01/2021
Date de fin prévue de la ou des subvention(s)	31/12/2023
Récipiendaire(s) principal(ux)	PNLP et SAVE THE CHILDREN
Devise	EURO
Montant de la demande de financement dans les limites de l'allocation	135,349,594
Montant de la demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée[1]	8,567,693
Montant de la demande de fonds de contrepartie[2] (le cas échéant)	

Le Fonds mondial

Examen complet

[1] Les demandes hiérarchisées de financement au-delà de la somme allouée ne peuvent être déposées que conjointement avec la demande de financement. Pour élaborer une demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée, remplir le document-type au format Excel qui sera transmis par le Secrétariat du Fonds mondial.
[2] Cette section ne concerne que les candidats dont la lettre d'allocation indique que des fonds de contrepartie leur ont été assignés.

Section 1 : Contexte lié à la demande de financement

Pour répondre aux questions ci-dessous, se reporter aux *Instructions* et au(x) **tableau(x) des données essentielles**.

1.1 Principaux documents de référence concernant le contexte du pays

Énumérer les principaux documents de référence cités dans la présente demande de financement qui fournissent des informations contextuelles transversales et propres aux maladies concernant le pays. Les *Instructions* contiennent une liste des types de documents pouvant être utilisés.

Document de référence	Référence du lien/de la pièce jointe	Section(s) ou numéro(s) de page correspondants
Base de données carte sanitaire 2020	Reference 3	Confère document
RASS 2018	Reference 4 Reference 7	Page 19 Page 21
Cartographie des formations sanitaires et modélisation de l'accessibilité géographique à ces services en Côte d'Ivoire, 2020, DIIS	Reference 5 Reference 6	Page 11 Confère document
Profil géographique de la Côte d'Ivoire	Reference 8	Confère document
Rapport enquête SARA Côte d'Ivoire 2016	Reference 9	Page 17 et Page 20
Plan Stratégique RHS 2018-2020	Reference 10	page 7
Enquête MICS_2016	Reference 11 Reference 26 Reference 50	Pages 15, 17et 18 Pages 15, 17et 18 Cf document
Rapport évaluation post campagne 2017 – 2018	Reference 12 Reference 27	Pages 107 et115 Pages 107 et115
Rapport PNLP 2019	Reference 13 Reference 21	Page 15 Page 15
Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme, Cote d'Ivoire 2018.	Reference 14 Reference 25 Reference 48 Reference 51	Page 14 Cf document Cf document Cf document
Houngbédji et al. 2016	Reference 15	Page 1
Koffi et al. 2009	Reference 16	Page 17
Enquête de prévalence parasitaire et de l'anémie 2016 (EPPA CI)	Reference 17	Page 14
Rapport PNLP 2018.	Référence 18 Reference 24	Page 15 Page 15
Rapport études entomologiques, GSA 2019	Reference 19 Reference 33	Pages 15 et 22

Plan Stratégique National de la Santé communautaire 2017-2021	Référence 20	Cf document
Plan Stratégique National 2016-2020 de lutte contre le paludisme	Reference 22	Cf document
PUDR 2019	Reference 23	cf fichier
Rapport Stratification MILDA p.17	Reference 28	Pages 3 ;4 ;5 ;6 ;7 ;8 ;9 et10
Cartographie des ASC, 2017	Reference 29	page 12
Liste de présence - participants Dialogue Communautaire	Reference 31	Cf Document
Modèle de stratification des interventions CIV PSN 2031-2025	Reference 32	Cf fichier
Rapport études entomologiques Vector link 2019.	Reference 34	Pages 10, 11,12 et 13
Revue PNDS 2016-2020	Reference 35 Reference 36 Reference 43	page 18 page 34 page 86
Rapport d'évaluation de la performance du SISR avec les outils PRISM, Septembre 2018,	Reference 30 Reference 37 Reference 39	Page 28 Page 62
Rapport d'évaluation de la performance du SISR avec les outils PRISM, Septembre 2012,	Référence 38 Référence 40	Page 11 Page 11
Evaluation de la Chaîne d'Approvisionnement : NSCA 2015 Page XIII, 45-46	Référence 41	Page 45-46
Analyse situationnelle de la chaine d'approvisionnement en Côte d'Ivoire, Programme Integrated Health Supply Chain Technical Assistance (IHSC-TA), USAID, 2018	Reference 42 Reference 52	Confère document Cf document
Dossier d'Investissement 2020-2023 CI	Référence 44	Page 30
Priorisation des modules et interventions	Reference 45	Pages 1 et 2
PSN Paludisme 2021-2025_Version Finale	Reference 46	Cf document
Nouvelles directives de PEC	Reference 47	cf fichier
Revue de performance du programme 2016-2020	Reference 49	Cf document
Arreté N°134_MSLS-CAB 200315	Reference 53	Cf arrêté
Inventaire 2019_UCP-FM, PNLP, PNLT, PNLS, DIIS--	Reference 54	Cf document

Tableau de repartition des ASC et PMA	Reference 55	Cf document
BILAN 2019 RSS-NFM2	Reference 56	Cf Document Powerpoint
Lettre de remerciement Fonds mondial au Premier Ministre.pdf	Reference 57	Cf lettre
Rapport Final_Enquete_ABC_2019	Reference 58	Cf document
Rapport EUV 2019	Reference 59	Cf document

Annexes	Numéro	Observation
Tableau(x) de lacunes programmatique	Annexe 1	Ok
Tableau(x) du paysage de financement	Annexe 2	Ok
Cadre de résultats	Annexe3	Ok
Budget	Annexe4	Ok
Demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée	Annexe5	Transmis
Cartographie des modalités de mise en œuvre	Annexe6	Ok
Tableau des données essentielles	Annexe7	Ok
Liste des produits de santé	Annexe8	Ok
Approbation de la demande de financement par l'ICN	Annexe9	Transmis
Déclaration de conformité de l'ICN	Annexe10	Transmis
Pièces justificatives confirmant que les exigences de cofinancement ont été remplies pour la période d'allocation actuelle	Annexe11	
Pièces justificatives relatives aux engagements de cofinancement pris au titre de la prochaine période d'allocation	Annexe12	
Plans stratégiques nationaux (relatifs au secteur de la santé et propres aux différentes maladies)	Annexe 13	Ok
Cartographie des financement RSS	Annexe 14	Ok
Document projet de la demande de financement RSS/NFM3	Annexe 15	Ok
Liste des abréviations	Annexe 16	Ok
Liste des annexes	Annexe 17	Ok
Carte de modélisation d'accessibilité et de couverture des FS	Annexe 20, Annexe 21, Annexe 22 Annexe 23 Annexe 24	Ok
RAPPORT ANNUEL 2019_Observatoire Plateforme des réseaux	Annexe 25	Ok

Genève, Suisse

1.2 Résumé du contexte du pays

Présenter les éléments cruciaux du **contexte du pays** qui ont servi à élaborer la présente demande de financement.
Les points suivants doivent être traités dans la réponse :

- le contexte épidémiologique et d'autres informations pertinentes relatives à la maladie ;
- des informations sur le système de santé spécialisé dans la maladie et le système de santé en général, ainsi que sur les liens qui existent entre eux ;
- les populations-clés et/ou vulnérables concernées ;
- les inégalités et les obstacles liés aux droits humains, au genre et à l'âge qui entravent l'accès aux services ;
- les inégalités et les obstacles socioéconomiques, géographiques et autres qui entravent l'accès aux services de santé ;
- l'engagement et les ripostes communautaires ;
- le rôle du secteur privé.

Genève, Suisse

Se référer aux informations contenues dans les principaux documents de référence énumérés à la **section 1.1**.

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec un versant administratif et un versant offre de soins.

- **Le versant administratif comprend 3 niveaux :**
- **Le niveau central** avec le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux, les Programmes de santé, chargés de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé ;
- **Le niveau intermédiaire** composé de 33 Directions Régionales de la Santé, contre 20 en 2015 qui ont une mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- **Le niveau périphérique** composé de 113 Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires contre 83 en 2015 qui sont chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire, unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires.

- **Le versant offre de soins est composé du secteur public et du secteur privé.**

- **Le secteur public est organisé en trois niveaux :**
- Le niveau primaire ou périphérique représenté par 2 489[3] Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) dont 71,11% pour les établissements ruraux publics, 25,8% pour les établissements urbains publics et 2,7% pour les établissements privés confessionnels. Le ratio national est de 1 ESPC pour 10 164 habitants[4]. Le Paquet Minimum d'Activité des centres de santé est composé : **(i)** des soins curatifs organisés de façon rationnel par l'utilisation d'ordinogrammes et de médicaments essentiels et par l'organisation d'un système de référence systématique à l'hôpital lorsqu'un cas requiert un niveau technique plus élevé, **(ii)** des soins et le suivi actif des malades chroniques (tuberculeux, lépreux, séropositifs VIH, diabétiques, hypertendus, …), **(iii)** des soins préventifs avec suivi actif des groupes à haut risque (femmes en âge de procréer, femmes enceintes, enfants, ...), **(iv)** les activités promotionnelles (eau, assainissement), (v) le dialogue et la participation des communautés à tous les niveaux (COGES, information et communication en faveur de la santé, ...).
- Le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, composé de 68 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké). Il s'agit ici des niveaux de référence. Le 1er niveau pour les hôpitaux généraux et le 2ème niveau pour les hôpitaux régionaux.
- Le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, est essentiellement composé d'établissements de 5 centres Hospitaliers Universitaires et de 9 Instituts Nationaux Spécialisés dont le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)et la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP).

Au niveau national, les pourcentages de la population se trouvant à moins d'une heure (transport motorisé) d'un établissement de santé (par niveau) sont respectivement de 96,85% pour le secteur primaire, 87,64% pour le secondaire et de 28,17% pour le tertiaire[5].

Par ailleurs, on observe les mêmes proportions pour l'accès aux services de prise en charge de paludisme simple et de paludisme grave.

[3] Base de donnée carte sanitaire 2020
[4] RASS 2018, page 19
[5] Modélisation Accessmod, page 11

A la marche, cette accessibilité à 1heure (à pied) est de 64,31% pour le niveau primaire, 23,72% pour le niveau secondaire et de 2,97% pour le niveau tertiaire.

Malgré cet important dispositif de soins, 33% de la population vit à plus de 5 km d'un établissement de santé.

Par ailleurs, le pourcentage de la population se trouvant à moins d'une heure (à pied) d'un établissement de santé qui offre les services PEC du paludisme est de 65,09% pour le paludisme simple (donc 35% à >1hr à pied) et de 27,08%[6] pour le paludisme grave.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, toutes les 33 régions, les 113 districts, les 87 hôpitaux de référence et les 2489 ESPC prennent en charge le paludisme en ce qui concerne le diagnostic et le traitement. Par ailleurs, 27 CAT et 307 CDT et 507 CT répartis dans chacune des 33 régions assurent la prise en charge des patients TB. En ce qui concerne le VIH, 2174 Centres de Traitement adultes et enfants assurent la prise en charge. On note aussi que 94% des femmes enceintes sont vues en CPN pour la PTME dans les structures publiques. (Revue du PSN VIH).

Depuis 2017, dans le cadre de la lutte contre le paludisme, il a été mis à échelle, les interventions de stratégies avancées par les ECD (74 DDS) pour les services de PEC des populations et l'iCCM pour les enfants de moins de 5 ans par les ASC sous la supervision des IDE/SFDE. Pour la tuberculose, un plan de décentralisation de l'offre de soins est en cours de mise en œuvre depuis le NFM1. Malgré la disponibilité des services de soins pour la PEC des maladies, l'utilisation des services reste à 47% (RASS 2018)[7].

L'amélioration de la PEC des cas morbides vus en consultations de manière générale et spécifiquement sur les 3 maladies, est fortement dépendante de : (i) l'amélioration de la qualité des services offerts (ii) du renforcement du lien entre les formations sanitaires, les organisations communautaires et les ASC.

Ce système bien que performant pour la PEC des trois maladies nécessite un renforcement des acteurs pour améliorer la qualité des prestations à travers : (i) le renforcement des capacités sur les nouvelles directives VIH/SIDA, tuberculose et paludisme, (ii) le coaching sur site des acteurs sur la qualité des données cliniques et logistique (iii) la mise à disposition des médicaments jusqu'au dernier kilomètre.

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (19 polycliniques, 136 cliniques, centres et cabinets médicaux, infirmeries privées) s'insérant parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Le secteur sanitaire privé comprend également 463 structures de santé relevant d'entreprises commerciales et /ou industrielles. Le partenariat pour la lutte contre le paludisme est effectif avec 100 entreprises affiliées à la CECI et 60 structures privées lucratives de l'ACPCI. Dans le cadre de l'extension, 250 cliniques devraient être recrutées. A la fin de 2019 seules 43 nouvelles cliniques privées ont pu être enrôlées. Avec la tuberculose, un projet pilote est en cours avec 10 cliniques pour le diagnostic et la mise sous traitement. A ce jour, 15 entreprises privées ont intégré la lutte contre la tuberculose en leur sein. Le partenariat avec le PNLS qui concernait 150 cliniques pour la période 2016-2019 a permis de mettre sous traitement 6500 PVVIH. Environ 2% des femmes sont vues en PTME au niveau du privé comparativement aux 94% observés dans les ESPC. Il est donc nécessaire de renforcer la lutte contre les trois maladies dans le secteur privé.

A ce secteur, il faut adjoindre la Médecine traditionnelle dont l'exercice et l'organisation est réglementée par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles par le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016. Dans le cadre de

[6] Modélisation Acces mode
[7] RASS 2018

la lutte contre le paludisme, les praticiens de médecine traditionnelle assureront la sensibilisation et la référence des cas.

Selon l'enquête l'ENV 2015, le taux de morbidité élevé dans la population en général est lié à plusieurs déterminants ou facteurs, qui agissent directement ou indirectement sur la santé des populations. Il s'agit notamment : (i) du manque d'hygiène en milieu de vie, (ii) de l'insuffisance d'assainissement, ainsi que de l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable et de la précarité des habitats, (iii) du faible niveau d'instruction de la population, des croyances et pratiques ancestrales, et du faible taux d'alphabétisation (45,0% au niveau national, avec des taux de 51,2% à Abidjan, 42,9% dans les autres villes et 25,6% en milieu rural), (iv) du faible niveau de revenu de la population (près de 46% des Ivoiriens vivaient encore avec moins de 750 francs CFA par jour soit environ 1,3 dollars), (v) de la faible couverture du risque financier lié à la maladie et la précarité de l'emploi, (vi) des difficultés d'accès aux services de santé, et de l'insuffisance de la qualité des services et du continuum de soins dans la communauté, qui représente également un facteur important à prendre en compte.

Les inégalités ne sont pas seulement économiques mais aussi géographiques[8]. Les pauvres sont plus nombreux en zone rurale (56,8 %) qu'en milieu urbain (35,9 % dont 22,7 % à Abidjan). Par ailleurs, le nord et le nord-ouest du pays sont plus pauvres (plus de 60 %) que le littoral et le sud-ouest (moins de 40 %).

Par ailleurs, moins de la moitié des établissements sanitaires offrant des services de soins ont au moins un agent formé en soins prénatals (45%) et en moyenne, 36% disposent des médicaments essentiels pour la santé des mères [9].

La revue du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 et des différents documents stratégiques a montré des insuffisances au niveau des différents indicateurs comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau1 : indicateurs du système de santé

Indicateurs	Niveau en 2015	Sources
Taux de mortalité maternelle	614/100 000 naissances vivantes	Rapport Mortalité Maternelle 2015
Taux de mortalité néonatale	33/1000	MICS 2016
Taux de mortalité de moins de 5 ans	60/1000	MICS 2016
Taux de mortalité infanto juvénile	96/1000	MICS 2016
Taux de CPN1	86,8%	RASS 2018
Taux de CPN4	30,4%	RASS 2018
Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	64,1%	RASS 2018
Incidence des IRA chez les moins de 5ans	164,5/1000	RASS 2018
Incidence du paludisme chez les enfants de moins 5 ans	492,9/1000	RASS 2018
Prévalence du VIH dans la population générale	3,7%	ESD-CI III 2012

[8] Profil géographique de la Côte d'Ivoire
[9] Rapport enquête SARA Côte d'Ivoire 2016, page 17 et 20

Incidence de la tuberculose	170/100 000 habitants	Données OMS 2013
Taux d'utilisation des services de santé	47,5%	RASS 2018
Taux de disponibilité des produits traceurs	71,44%	Rapport de performance PNDAP de la CA 2019

La stratégie de soins de santé primaires adoptée par la Côte d'Ivoire repose sur la nécessité de la participation communautaire. Cette stratégie vise la couverture universelle s'appuyant sur les acteurs communautaires intégrés dans une équipe multidisciplinaire pour offrir les services de santé aux familles et à la communauté d'une manière générale. Ceci a été réaffirmé dans les différents Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) successifs, particulièrement ceux de 2012-2015 et 2016-2020. Dans ce cadre, la Côte d'Ivoire s'est engagée à harmoniser les approches communautaires en vue d'offrir un paquet intégré de services promotionnels, préventifs, curatifs et de surveillance, en faveur de tous ceux qui vivent sur son sol. Cette réforme de la santé communautaire vise à assurer le continuum de soins de santé au sein des communautés pour réduire les iniquités dans l'accès aux services de santé avec leur pleine participation et engagement notamment, celle des organisations de la société civile. La participation communautaire a pris diverses formes à travers, entre autres, le recouvrement des coûts des prestations sanitaires, les Comités d'Action Sanitaire, les Comités de Gestion des établissements de santé et l'implication des Agents de Santé Communautaires comme interface entre le système de santé et la communauté tel que défini dans le Plan National Stratégique de Santé Communautaire 2017-2021. La cartographie a montré que le pays dispose de 14 566 ASC. Parmi ceux-ci, 76% soit 11 397 ASC formés, équipés et redéployés. Au nombre des 11 397 ASC, 9 897 ASC se situent dans un rayon de plus de 5 km de l'ESPC dans les 83 districts sanitaires et 1 500 ASC à moins de 5 km dans seulement 31 districts sanitaires. (voir document projet en annexe)

Les questions de la répartition équitable et de la fidélisation des personnels de santé à leurs postes de travail restent problématiques dans le système de santé. En effet, le personnel de santé est concentré dans les grandes villes, en particulier Abidjan et ses environs qui abritent 24% de la population mais 60% des ressources humaines en santé[10]. La maîtrise de la gestion administrative et le contrôle de ce personnel est encore insuffisante car il n'existe pas d'outil permettant de capter les mouvements du personnel. Il s'avère donc nécessaire de mettre en place un système informatisé des RHS interopérable avec l'ensemble des systèmes d'information existants tant au niveau sanitaire (DIHS2), administratif (SIGFAE) et financier (Solde). L'Outil iRHIS devant permettre cette informatisation sera acquis sur le cofinancement de l'Etat ainsi que la formation des acteurs des différents niveaux à son utilisation.

Sur le plan épidémiologique, le paludisme demeure un problème de santé publique en Côte d'Ivoire. Son incidence est en hausse dans la population générale passant de 155‰ en 2016 à 191‰ en 2019 (RASS 2016, 2019). Cette hausse s'explique en partie par : i) l'augmentation des ESPC, ii) l'intensification de la prise en charge des cas dans la communauté suite au passage à échelle de l'iCCM depuis 2018, iii) et par l'intégration progressive des données provenant du secteur privé.

[10] Plan Stratégique RHS 2018-2020 page 7

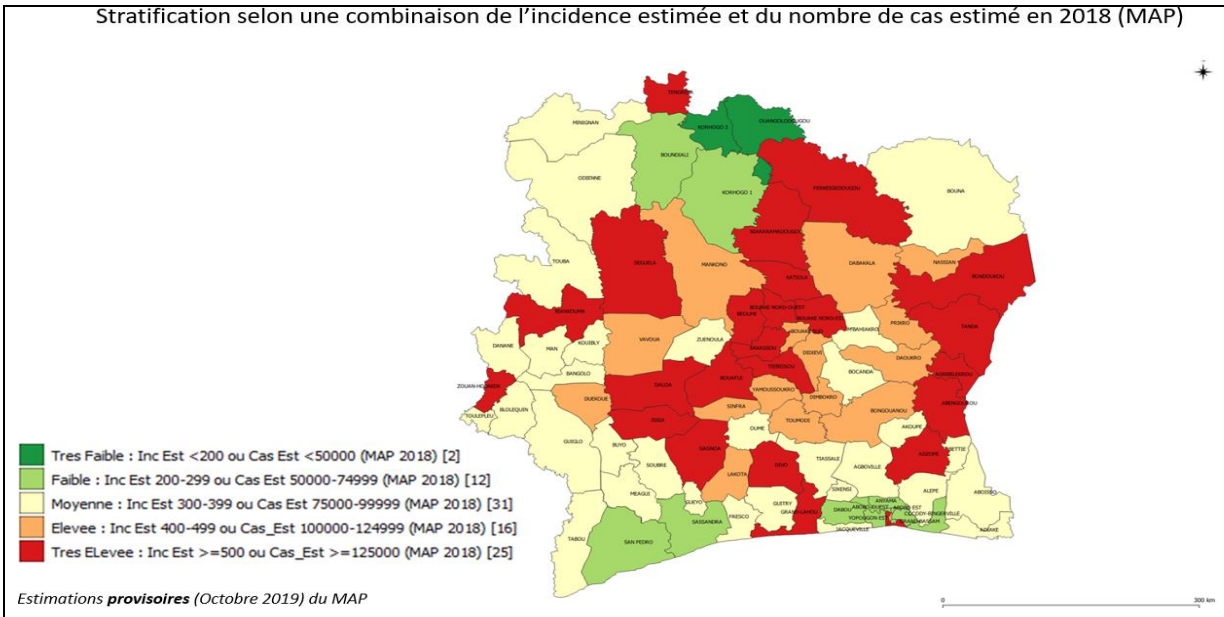

Figure 1 : Stratification selon une combinaison de l'incidence estimée et du nombre de cas estimé en 2018

En revanche, on observe une diminution des cas de décès liés au paludisme grave passant de 3 340 décès en 2016 à 1 641 décès fin 2019 soit une réduction de 50% (Annexe7). L'audit de la notification des décès dûs au paludisme réalisé sur les données de 2017 et 2018 a confirmé cette baisse de la mortalité.

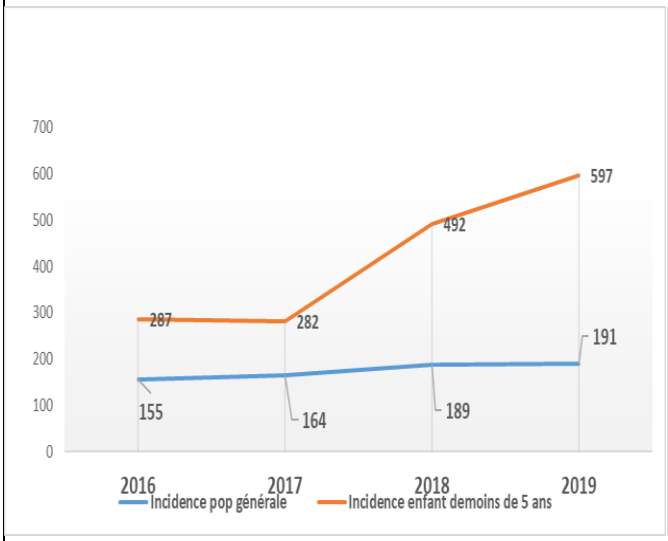

Figure 2 : Evolution de l'incidence de 2016 à 2019

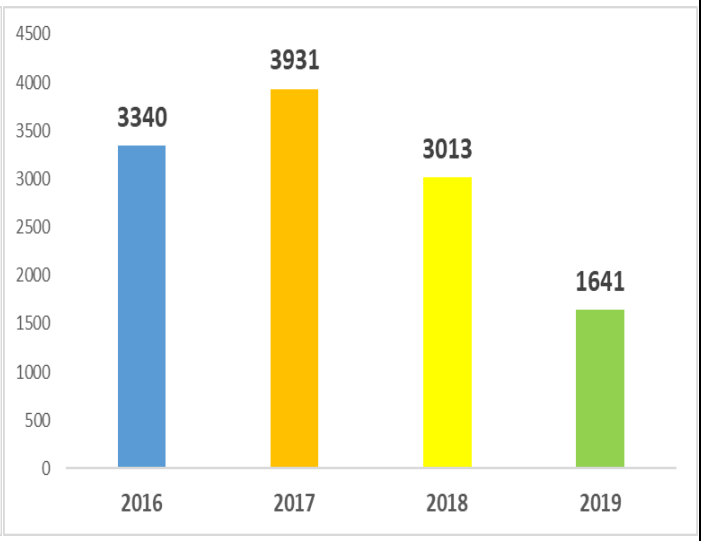

Figure 3 : Mortalité due au paludisme dans la population générale entre 2016- 2019

Il faut noter que le rapport technique de la modélisation d'interventions, d'impact sur la santé et de la rentabilité montre un nombre de cas et de décès plus élevés que les données recueillies au niveau du DHIS2.
Les figures suivantes qui découlent de la triangulation des données recueillies avec celles des projections d'Atlas OMS et de la modélisation à partir de Spectrum (figures suivantes) révèlent cette même tendance à la hausse du nombre de cas, avec une baisse du nombre de décès.

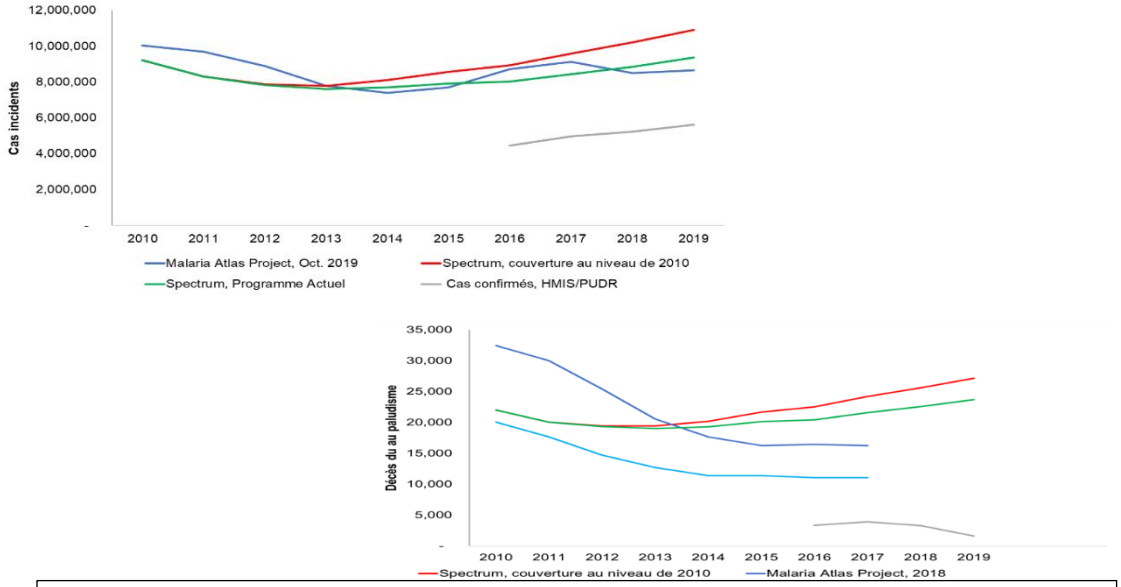

Figure 4 : Evolution des données d'incidence et de mortalité du MAP, et projection de Spectrum

Cette différence entre les projections et la notification nationale des cas motive le pays à renforcer le système d'information mais surtout à mettre en place un système de contrôle qualité des données.

La couverture universelle des ménages en Moustiquaire Imprégnée de Longue Durée d'Action (MILDA) réalisée lors de la campagne 2015-2016 a été maintenue au terme de la campagne 2017-2018. Le taux d'utilisation des MILDA est passé de 50,1%[11] en 2016 à 63,2%[12] en 2019 avec une inégalité d'utilisation entre les milieux urbain et rural, constantes sur les deux enquêtes (74,7% en zone rurale contre 46,9% en zone urbaine et 28,8% en Abidjan). Ce taux d'utilisation bien qu'en nette progression, reste encore loin de l'objectif de 80%.

La couverture en SP3 chez les femmes enceintes est en hausse. Elle est passée de 23% en 2016 selon la MICS 2016 à 45% en 2019[13]. Cet accroissement est en partie lié à l'amélioration de la recherche active des femmes enceintes perdues de vue par les agents de santé communautaires (ASC), et par le déploiement d'une application mobile visant à envoyer des SMS de rappel de rendez-vous des CPN aux femmes enceintes. De plus, la mobilisation des groupements féminins permet d'améliorer le recours précoce aux consultations prénatales grâce à la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE). Toutefois, le taux de couverture en SP3 reste en deçà de l'objectif national 2019 (80%), d'où la nécessité

[11] EnquêteMICS_2016, page 15,16,17
[12] Rapport Evaluation post campagne 2017/2018, page 107 et 105
[13] Rapport PNLP 2019 page 15

d'utiliser les nouvelles stratégies de communication pour le changement social et comportemental après les différentes enquêtes sur les déterminants[14].

La situation vectorielle demeure inchangée avec : Principal vecteur : Anopheles gambiae (95%) ; Principale espèce causale : Plasmodium falciparum (94,5%)[15] ; Taux d'inoculation : 400 à 789 pi/h/an[16]

La prévalence parasitaire nationale est de 37%. Les prévalences parasitaires les plus élevées se retrouvent dans les régions sanitaires du Centre et de l'Est du pays contre les plus faibles dans les régions sanitaires d'Abidjan [17].

Après l'adoption des CTA dans les directives nationales en 2006, l'évaluation de l'efficacité des CTA se fait tous les deux ans dans les sites sentinelles depuis 2009. L'Artésunate-Amodiaquine (ASAQ) et l'Artéméther-Luméfantrine (AL) gardent toujours un taux d'efficacité thérapeutique de 95% après correction PCR[18]. Des problèmes d'observance au traitement liés aux effets secondaires de l'ASAQ entrainent une forte pression sur l'AL avec lequel l'on constate déjà des rechutes.

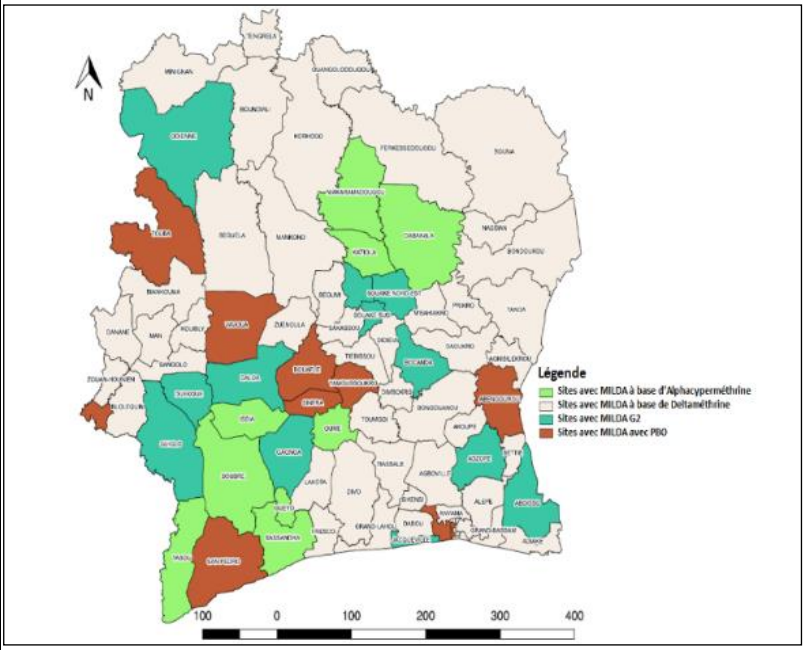

Figure 5 : répartition des MILDA en fonction du type d'insecticide

Par ailleurs, la résistance des vecteurs aux insecticides reste très prononcée en Côte d'Ivoire. Cette résistance aux pyréthrinoïdes concerne 21 districts sur 86 districts enquêtés[19]. Dans le cadre de la gestion de cette résistance, les études entomologiques ont permis de faire une stratification en fonction de la sensibilité des vecteurs. Ainsi, la distribution des MILDA aux ménages tiendra compte du type d'insecticide.

La répartition des MILDA est représentée sur la carte ci-dessus ; la résistance étant dynamique, la mise à jour de la carte impliquera l'ajustement du type de MILDA à acquérir.

S'agissant des populations vulnérables, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes constituent les cibles prioritaires, ainsi que l'ensemble des populations vivant à plus de 5 km du centre de santé le plus proche. Depuis 2017, le rapprochement des services de prévention et de prise en charge des populations par les consultations en stratégie avancée et la prise en charge intégrée de la pneumonie, la diarrhée et du paludisme des enfants de moins de 5 ans par les ASC permettent de réduire cette vulnérabilité. Les populations carcérales, les populations déplacées du fait de conflit ou de catastrophes naturelles, les travailleurs saisonniers constituent un autre groupe de populations vulnérables.

[14] Enquête sur les déterminants des comportements liés au Paludisme C.I, 2018 page 14
[15] Houngbédji et al. 2016 p.1
[16] Koffi et al. 2009 p.17
[17] Enquête de prevalence parasitaire et de l'anémie (EPPA_CI 2016) page 14
[18] Rapport PNLP 2018 page 15
[19] Rapport études entomologiques GSA 2019 page 15 & 22

Pour pallier les inégalités sociales, les consultations en stratégie avancée dans les quartiers précaires débutées depuis 2016 dans les régions d'Abidjan et de San-Pédro vont se poursuivre dans les chefs-lieux de région.

En ce qui concerne les orpailleurs clandestins, la communication de proximité pour le changement social et comportemental et les consultations en stratégie avancée permettront de continuer à offrir des services de qualité à ce groupe de population clé. Il en est de même des autres groupes de populations clés tels que les populations déplacées et les travailleurs saisonniers ;

Quant aux populations carcérales, les orphelinats et pouponnières qui disposent d'une infirmerie, un renforcement de capacité des agents ainsi qu'un approvisionnement en MILDA, CTA et TDR se fera à travers les districts.

Un accent particulier sera mis pour couvrir ces populations lors de la distribution des MILDA et la communication pour le changement social et comportemental.

La question des inégalités et des obstacles liés aux droits humains, au genre est pris en compte dans la demande à travers la distribution gratuite de MILDA en routine chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, l'organisation de la campagne de masse ciblant toute la population générale.

Par ailleurs, les interventions ci-dessous contribueront à réduire les inégalités et les obstacles d'accès aux soins préventifs et curatifs du paludisme, par les groupes vulnérables. Il s'agit du passage à échelle de la prise en charge à domicile des cas simples de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans 74 districts sanitaires, l'organisation des consultations en stratégie avancée au bénéfice des populations situées à plus de 5 Km d'un centre de santé, l'instauration de la politique de gratuité de la PEC du paludisme et la gratuité ciblée prenant en compte les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ainsi que les cas d'urgence pour faciliter l'accès aux soins de qualité.

Toujours sur la question de genre, les hommes (maris modèles) identifiés comme des modèles seront impliqués dans la sensibilisation de leurs pairs dans l'accompagnement des femmes enceintes lors des CPN et le suivi des enfants. Cette stratégie sera mise en œuvre en collaboration avec le programme national de santé mère-enfant (PNSME). Les groupements féminins vont poursuivre la sensibilisation des femmes enceintes.

Sur le plan communautaire, depuis 2017, le pays s'est doté d'un Plan Stratégique National de la Santé Communautaire[20] (PSNSC) 2017-2021. Ce PSNSC définit le paquet minimum d'activités des ASC et leurs modalités de motivation des ASC. Les activités communautaires sont déployées à travers 11 397 ASC, 07 ONG, 500 religieux et 2 044 groupements féminins.

[20] Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2017-2021 cf document

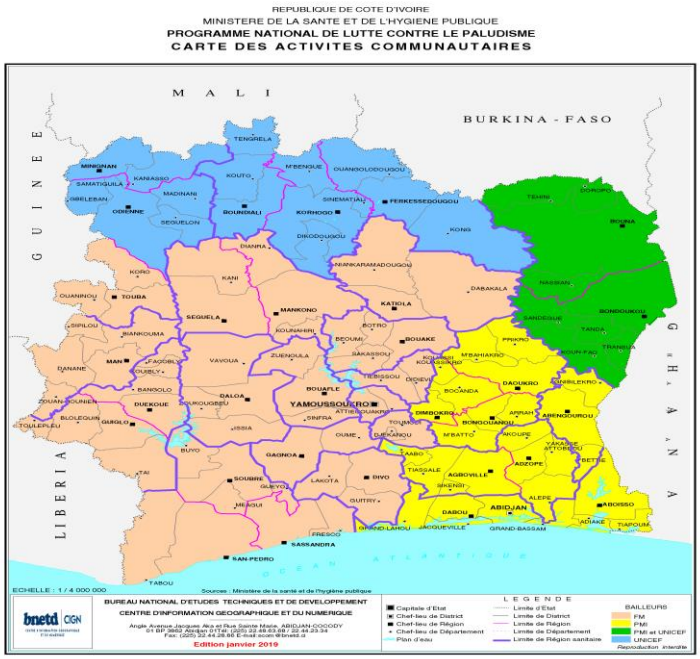

Figure 6 : Répartition des interventions communautaires par bailleurs

La prise en charge intégrée communautaire (iCCM) est mise en œuvre par 9 897 ASC sur les 11 397 mobilisés, dans les localités situées à plus de 5 km des ESPC sur toute l'étendue du territoire pour surmonter l'accessibilité géographique.

Dans le cadre de cette prise en charge intégrée, les CTA sont financés par le Fonds mondial et PMI, le SRO ZINC et l'amoxicilline sont financés par l'Etat de Côte d'Ivoire.

De cette analyse plusieurs défis restent encore à être relevés dont : (i) l'amélioration du ratio ESPC/habitants, (ii) l'extension de la collaboration avec le secteur privé aux autres formations sanitaires privées non affiliées à la CECI ou à l'ACPCI, (iii) l'extension de la prise en charge communautaire des cas de paludisme à tous les districts sanitaires d'Abidjan qui ont à la fois des zones rurales et urbaines, ainsi qu'aux gros villages ou bidonvilles situés à moins de 5 km d'un centre de santé et difficile d'accès.

1.3 Enseignements tirés des investissements du Fonds mondial et d'autres partenaires

Décrire la façon dont les investissements du Fonds mondial, du pays et d'autres partenaires ont soutenu les objectifs nationaux en matière de santé pendant la période d'allocation actuelle. Inclure les principaux **enseignements tirés** qui s'appliquent à la présente demande de financement (par exemple, les innovations ou les obstacles liés à la prestation de services).

Les activités du PSN 2016-2020 ont été financées principalement, en plus de l'Etat et du FM, par PMI, OMS, UNICEF, Coopération Allemande, UNOPS…

L'accroissement du financement de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire sur la période 2018 à 2020 et la performance d'utilisation des fonds ont permis une avancée notable dans le contrôle de cette endémie. En effet, les ressources mobilisées auprès de l'Etat, du Fonds mondial et de PMI ont servi à affiner et mettre à échelle les interventions à haut impact.

Intensification des activités communautaires

Les financements de l'Etat et ses partenaires ont permis le passage à échelle de la prise en charge intégrée du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans dans les villages situés à plus de 5 km du centre de santé. Sur le NFM2 ; les ASC formés à cet effet font la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans 76 districts sur les 86 selon l'ancien

découpage. Ces activités communautaires se réalisent avec l'appui financier du FM à travers le PR communautaire (Save the Children), de PMI à travers IMPACT Malaria et du C2D à travers l'UNICEF.

Cartographie de la mise en œuvre des interventions
Dans le souci d'une utilisation efficiente des ressources et d'une meilleure coordination des interventions, le PNLP a divisé de façon virtuelle la Côte d'Ivoire en deux zones (52 districts supportés par Fonds mondial et 34 Districts supportés par PMI) avec un système de panier commun en ce qui concerne les médicaments et intrants. Ce système permet de passer à échelle des interventions dans chaque zone d'intervention avec beaucoup plus d'efficacité et d'efficience.

Impact épidémiologique
En 2019, le MSHP s'était fixé comme objectif de réduire l'incidence du paludisme dans la population générale de 189‰ en 2015 à 105‰ en 2019.

Malgré les efforts fournis, l'incidence reste encore élevée passant de 155 à 191‰ dans la population générale et de 287‰ à 582‰ chez les enfants âgés de moins de 5 ans de 2016 à 2019[21]. La mortalité liée au paludisme connait une régression continue avec un nombre total de décès qui passé de 3 340 décès en 2016 à 1641 en 2019.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MILDA a augmenté significativement de 11,29 points en 4 ans contre 20,8 points attendus. Ce taux est passé de 59,20 à 70,49% de 2016 à 2019. Chez la femme enceinte, l'utilisation est passée de 40,10 à 68,58% sur la période.

La proportion de population utilisant une MILDA parmi la population ayant accès à une MILDA, a augmenté de 12,4 points contre une augmentation attendue de 17,3 points (62,70 à 75,1).
De manière générale des progrès ont été réalisés en termes de possession et d'utilisation des MILDA sur la période de 2016 à 2019. Cependant, l'utilisation de la MILDA reste encore un défi à relever. La distribution de MILDA lors de campagne de masse, ainsi que l'intensification de la distribution de MILDA en routine permettront d'accroître l'accessibilité aux MILDA. De même, l'intensification de la communication pour le changement social et comportemental renforcera l'utilisation effective et continue des MILDA.

Le taux de couverture des femmes enceintes en SP3 a connu une hausse sur la période de 2016 à 2019. Les résultats de l'enquête sur le comportement lié au paludisme réalisé en 2018, montrent une couverture en SP3 de 53% contre 22,6% en 2016 selon l'enquête MICS. L'administration du TPIg sera soutenue par une recherche active des femmes enceintes perdues de vue, la poursuite de l'envoi systématique des SMS pour le rappel des rendez-vous de CPN, et l'expérimentation d'autres approches innovantes telles que les « maris modèles ».

De manière générale, les indicateurs de résultats du système GAS dans le PSN 2016-2020[22] se sont améliorés pour les CTA, TDR et MILDA de 2016 à 2019 avec une diminution des ruptures de stock. La proportion de formations sanitaires publiques sans rupture de stock en MILDA, TDR et CTA est passé respectivement de 75 ; 70 ; 88 en 2016 à 73, 84% et ,80 % en 2018. La promptitude et la complétude des rapports ont atteint 100% de 2016 à 2018[23][24].
Cependant des efforts restent à faire pour atteindre un niveau d'impact satisfaisant dans la chaine d'approvisionnement. Le déploiement à échelle du mSupply va permettre une gestion électronique des médicaments et intrants, garantissant une meilleure traçabilité, une exactitude de l'information

[21] Rapport PNLP 2019
[22] Plan Stratégique National 2016-2020 de lutte contre le paludisme
[23] PUDR 2019
[24] Rapport PNLP 2018

et une meilleure gestion des médicaments et intrants.

Recherche opérationnelle

Sur la période 2018-2020, les recherches opérationnelles dans les domaines entomologique, épidémiologique, parasitologique et anthropologique ont fourni des données actualisées qui ont servi à la stratification des interventions pour un meilleur impact.

En 2018, selon le rapport de l'enquête sur les déterminants du comportement lié au paludisme[25] .

- 91,4% des personnes enquêtées savent que le paludisme est causé par la piqûre de moustique ;
- 79% des personnes enquêtées identifient la fièvre comme symptôme lié au paludisme ;
- 84% des personnes informées du paludisme ont identifié l'utilisation de la MILDA comme moyen de prévention.

L'étude sur l'efficacité des CTA a été réalisée dans 12 districts sentinelles en 2019 et, elle a démontré que les CTA utilisées restent efficaces à plus de 95%.

L'enquête post-campagne réalisée en 2019 a montré l'accroissement du taux d'utilisation des MILDA de 50,1%[26] à 63,2%[27].

L'audit de la notification des cas de décès liés au paludisme réalisée en 2019 a confirmé la baisse de la mortalité liée au paludisme.

L'étude sur la résistance des vecteurs aux insecticides a été réalisée dans les sites sentinelles en 2018. Les résultats obtenus confirment une résistance des vecteurs aux principaux insecticides utilisés surtout la permétrine. Cette résistance concerne 21 districts sur 86 districts enquêtés (cf rapport de l'enquête). Ces données ont permis d'alimenter la stratification[28] des MILDA en fonction de la sensibilité des vecteurs aux insecticides.

Des situations d'urgences se sont présentées de 2016 à 2020 en Côte d'Ivoire :

- Des catastrophes naturelles (des inondations se sont produites dans les districts sanitaires de Dabou, d'Aboisso, d'Adiaké, de Grand Bassam et d'Abidjan) ;
- Des conflits inter communautaires avec déplacements internes de population (district de Guiglo, de Zouan hounien et de Bouna) ;
- Le MSHP a mis à la disposition des districts à travers le plan ORSEC des kits de TDR, CTA et des MILDA par le biais des autorités sanitaires de ces localités. Ce plan ORSEC est un dispositif permanent du gouvernement pour la gestion des urgences.
- L'organisation de la réponse aux épidémies (COVID-19) : le PNLP a mis en place un plan de contingence pour s'assurer de la continuité de la prise en charge des malades (disponibilité des intrants au niveau des districts et des hôpitaux, disponibilité des équipements individuels de protection pour la continuité des soins dans les hôpitaux et dans la communauté par les ASC…). Cette pandémie a entrainé une peur au sein de la population qui fréquente de moins en moins les structures de santé.
- En dehors des ressources du gouvernement, le FM et PMI ont appuyé la mise en œuvre de ce plan.

[25] Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme CI, 2018
[26] MICS 2016 p15 17 18
[27] Rapport Evaluation enquête post-campagne 2018
[28] Rapport stratification MILDA

Renforcement du système de santé

En ce qui concerne les appuis transversaux pour le renforcement du système de santé les domaines ci-dessous ont été améliorés.

- **La gouvernance et le leadership**

- Le projet LMG financé par le FM sur le NFM2 dans 9 régions sanitaires à travers MSH, partenaire de mise en œuvre, a permis de renforcer les capacités de 166 équipes soit 1288 personnes sur le Leadership Gestion et Gouvernance et d'apporter un appui aux activités des districts sanitaires à travers les réunions de coordination ainsi que la supervision et la formation continue.
- Le taux de réalisation des réunions de coordination est passé à 88% pour les DRS et 73% pour les DS. La contribution du FM a permis une augmentation du taux de supervisons 25% avant 2018 à 57% en 2019
- Au niveau du secteur privé, grâce au projet PSHP, financé par l'USAID, de 2016 à 2019, 150 cliniques privées (6% des prestataires privés de soins) étaient engagées dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ce qui a permis de mettre de 6500 patients sous traitement au moment de l'arrêt du projet. L'association des cliniques privées (ACPCI) en était le partenaire de mise en œuvre et Abt Associates, le partenaire technique.

- **Santé communautaire**

- Au niveau institutionnel, plusieurs documents ont été élaborés afin de rendre disponible les outils pour orienter et encadrer la mise en œuvre du plan stratégique 2017-2021. Il s'agit entre autres de (i) la définition du Paquet Complet et du Paquet Minimum d'Activités (PMA) des ASC en vue d'avoir un PMA standard intégré permettant à l'ASC d'être pluridisciplinaire, (ii) la définition du Statut de l'ASC, des modèles d'ASC et des mécanismes de motivation financière et non financière, (iii) l'élaboration de la Cartographie des ASC en 2017, qui a permis de dénombrer un total de 14 556 ASC[29].
- Au niveau des ressources humaines, les différents financements ont permis de recruter, de redéployer et de motiver les ASC sur l'étendue du territoire national.
- Au niveau de la participation communautaire, l'appui financier du FM a permis de renforcer l'engagement et la participation des communautés en renforçant la permanence et la veille sociale à travers la mise en œuvre d'outils communautaire, notamment l'Observatoire communautaire sur les intrants, médicaments et directives et l'observatoire communautaire sur les droits humains et l'observatoire communautaire sur le traitement du VIH (Document projet RSS annexe).
- L'intégration des données de santé communautaire dans le DHIS 2 a été une avancée notable qui a permis le suivi de 25 657 ménages par les agents de santé communautaires au niveau de 18 districts sur 31 couverts dans le cadre du NFM2.

- **Système d'approvisionnement**

- Les interventions ont permis la réalisation de la quantification nationale sur la période 2017 à 2020 avec l'appui techniques de IHSCTA (USAID) et du personnel n'ayant pas reçu une formation adéquate en quantification depuis 2013.
- Pour optimiser les renforcements des capacités, le MSHP a opté pour l'utilisation des technologies de l'information et de la communication par la mise en œuvre d'une plateforme eLearning de formation avec l'appui financier de USAID à travers le projet IHSCTA. En 2020 dans le cadre du RSS NFM2, le Fonds Mondial a accompagné la DAPL pour alimenter cette plateforme avec l'application Moodle en ligne avec un contenu adapté aux besoins du système de santé.
- Pour améliorer le stockage des produits de santé, le financement propre de la Nouvelle PSP ainsi

[29] Cartographie des ASC P12

que les appuis du FM, l'USAID, PARSSI et du C2D/AFD, ont permis la construction de l'agence de Bouaké qui devrait avoir une capacité de stockage de 35% de la capacité de stockage nationale et être opérationnel en juin 2020.

- Le Ministère en charge de la santé avec l'appui de bailleurs a réalisé plusieurs interventions notamment pour renforcer la disponibilité des médicaments au dernier km. Il s'agit de la mise à disposition des Procédures Opérationnelles Standards (POS) et des outils de gestion et de rapportage de la distribution des produits de santé des districts jusqu'au ESPC, de la dotation de 50 fourgonnettes à 50 districts sanitaires sur financement du FM ainsi que d'autres moyens logistiques de distribution de produits de santé avec l'appui de l'USAID, et Banque Mondiale.
- Avec l'appui de CDC/PEPFAR, le système OPENELIS (logiciel de gestion des activités de laboratoire) a été validé et déployé dans le pays, depuis 2009. Mais à ce jour seul 81 laboratoires l'utilisent de manière incomplète à leurs différents postes de travail sans possibilité de connecter les données avec le niveau central. Ainsi une Intégration du système d'information des laboratoires OPENLIS dans le SIGDEP2 a été initié pour avoir un accès internet des données de laboratoire et permettre la demande des tests en ligne par les cliniciens.

- **Information sanitaire**

- Le NFM2 2018-2020, a permis à la DIIS de bénéficier de plusieurs assistances techniques dont l'appui de HISP pour le paramétrage du DHIS2 dans 13 interventions en cours qui a conduit au renforcement des capacités des acteurs du niveau central et mettre à jour les modules du DHIS2, l'assistance technique perlée, trimestrielle (AEDES), L'assistance technique OMS pour le suivi et la mise en œuvre du PRSIS 2017-2020,
- La DIIS a bénéficié d'un appui du Fond Mondial pour la mise à jour de la carte sanitaire et de la modélisation de l'accessibilité des formations sanitaires de Cote d'Ivoire avec l'outil Accessmod à travers une assistance technique de l'UNIGE en 2019.
  Toutes ces assistances ont permis à la DIIS d'accroitre sa performance en termes de réalisation des activités avec un taux de réalisation qui est passé 18% (NFM1) à 40% (NFM2) en 2 ans.
- On note comme entre autre résultats : (i) le déploiement du DHIS2 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Région, District et hôpital de référence) ce qui contribué à améliorer la qualité des données (complétude et promptitude des RMA), (ii) le développement et le pilotage de la Version serveur du SIGDEP 2, (iii) le déploiement du Système d'Information Électronique de Gestion Logistique (eSIGL) pour la gestion logistique des médicaments, (iv) du Système d'Information de laboratoire (OpenELIS) qui permet de gérer le système d'information des laboratoires en local en en assurant l'interface avec les équipements des différentes sections du laboratoire;(v) Le processus de modélisation avec l'outil Accessmod a permis d'actualiser les données sur les centres de santé et de disposer des informations sur l'accessibilité de la population aux service de prise en charge du VIH, TB, paludisme, et de santé maternelle et infantile. (vi) les outils reprographiés ont permis de disposer des données de façon continue.
- Au niveau des districts, en 2019, la performance du SISR par rapport à la qualité des données est de 56% pour l'exactitude, 98,44% pour la complétude et 85% pour la promptitude. De plus, 81% des FS ont reçu au moins une supervision du district au cours des trois mois précédant l'enquête et un contrôle de la qualité des données a eu lieu dans 73% des Formations Sanitaires (FS) au cours de ces supervisions.[30]

[30] Rapport PRISM 2018

Section 2 : Demande de financement et hiérarchisation

Pour répondre aux questions ci-dessous, se référer aux *Instructions* ainsi qu'aux documents stratégiques nationaux, **aux tableaux de lacunes programmatiques, aux tableaux du paysage de financement, au cadre de résultats, aux tableaux du budget et aux tableaux des données essentielles**.

2.1 Présentation des priorités de financement

Résumer la **démarche employée pour hiérarchiser** les modules et les interventions (ou dans le cas d'une modalité de paiement en fonction des résultats, les indicateurs de résultats ou les jalons). La réponse doit inclure :

- la façon dont ces modules prioritaires garantissent l'impact le plus fort possible dans l'optique de mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme ;
- la façon dont les difficultés, les obstacles et les inégalités, notamment ceux liés aux droits humains et au genre, sont traités par les modules prioritaires de la présente demande de financement.

La détermination des priorités proposées au financement du Fonds mondial a été faite de manière participative dans le cadre du dialogue national. Le dialogue pays national a eu lieu pour les trois maladies ainsi que le dialogue pays paludisme. Les réseaux de la société civile et les représentants des bénéficiaires y ont joué un rôle actif en particulier à travers l'organisation d'un dialogue communautaire dédié[31]. Au total, trois rencontres ont été organisées dans le cadre du dialogue national inclusif pour la préparation de cette subvention 2021-2023.

De manière pratique, la priorisation des modules et des interventions prédéfinies dans le document-cadre modulaire a été effectuée à partir des objectifs et des stratégies retenus dans le plan stratégique 2021-2025, en suivant les étapes décrites ci-dessus et présentées dans l'annexe 'Priorisation module et interventions'.

- ❑ La sélection des modules et interventions : pour cet exercice, un recensement de tous les modules et interventions prédéfinis dans le document type modulaire a été effectué. Une analyse croisée a permis d'éliminer les modules et interventions qui ne seront pas imputées à la subvention allouée. Ainsi, le financement alloué par le Fonds mondial permettra de combler les gaps financiers de 10 modules y compris le RSS transversal.
- ❑ La priorisation des modules et interventions à financer : Quatre critères de priorisation ont été définis et des cotations ont été attribuées à chaque sous critère en vue de prioriser les modules et interventions. Des scores ont été attribués pour chaque critère puis le score total obtenu est calculé pour chaque module. Sur la base de score total déterminé, un classement des modules par ordre décroissant a été effectué en fonction du total des points obtenus. Les modules ayant enregistré des rangs ex éco ont été reclassés sur la base d'une pondération fondée sur la sévérité des conséquences sur les bénéficiaires d'une suppression éventuelle des activités liées à chacun de ces modules. La même démarche a été appliquée pour classer les modules et les interventions à financer.
- ❑ Outre ces critères, les aspects de vulnérabilité ont guidé le choix de la stratégie de prise en charge pour certaines populations (quartiers précaires, prisons, orphelinats, travailleurs saisonniers, femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans).
- ❑ Le niveau d'atteinte des indicateurs a été utilisé pour stratifier les interventions[32].

[31] Listes des participants dialogue communautaire
[32] Modèle de stratification des interventions CIV PSN 2021-2025

❑ Les résultats des études entomologiques[33] ont également orienté le choix des interventions[34]

Dans le cadre du RSS, la priorisation des interventions a été également consensuelle et participative. Elle était basée sur la revue du PNDS 2016-2020, du dossier d'investissement 2020-2023, de l'analyse des résultats obtenus de la mise en œuvre du NFM 2 ainsi que les acquis des investissements antérieurs du Fonds mondial et des autres bailleurs. En effet, la revue du PNDS 2016-2020 a montré des faiblesses et insuffisances au niveau du système de santé caractérisé par :

- (i) **Au niveau institutionnel** : la non disponibilité les documents normatifs du secteur à tous les niveaux de la pyramide sanitaire notamment des documents de politiques et de stratégies, l'absence de répertoire des documents de normes du secteur de santé et des directives de prises en charges, l'insuffisance de textes formalisant le suivi des recommandations des missions d'audit et de contrôle et de référentiels et outils de gestion pour les structures du MSHP[35].
- Par ailleurs, on note une faiblesse dans la coordination interne pour les structures traitant une même thématique et entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire limitant la performance globale du système de santé qui se traduit par un faible niveau d'atteinte des objectifs. On note également des insuffisances dans le fonctionnement des Comités de Gestion de Santé (COGES) des Etablissements de Santé avec pour conséquence une insuffisance dans la prise en compte des besoins des communautés couvertes par lesdits établissements Par ailleurs on note.
- Concernant la gestion des RHS, les analyses ont montré : (i) la mauvaise répartition du personnel (ii) l'indisponibilité du répertoire des spécialités ; (iii) l'indisponibilité de la cartographie des spécialités ; (iv) l'insuffisance de motivation du personnel de santé ; (v) l'Insuffisance d'information sur la situation du personnel de santé en temps réel[36].

  (ii) Au niveau de la qualité des données : La qualité des données reste problématique au niveau des sites de production (ESPC et hôpitaux). Le taux de complétude dans le remplissage des documents sources est moyen dans l'ensemble des ESPC. En effet, la complétude des documents source est faible (varie de 38 à 58%). Il est à noter que les documents remplis au niveau des services de maternité (registre de CPN et accouchement) sont plus complets (58% et 54%) que ceux remplis en consultations curatives (38%)[37].La promptitude de transmission des rapports mensuels des FS vers le district s'est considérablement améliorée, passant de 50% (PRISM 2012) [38]à 79%.%[39].

  La disponibilité, l'utilisation des données pour la prise de décision reste insuffisante. Elle est de 38% pour les établissements de santé, 70% pour les districts sanitaires et 50% pour les régions sanitaires [40]. Afin d'améliorer cette insuffisance, la DIIS a formé les 20 Directeurs Régionaux et les 86 Directeurs départementaux sur les modules d'analyse et d'utilisation des données.

  (iii) Au niveau de gestion du médicament et des intrants : Les exercices de quantification ou estimations des besoins se confrontent aux problèmes de mauvaise précision des prévisions avec une absence de maitrise des procédures et des outils de quantification par les acteurs montre une faible précision de 39% pour les produits du PEV avec un niveau de maturité global de 61%[41]. La disponibilité des produits décroit globalement avec l'éloignement du niveau central : en moyenne

[33] Rapport études entomologique GSA 2019
[34] Rapports études entomologique Vector Link 2019
[35] Revue PNDS 2016-2020 page 18
[36] Revue PNDS 2016-2020 page 34
[37] Rapport d'évaluation de la performance du SISR avec les outils PRISM, Septembre 2018, Page 28
[38] Rapport d'évaluation de la performance du SISR avec les outils PRISM, Septembre 2012, Page 11
[39] Rapport d'évaluation de la performance du SISR avec les outils PRISM, Septembre 2018, Page 62
[40] Rapport d'évaluation de la performance du SISR avec les outils PRISM, Septembre 2012, Page 11
[41] Evaluation de la Chaîne d'Approvisionnement : NSCA 2015 Page XIII, 45-46

80% au niveau NPSP, 60% au niveau dépôt de district, 50% au dernier kilomètre (ESPC et hôpitaux)[42].

- **(IV) Au niveau communautaire :** on note une faible participation des communautés aux interventions de santé qui se traduit par Toutefois, des difficultés perdurent et entravent le renforcement du pouvoir de décision de la communauté au sein des COGES. Elles se résument à l'insuffisance de ressources financières pour : (i) le monitorage des activités du PMA des ESPC avec les COGES et la communauté, (ii) la redynamisation des COGES des ESPC' (iii) la mise en œuvre de l'approche Communauté Amie Des Enfants (CADE), (iv) le passage à échelle des activités de sensibilisation des acteurs et (v) la formation et la motivation des ASC[43].

Les analyses faites dans le dossier d'investissement 2020-2023 sur le financement de la santé montrent des lacunes dans les mêmes domaines[44]. Aussi, au vu des résultats du NFM2 et des investissements antérieurs du FM et des autres bailleurs, le pays a décidé de maintenir et de renforcer les acquis.

Sur la base de ces revues, 4 domaines : Gouvernance et planification du secteur de la santé, système de gestion de l'information et suivi évaluation, renforcement des systèmes communautaires, et système de gestion des produits de santé ont été priorisés pour être adressés au Fonds mondial dans le cadre du RSS NFM3. L'axe gouvernance traitera aussi de la qualité de soins et des ressources humaines.

En dehors du module gouvernance et planification du secteur de la santé, les trois autres modules suscités traitent à la fois du RSS transversal et du RSS paludisme.

Au total, 10 modules et 44 interventions ont été retenues pour être soumis au financement alloué et la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée.[45]

[42] Analyse situationnelle de la chaine d'approvisionnement en Côte d'Ivoire, Programme Integrated Health Supply Chain Technical Assistance (IHSC-TA), USAID, 2018
[43] Revue PNDS 2016-2020 page 86
[44] Dossier d'Investissement Page 30
[45] Priorisation des modules et interventions, Page 1, 2

2.2 Priorités de financement

a) En s'appuyant sur le cadre modulaire du Fonds mondial, utiliser le tableau ci-dessous pour détailler **chaque module prioritaire** proposé pour investissement par le Fonds mondial en faveur des composantes de maladies pertinentes et/ou de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS).

COMPOSANTE : *(Indiquer ici la composante.)*

Nº de module	1-**Prise en charge des cas**
Principales interventions et activités	Les principales interventions prioritaires liées à ce module sont le traitement en milieu hospitalier (structures sanitaires et stratégies avancées), la prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire, la prise en charge des cas dans le secteur privé. Ces interventions seront soutenues par IEC/CCC(CCSC) et la surveillance de l'efficacité thérapeutique. La prise en charge du paludisme dans le cadre de ce financement concernera uniquement le paludisme simple. Le traitement des cas graves sera assuré par l'état sur la volonté de payer (annexe11) **1-1- traitement en milieu hospitalier** Les directives nationales stipulent que tout cas suspect de paludisme doit être confirmé avant tout traitement. Ainsi, 24 701 068 cas (Annexe1) sont attendus entre de 2021 et 2023 pour être confirmés par la microscopie et TDR dans les 2489 structures sanitaires publiques et en stratégie avancée. Le traitement des 15 454 137 cas confirmés (Annexe1) attendus sur les trois ans se fera avec 2 CTA qui seront financées par les partenaires et gérées dans un système de panier commun. Les consultations trimestrielles, en stratégie avancée dans les villages situés à plus de 5 km d'un ESPC se poursuivront et s'étendront dans 200 gros villages enclavés situés à moins de 5 km d'un ESPC. Cette stratégie est mise en œuvre par l'équipe cadre du district en collaboration avec les autres programmes de santé (PNSME, PNN, PEV, PNSU/SAJ…) Par ailleurs, les consultations en stratégies avancées réalisées dans les bidonvilles et quartiers précaires de la ville d'Abidjan et de San Pédro seront désormais étendues dans les 30 autres chefs-lieux de région. Les agents de santé des 35 prisons verront leur capacité renforcée pour la prise en charge du paludisme des populations carcérales selon les directives nationales. Afin de mettre en œuvre ces interventions, ces activités ci-après seront réalisées ; il s'agira de : - Acquérir 24 701 068 TDR et des intrants de GE/FS pour la confirmation des cas (Annexe1) - Acquérir 15 454 137 CTA pour le traitement des cas confirmés ; - Assurance qualité des laboratoires (HG, CHR) ;

	- Acquérir 50 microscopes et des lames pour le diagnostic pour combler le gap des hôpitaux non pourvus et les microscopes usagers ; - Renforcer les équipements de laboratoire (hémoglobinomètre) pour le diagnostic de l'anémie notamment chez les enfants en vue d'une prise en charge précoce ; - Renforcer les capacités des biotechnologistes par des formations et coaching sur site. Ces activités seront soutenues par des renforcements de capacité des agents sur les directives nationales et la surveillance, suivi et évaluation des activités de lutte contre le paludisme ; Des activités de supervision trimestrielle intégrées (du niveau central) des prestataires de santé permettront de s'assurer de la prise en charge correcte des cas. Lorsque des insuffisances seront constatées des coachings sur sites seront réalisées à l'endroit des prestataires. **1-2- Prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire (PEC-C)** Sur la période de la subvention NFM2, l'iCCM était mise en œuvre dans 76 districts appuyés par 3 partenaires qui sont PMI (22 districts), C2D/UNICEF(12 districts) et Save The Children (42 districts). Cette activité a consisté à la prise en charge intégrée des enfants de moins de 5 ans souffrant du paludisme au niveau communautaires, des IRA et de la diarrhée dans les localités situées à plus de 5 km d'un ESPC. La subvention NFM3 paludisme offrira l'opportunité d'intensifier cette prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire dans le cadre de l'iCCM. Elle permettra d'améliorer l'accessibilité aux services, et d'accroitre significativement la capacité de détection et de prise en charge des cas de paludisme. L'iCCM sera mise en œuvre par Save the Children dans 53 districts sur l'ensemble des 113 districts. La couverture et la qualité des services de iCCM seront améliorées à travers : – l'optimisation du positionnement des ASC en prenant en compte le ratio de 1 ASC pour 250 à 500 habitants ; les villages dans lesquels le nombre d'ASC ne correspond pas au ratio, verra le nombre d'ASC croître ; enfin les villages ayant un nombre d'habitants inférieur à 250 seront regroupés avec 01 ASC satellite. Ainsi 2600 nouveaux ASC seront recrutés portant à 8500, les ASC qui interviendront au cours de cette subvention ; – les ASC nouvellement mobilisés bénéficieront d'une session de formation initiale et des sessions de formation de recyclage seront organisées pour l'ensemble des ASC ; – le suivi des ASC se fera par une supervision mensuelle par les responsables d'ESPC. – le renforcement de la formation et de la supervision des ASC sera assuré par les responsables de ESPC ;

	– aussi, le Guide de Supervision dédiée et de Coaching des ASC, ainsi que l'application mobile e-supervision pour faciliter l'encadrement des ASC par leurs superviseurs ; – sur le NFM3, un accent particulier sera mis sur la garantie de la disponibilité permanente des intrants au niveau des ASC à travers des dotations régulières ; – à ce titre les outils de gestion seront révisés pour permettre la différentiation des volumes d'intrants et médicaments circulants au niveau communautaire (reproduction des outils) ; – des supervisions semestrielles conjointes des PR communautaire et public seront réalisées. **1-3 Prise en charge dans le secteur privé** : Le partenariat pour la lutte contre le paludisme dans le secteur privé lucratif consiste à la distribution gratuite de SP et des MILDA aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans. Cette activité a été mise en œuvre dans 60 cliniques privées lucratives affiliées à l'ACPCI sur le NFM2. Ce partenariat est aussi mis en œuvre dans 100 structures privées non lucratives affiliées à la CECI, avec la mise à disposition de l'ensemble des médicaments et intrants de première intention excepté les intrants de la GE/FS. Sur le NFM3, la prise en charge dans les structures privées lucratives de l'ACPCI sera poursuivie jusqu'à atteindre 250 cliniques privées sur la période de la subvention. Les structures privées non lucratives et lucratives situées sur le territoire d'un district sanitaire sont intégrées à la gestion du district. Ces formations sanitaires privées continueront d'être régulièrement dotées en intrants et outils de gestion. Au cours de cette période 2021-2023 (PSN 2021-2025)[46], 600 agents de santé du secteur privé seront formés sur les nouvelles directives de prise en charge[47] du paludisme. Les frais de formation de ces agents seront supportés par le PR public. Les agents des 50 entreprises privées et les 250 établissements privées lucratifs seront supervisés de façon semestrielle par un pool de superviseurs nationaux. Au total**,** 674 107 cas suspects de paludisme sont attendus. Sur ces cas, 346 777 cas confirmés positifs sont attendus dans ces structures privées. Les cas de paludisme graves du privé non lucratifs sont pris en charge directement par les entreprises. Au total, les quantités de TDR et de diagnostic microscopique nécessaires pour le traitement en milieu hospitalier, communautaire et privé se présentent comme ci-après :

[46] Plan stratégique national 2021-2025 de lutte contre le paludisme
[47] Nouvelles directives de prise en charge

Désignation	Quantité par année		
	2021	2022	2023
Nombre Total de TDR nécessaires	9 949 849	10 226 838	10 511 505
TDR disponibles (déjà financés par PMI)	2 445 275	2 554 933	2 716 173
Déficit final par rapport au nombre TDR nécessaire	7 504 574	7 671 905	7 795 332
Demande au FM	7 504 574	7 671 905	7 795 332

Les quantités de CTA nécessaires pour le traitement en milieu hospitalier, communautaire et privé se présente comme ci-après :

Désignation	Quantité par année		
	2021	2022	2023
Nombre Total de CTA nécessaires	5 875 282	6 416 269	6 594 867
CTA disponibles (déjà financés par PMI)	1 612 415	1 684 724	1 763 166
Déficit final par rapport au nombre d'ACT nécessaire	4 262 867	4 731 545	4 831 701
Demande au FM	4 262 867	4 731 545	4 831 701

1-4-Information, Education, communication / Communication pour le changement de comportement (IEC/CCC)

Sur la période du NFM2, les indicateurs de la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) ont connu un progrès significatif car 91,7% de la population a une bonne connaissance du paludisme, de son mode de transmission, 84% connaît l'utilisation des MILDA comme moyen de prévention et 79%, la fièvre comme symptôme lié au paludisme (Enquête MBS 2018). Ainsi pour cette nouvelle subvention les services de prise en charge du paludisme seront soutenus par des activités de CCSC. Ces activités de CCSC porteront à la fois sur la demande et sur l'offre de services, en ciblant :

- les bénéficiaires pour améliorer le recours précoce (24h) et systématique aux prestataires de soins (agents de santé qualifiés et ASC) en cas de fièvre et accroître le volume de la demande des services de prise en charge ;

	– les prestataires des soins pour améliorer la qualité perçue et, susciter l'observance des directives pour la prise en charge des cas. Les activités de CCSC resteront intégrées selon le modèle socio-écologique qui recommande des actions conjointes sur les quatre sphères d'influence, à savoir le niveau individuel, le niveau familial et les réseaux de pairs, le niveau communautaire et le niveau social et structurel. Les thèmes abordés et la stratégie de communication seront affinés dans le cadre du NFM3, grâce aux résultats et recommandation des travaux de recherche sur l'utilisation et/ou la non-utilisation des moyens de lutte contre le paludisme. La CCSC comportera principalement des activités de : – **Communication interpersonnelle (CIP)** : la CIP consistera en des visites à domicile (VAD) et des causeries de groupe (CG) réalisées par les Agents de Santé Communautaires (ASC), et des visites de soutien (VS) aux femmes réalisées à travers les groupements féminins. La CIP sera mise en œuvre par les 8500 ASC, les maris modèles et les praticiens de la médecine traditionnelle aussi bien dans les villages situés à plus de 5 km et 1130 villages situés à moins de 5 km d'un centre de santé. Les 2 044 groupements féminins seront mobilisés dans la zone située à moins de 5 km d'un centre de santé ou vit au moins 67% de la population ; – Dans 11 districts tirés de la strate (4) à forte endémicité (données DHIS2 2018), la stratégie de la sensibilisation des pairs par les « maris modèles » sera développée en collaboration avec le PNSME. – **Mobilisation communautaire :** elle ciblera principalement les districts à très forte endémicité, avec la mise en place d'équipes de mobilisation communautaire (EMC) dans les chefs-lieux des districts sanitaires et, de groupes d'action communautaire (GAC) dans les aires de santé et localités. – **Plaidoyer et veille sociale** : ciblant les autorités administratives, politiques et communautaires. Le plaidoyer sera déployé avec une forte implication des organisations de la société civile, pour susciter des changements dans le cadre politique et décisionnel, et accroître la redevabilité des acteurs à tous les niveaux en vue de la disponibilité permanente et de la levée de toutes les barrières entravant l'accès aux services de prise en charge telles que les ruptures des intrants et le non-respect de la gratuité des tests et des CTA. – **Communication de masse et marketing digital** : étant donné que 58,3% des ménages possèdent un poste de radio et 74,4% un poste téléviseur[48] ces canaux seront utilisés pour diffuser les spots, capsules, films documentaires sur le paludisme. Par ailleurs ces mêmes supports seront diffusés à travers les réseaux sociaux et le téléphone mobile ; – **Mobilisation sociale** à l'occasion de la commémoration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme à travers une cérémonie officielle et des cérémonies éclatées dans les chefs-lieux des districts sanitaires ; – **Campagne de sensibilisation en milieu scolaire** ; Les enseignants de manière routinière sensibiliseront les élèves à l'utilisation des MILDA. Cette approche sera renforcée par un concours inter-école sur le paludisme. L'activité sera réalisée en collaboration avec le Ministère en charge de

[48] Rapport de l'enquête MBS

	l'éducation nationale, le Ministère en charge de la culture et le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU-SAJ). **1-5- Surveillance de l'efficacité thérapeutique** Cette surveillance de l'efficacité thérapeutique est décrite dans le plan de surveillance, suivi et évaluation ; elle concerne les 12 districts sentinelles. Dans chaque district, 3 établissements sanitaires sentinelles ont été sélectionnés : un hôpital de référence, un CSU et un CSR soit 36 sites sentinelles. L'évaluation de l'efficacité thérapeutique sera assurée par le Fonds mondial dans 8 districts et par PMI dans 4 districts chaque deux ans. La surveillance comprend le suivi épidémiologique (cas et décès), la surveillance entomologique, parasitologique, la pharmacovigilance et l'anthropologie.
Populations prioritaires	- Population générale - Population à risque : femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, habitants des quartiers précaires, habitants des zones d'accès difficile, populations dans les zones inondables - Agents de santé communautaires - Prestataires de soins publics et privés
Obstacles et inégalités	- Rupture en anti paludiques et intrants observée au niveau central et au niveau périphérique (public, privé et communautaire) ; - Barrières comportementales au niveau des prestataires à type de mauvais accueil des patients avec un non-respect de la dignité, et de déficit de réactivité aux attentes des patients ; - Catastrophes naturelles ; - Conflits intercommunautaires et/ou instabilité socio-politique entrainant des déplacements de populations ; - Accessibilité géographique est une entrave au bénéfice des soins ;
Justification	La cible nationale attendue dans les formations sanitaires et en stratégies avancées au cours des 3 années de la subvention 2021-2023 est de : 2021 9 949 849, 2022, 10 226 838 et 2023, 10 511 505 cas suspects à tester. Le total des besoins couverts par les partenaires extérieurs (PMI) en TDR est respectivement de 2 445 275 en 2021, de 2554 933 en 2022 et de 2 716 173 en 2023. Les TDR seront utilisés dans 80% des cas contre 20% pour la GE. En ce qui concerne le traitement, les cas positifs sur la période 2021-2023 attendus sont estimés à 17 590 261 cas de paludisme simple pour toutes les tranches d'âge. Les besoins couverts par le partenaire extérieur (PMI) en CTA sont respectivement de 1 612 415 en 2021, 1 684 724 en 2022 et 1 763 166 en 2023. La quantité restante 13 826 113 sera financée sur le montant alloué.
Résultats attendus	La prise en charge permet une réduction de la mortalité (passée de 3340 cas en 2016 à 1641 en 2019[49]) .L'impact est bien réel, et représente 82,4% du budget. Les résultats attendus pour ce module :

[49] Revue des performances du programme 2016-2020

	• la disponibilité effective de ces intrants contribuera à faire passer d'un taux de couverture actuelle de TDR et GE de 74,7% (RASS 2018) à 95% en 2023 comme projetée ; • en ce qui concerne les CTA l'achat de la partie attribuée au Fonds mondial permettra de faire passer la couverture actuelle de 98 à 100% ; • au moins 80% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un test parasitologique (TDR, Microscopie) ; • 100% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ; • 100% des cas confirmés de paludisme grave dans les hôpitaux de référence et les structures sanitaires privés ayant un plateau technique adéquat ont reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ; • 100% des cas de paludisme simple confirmés par les agents de santé communautaires ont reçu un traitement antipaludique correct dans les 24 heures conformément aux directives nationales ; • au moins 80% de la population connait les signes majeurs et les mesures nationales de prévention du paludisme ;
Investissement attendu	Pour atteindre les objectifs en matière de prise en charge les investissements attendus émaneront du Fonds mondial, de PMI et de l'Etat. L'Etat financera l'achat de l'artesunate injectable pour le traitement du paludisme grave et les médicaments et intrants de la diarrhée et de la pneumonie dans le cadre de l'iCCM. Il est attendu du FM un investissement de 15 647 441 euros soit 12% du NFM3.

N° de module	**2- Lutte anti vectorielle**
Principales interventions et activités	La couverture universelle en Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'Action (MILDA) reste la principale stratégie de lutte antivectorielle proposée pour le financement dans le cadre de la subvention Fonds mondial 2021-2023. Pour ce module, trois (03) interventions prioritaires ont été retenues. Il s'agit par ordre priorité : (i) Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action : distribution en routine et en campagne ; (ii) Surveillance entomologique ; (iii) CCSC ; Les actions prioritaires de ce module sont : la mise en œuvre des activités du plan de communication et le renforcement de la chaine de distribution des MILDA jusqu'aux sites de retrait des MILDA par les populations. Les insuffisances de la chaine d'approvisionnement et de distribution qui ont fragilisé la performance des activités de distribution en routine de MILDA au cours du NFM2 seront adressées par le recrutement d'une structure privée pour le transport des MILDA des districts jusqu'au centre de santé. **2-1_Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée** La disponibilité des MILDA dans les ménages est de 55,9% (01 MILDA pour 02 personnes). Le taux d'utilisation des MILDA est de 63,2% dans la population générale et de 75,1% dans la population qui en possède. Ces résultats bien

	qu'encourageants restent encore loin des objectifs nationaux à savoir 90% de couverture (couverture universelle) et 80% d'utilisation chez les populations y compris les enfants et les femmes enceintes. Le type de MILDA à acquérir tient compte de la résistance des vecteurs aux insecticides, ainsi pour la routine, trois types de MILDA seront distribuées et réparties de la manière suivantes 4 414 622 standard, pour 1 038 735 PBO et 1 038 735 IG2. Sur la base des données de résistance de 21 districts nous allons faire une simulation pour déterminer la quantité du type de MILDA à planifier. La distribution gratuite des MILDA en routine se poursuivra dans les 2489 structures sanitaires publiques et en stratégie avancée. Elle s'étendra à 350 formations sanitaires privées (100 non lucratives et 250 privées lucratives) aussi bien à Abidjan qu'à l'intérieur du pays. ➢ **Distribution continue en Consultation Prénatale** Cette intervention englobe des activités en rapport avec la distribution régulière de MILDA dans les centres de consultations prénatales. Cette distribution en routine des MILDA ciblera les femmes enceintes vues en CPN. Les besoins nationaux pour la distribution en consultation prénatale s'élèvent à 2 798 042 MILDA pour les 3 années. ➢ **Distribution continue en Programme Elargi de Vaccination** Cette intervention englobe des activités en rapport avec la distribution régulière de MILDA dans le cadre d'un programme élargi de vaccination (PEV) : Cette distribution en routine des MILDA ciblera les enfants vus en PEV et soins curatifs. Les besoins nationaux s'élèvent à 3 694 050 MILDA pour les 3 années et seront financés par le Fonds mondial, PMI et l'Etat. ➢ **Distribution continue - Communautés et Ecoles** Deux interventions innovantes ont été retenues pour accroître l'accessibilité et l'utilisation des MILDA, à savoir la : – **Distribution de MILDA dans les écoles maternelles et primaires :** elle vise à améliorer l'accessibilité aux MILDA en rattrapant les gaps de couverture au niveau des enfants d'âge préscolaire et scolaire. Elle permettra également d'accroître l'utilisation des MILDA grâce à une approche innovante de suivi de l'utilisation des MILDA par les élèves. Cette activité sera réalisée par les points focaux identifiés et formés dans chaque établissement scolaire et préscolaire, dans le cadre du partenariat multisectoriel avec le Ministère en charge de l'Education Nationale et ses services déconcentrés. L'identification des enfants bénéficiaires se fera selon deux (02) mécanismes : ✓ au niveau du préscolaire : par consultation du carnet de santé de l'enfant au cours de l'inscription / réinscription des enfants ; ✓ au niveau du primaire : à travers une activité visant à évaluer la disponibilité et à suivre l'utilisation effective des MILDA par les élèves. Des contrôles journaliers seront faits par les enseignants qui remonteront les besoins non-couverts au niveau du point focal de leur école.

La distribution continue de MILDA au niveau des écoles sera mise en œuvre dans les districts sanitaires à très forte endémicité, dans un premier temps. Ensuite, en fonction des résultats obtenus, elle sera progressivement déployée à échelle.

- **Distribution continue de MILDA dans la communauté :** elle vise à rattraper les gaps de couverture au niveau des ménages qui n'ont pas été pris en compte lors de la campagne de distribution de masse. Elle sera assurée par les ASC et les groupements féminins (GF), qui identifieront les gaps de couverture des unités de couchage lors du recensement annuel ou dans le cadre des visites dans les ménages (VAD, visites de soutien). Les ASC et GF seront approvisionnés en MILDA par les ESPC, sur présentation du rapport mensuel d'activités prenant en compte l'état des besoins non-couverts au niveau des ménages sous leur responsabilité.

La distribution continue de MILDA au niveau communautaire sera mise en œuvre sur toute l'étendue du territoire de manière progressive. La première année concernera les 11 des 26 districts sanitaires à très forte endémicité puis la stratégie sera mise à échelle ultérieurement.

- ***Campagne de masse universelle et groupes à risques/particuliers***

Une nouvelle distribution gratuite de 18 014 003 MILDA en campagne nationale de masse (1 MILDA pour 1,8 personne) est planifiée en 2024. Les MILDA se répartiront de la manière suivante :12 249 522 de standard, 2 882 241 MILDA de type PBO et 2 882 241 IG2. Les populations spécifiques seront prises en compte après dénombrement des unités de couchage de leurs résidences respectives.
Les principales activités retenues pour cette campagne sont : macro planification, micro planification, dénombrement des ménages, distribution, supervision, mise en œuvre du plan de communication, et enquête post campagne précoce.

Les coûts opérationnels de la campagne 2024 seront couverts par PMI et le Fonds mondial sur le NFM3.
Les MILDA de type standard et les IG2 seront acquis sur le NFM3 et l'Etat tandis que les PBO seront acquis sur le financement de PMI.
Les quantités de de MILDA standard nécessaires pour la période de 2021 à 2023 se présente comme ci-après :

Désignation	**Quantité par année**		
	2021	**2022**	**2023**
Nombre Total de MILDA standard nécessaires	2100486,91	2164837,81	2226766,55
MILDA standard disponibles (déjà financés par PMI et L'Etat)	1120194,76	1145935,12	1170706,62

Déficit final par rapport au nombre MILDA standard nécessaire	980292,147	1018902,69	1018902,69
Demande au FM	980292,147	1018902,69	1018902,69

Les quantités de MILDA PBO nécessaires pour la période de 2021 à 2023 en milieu hospitalier se présente comme ci-après :

Désignation	**Quantité par année**		
	2021	**2022**	**2023**
Nombre Total de MILDA PBO nécessaires	336077,906	346374,049	356282,647
MILDA PBO disponibles (déjà financés par une source quelconque)	336077,906	336077,906	336077,906
Déficit final par rapport au nombre MILDA PBO nécessaire	0	0	0
Demande au FM	0	0	0

Les quantités de MILDA IG2 nécessaire pour la période de 2021 à 2023 se présente comme ci-après :

Désignation	**Quantité par année**		
	2021	**2022**	**2023**
Nombre Total de MILDA IG2 nécessaires	336077,906	346374,049	356282,647
MILDA IG2 disponibles (déjà financés par une source quelconque)	0	0	0
Déficit final par rapport au nombre MILDA IG2 nécessaire	0	0	0
Demande au FM	336077,906	346374,049	356282,647

	2-2 ***Surveillance entomologique*** *:* La surveillance entomologique a commencé depuis 2016 par 6 sites sentinelles et s'est renforcée avec l'arrivée de PMI par l'ajout de 6 sites supplémentaires. Le suivi de ces sites révèle en 2018, une résistance aux pyréthrinoïdes dans 21 districts sur 86 districts. Sur le montant alloué 4 principales activités sont planifiées pour être réalisées. Il s'agit de : l'étude sur l'efficacité résiduelle des MILDA ; l'évaluation de la transmission vectorielle ; l'étude sur la résistance aux insecticides et de la cartographie du risque palustre en Côte d'Ivoire. Ces activités visent à suivre la sensibilité des vecteurs aux insecticides, le comportement vectoriel et à développer des actions de lutte en fonction de la stratification du risque palustre. **2-3 - *IEC/CCC (SBCC)*** La lutte antivectorielle par la MILDA sera soutenue par des CCSC. Ces activités seront également intégrées selon le modèle socio écologique, en agissant simultanément sur les quatre sphères d'influence pour le changement des comportements à savoir le niveau individuel, le niveau interpersonnel (famille et réseaux de pairs), le niveau communautaire et, le niveau social et structurel. Les activités de CCSC retenues : – **Communication interpersonnelle** réalisée par les ASC dans le cadre de visites à domicile et des causeries de groupe, et par les groupements de femmes lors des visites de soutien aux femmes pour les amener à adopter les comportements favorables à la lutte contre le paludisme (utilisation des MILDA …) ; – **Mobilisation communautaire** dans les districts à très forte endémicité, à travers les équipes de mobilisation communautaire (EMC) et les groupes d'action communautaire (GAC). Ces groupes veilleront à ce que les communautés adoptent l'utilisation effective des MILDA comme une norme sociale et, engageront les communautés pour combattre les utilisations déviantes des MILDA ; – **Communication de masse et marketing digital** visant à saturer l'audience pour accroître la perception du risque lié au paludisme et inciter à une utilisation effective des MILDA. Elle se basera sur l'utilisation des médias (radios de proximité, radios confessionnelles, TV et radios privées, sites web, affichage public et médias publics) ; – **Sensibilisation des populations via les leaders religieux**, – **Mobilisation sociale** à l'occasion de la commémoration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme ; – **Plaidoyer et veille sociale :** dans le cadre de la lutte antivectorielle par les MILDA, ces actions viseront de manière spécifique à exiger la disponibilité permanente des MILDA et, la levée de toutes les barrières entravant l'accès aux MILDA telles que les gaps de couverture lors de la campagne de masse, les ruptures limitant l'efficacité de la distribution de routine, les détournements de MILDA, et le non-respect de la gratuité des MILDA.
Populations prioritaires	Population générale
Obstacles et inégalités	– Résistance quasi généralisée des vecteurs aux insecticides en Côte d'Ivoire

	– Difficulté d'approvisionnement et de gestion des médicaments et autres intrants au niveau périphérique ; – Insuffisance d'espace de stockage des MILDA répondant aux normes
Justification	L'analyse situationnelle a révélé : un taux d'utilisation des services égal à 47,5% La disponibilité des MILDA dans les ménages est de 55,9 % et la proportion de la population qui utilise les MILDA est de 75,1% en 2019 (Enquête post campagne) pour les populations possédant des MILDA. L'objectif n'étant pas atteint, la présente subvention permettra d'améliorer la couverture des populations et le taux d'utilisation des MILDA. Elle permettra la prise en compte des sites spécifiques (orphelinat, pouponnière, casernes)
Résultats attendus	Pour la période de 2021 à 2023, les résultats suivants sont attendus : • Au moins 80% de la population générale dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ; • Au moins 80% des enfants âgés de moins de 5 ans dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ; • Au moins 80% des femmes enceintes dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide
Investissement attendu	Le coût du module lutte anti vectorielle pour la période 2021-2023 s'élève à 52 715 040 Euro soit 39% de la subvention et correspond à la somme attendue du Fonds mondial.

Nº de module	**3-interventions de prévention spécifique**
Principales interventions et activités	Une intervention a été retenue pour ce module. Il s'agit du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes (TPIg). Cette stratégie sera soutenue par l'IEC/CCSC/SBCC**.** Les actions prioritaires de ce module sont : l'acquisition des intrants (SP) et de kit d'administration supervisée du TPI ; le renforcement de la communication de proximité et de masse pour l'accès au TPI (l'utilisation des groupements féminins, les leaders communautaires et les maris modèles) ; la recherche des perdus de vue. **3-1 Traitement préventif intermittent : femmes enceintes** De 2016 à 2018 la couverture en SP3 chez les femmes enceintes est passée de 22,6% [50]à 53%[51] . Les taux d'utilisation des CPN dans le public sont de : CPN1= 89,8% ; CPN 2 = 89,1% ; CPN3 = 89,4%. La couverture actuelle en TPI 3 est 45% (SNIS) et de 22% selon l'enquête MICS 2016 Ces résultats restent encore faibles par rapport à l'objectif fixé qui est 80%. Ces faibles résultats s'expliqueraient par la faible utilisation des services de santé par les populations, le recours tardif aux CPN chez les femmes enceintes, les pesanteurs/attitudes culturelles, l'ignorance, la pauvreté… Des stratégies ont été mise en œuvre pour améliorer ces résultats dont la gratuité de la SP dans les services de santé publics et privés, la recherche active des femmes enceintes perdues de vue par les ASC, la sensibilisation des femmes par les groupements féminins, l'envoie des SMS de rappel de la date de rendez-vous de la CPN aux femmes enceintes.

[50] enquête MICS 2016
[51] enquête MBS 2018

	Sur la NFM3, la dispensation gratuite de SP aux femmes enceintes va se poursuivre dans les 2489 formations sanitaires publiques recensées et sera étendue à 203 structures sanitaires du secteur privé (103 lucratifs et 100 non lucratifs) puis en stratégie avancée dans les localités distantes de plus de 5 km et 1 130 gros villages situés à moins de 5 km des ESPC. Cette stratégie sera étendue aux quartiers précaires et bidonvilles des 31 chefs-lieux de régions. La dispensation du TPIg sera soutenue par un ensemble d'activités communautaires, visant principalement à limiter le taux de déperdition entre la 1ère dose de SP (SP1) et la 3ème dose de SP (SP3), à savoir : – **Intensifier la recherche active des femmes enceintes perdues de vue :** les ASC consacreront une semaine par mois à la recherche active des femmes qui ont manqué les RDV de consultation prénatale (CPN) pour leur permettre de recevoir la 2ème ou la 3ème dose de SP. Cette activité sera suivie chaque mois pour analyser sa contribution effective à réduire le taux de décrochage entre la SP1 et la SP3 ; – **Envoyer des SMS aux femmes enceintes pour le rappel des rendez-vous de CPN via l'application mobile CommCare :** les sages-femmes seront encouragées à poursuivre l'enregistrement des femmes enceintes qu'elles reçoivent en consultation pour leur permettre de recevoir deux (02) SMS, soit trois (03) jours avant leur prochain rendez-vous de CPN et la matinée du rendez-vous de CPN. Au cours du NFM3, des innovations à titre de SMS vocaux et d'images (icones) ainsi que le module « tracker » du DHIS2 seront testées. **3-2 IEC/CCC (SBCC)** L'administration du TPI sera également soutenue par des activités de CCSC. Ces activités de CCSC viseront principalement à adresser les déterminants du non-recours précoce aux services de consultation prénatale et les facteurs qui limitent la capacité des femmes enceintes à bénéficier d'au-moins trois (03) doses de SP avant l'accouchement. Elles cibleront à la fois : – les femmes enceintes et leur environnement pour accroître la qualité (recours précoce) et la quantité (toutes les femmes enceintes, au-moins 3 doses par femme enceinte) de la demande de TPIg ; – les prestataires de soins (sages-femmes, infirmiers, médecins) pour faciliter l'adoption des directives en vue d'une amélioration de la qualité technique (protocole) et de la qualité perçue (bon accueil) de l'offre de TPIg. Les activités de CCSC en soutien au TPI seront elles-aussi intégrées selon le modèle socio-écologique pour le changement de comportement. Elles consisteront en des activités de : – **Communication interpersonnelle** réalisée par les groupements de femmes dans le cadre de visites de soutien aux femmes et, par les ASC dans le cadre de visites à domicile et des causeries de groupe, pour combattre les pesanteurs culturelles et les perceptions erronées en vue d'emmener les femmes enceintes à se rendre en consultation prénatale avant la fin du 1er trimestre de la grossesse et à respecter les rendez-vous de CPN pour pouvoir recevoir au-moins trois doses de SP ;

	– **Mobilisation communautaire** dans les districts à très forte endémicité, à travers les équipes de mobilisation communautaire (EMC) et les groupes d'action communautaire (GAC). Ces groupes veilleront à ce que les communautés adoptent le recours précoce aux CPN et la prise effective de la SP comme une norme sociale ; – **Communication de masse et marketing digital** visant à saturer l'audience pour accroître la perception du risque lié au paludisme chez la femme enceinte et, inciter à la demande proactive et à la prise effective d'au-moins trois doses de SP. Elle se basera sur l'utilisation des médias (radios de proximité, radio confessionnelles, TV et radios privées, sites web, affichage public et médias publics) ; – **Sensibilisation des populations via les leaders religieux** ; – **Mobilisation sociale** à l'occasion de la commémoration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme ; – **Plaidoyer et veille sociale** qui viseront de manière spécifique à exiger la disponibilité permanente de la SP et, la levée de toutes les barrières entravant l'accès aux CPN et à la SP telles que le mauvais accueil dans les centres de santé, les ruptures récurrentes de SP et le non-respect de la gratuité des CPN et de la SP.
Populations prioritaires	Femmes enceintes;
Obstacles et inégalités	Faible couverture en CPN3 et en SP3 Insuffisance d'implication du secteur privé lucratif dans la dispensation de la SP ;
Justification	L'activité de SBCC développée par les ASC, les groupements féminins, les maris modèles et les leaders communautaires permettra de renforcer la couverture en TPI, l'utilisation des CPN des services publics et privés. La cible totale de femmes enceintes attendues au cours des 3 années de la subvention dans les différents sites est : - Les besoins en SP sur les 3 ans sont : 2 181 811 an 1 ; 2 246 101 an 2 et 2 312 259 an 3 ; - La première année, le fonds mondial achète 1 804 211 doses sur les 2 246 101. Le reste de cette quantité est acquis sur le financement de l'Etat ; - Les deux autres années, les quantités de SP seront acquises sur le financement de l'Etat uniquement.
Résultats attendus	La couverture actuelle en TPI 3 est 45% (rapport PNLP 2019). L'objectif est d'amener 80% des femmes enceintes à la prise de la SP3. L'activité de SBCC développée par les ASC, les groupements féminins, les maris modèles et les leaders communautaires permettra de renforcer la couverture en TPI, de même que l'utilisation des services CPN du publics et privés ainsi que la mise en œuvre de stratégies avancées. Les activités d'IEC/CCC permettront de toucher au total 2 014 590 personnes et celle de visite à domicile de retrouver 16 662 femmes enceintes perdues de vues pour la 3ème dose au moins au cours des 3 années de la subvention.

Investissement attendu	Le coût total du module interventions spécifiques s'élève à 1 554 901 Euro soit 1% du montant de la subvention.

Nº de module	**4. <u>Système de gestion des produits de santé</u>**
Principales interventions et activités	Le renforcement du système de gestion des produits de santé, les interventions adressées au FM à travers le NFM3 prennent en compte les composantes **paludisme et RSS transversale** et permettront de consolider les acquis, identifier les nouvelles stratégies et faciliter la mise à disposition des produits de santé au dernier km et au niveau communautaire. Les interventions prioritaires porteront sur : **4.1-La quantification nationale de tous les produits de santé** L'approvisionnement en médicaments est guidé par l'estimation des besoins des clients à travers un exercice de quantification annuel pour une période de 24 mois, actualisée chaque année pour la mise à jour du plan d'approvisionnement. Elle permet de déterminer les quantités de produits prioritaires de santé nécessaires pour un approvisionnement continu y compris celles de lutte contre le paludisme (antipaludiques, SP, TDR, intrants de la GE/FS et MILDA) qui se fait avec les acteurs clés de la CA (PTF, la Direction de l'Activité Pharmaceutique et de Laboratoires (DAPL), l'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP), la Nouvelle PSP, CNCAM-CI, USAID, UNICEF…) sous le lead du GAS/PNLP. Toutefois ces exercices se confrontent aux problèmes de mauvaise précision des prévisions comme indiqué dans le point 1.3 de la section 1. Il s'agira de renforcer le processus national de quantification de tous les produits de santé, en s'appuyant sur les ressources humaines. Les interventions viseront le renforcement des capacités des acteurs du niveau central et déconcentré pour la quantification. **Principales activités :** 1. Mettre à niveau les compétences de 15 personnes déjà impliqués dans le GAS pendant 5 jours 2. Former 15 nouveaux acteurs du niveau central impliqués dans le GAS pendant 10 jours, sur la quantification et le suivi du plan d'approvisionnement *(procédures, outils/logiciels de quantification et de suivi des plans d'approvisionnement).* Cette formation s'avère nécessaire car le DIU GAPH n'a donné qu'une orientation en la matière ; 3. Organiser un atelier de revue de la quantification des intrants de lutte contre le paludisme de 25 personnes à Yamoussoukro **4.2-La coordination des approvisionnements en produits de santé** : La coordination des approvisionnements a bénéficié de l'appui des partenaires à travers la mise en place d'un cadre de coordination des plans d'approvisionnements (CNCAM). Elle réalise des réunions périodiques de suivi des stocks de médicaments et intrants au niveau central et périphérique. Dans ce cadre également, la CNCAM accompagne les

programmes nationaux de santé à développer et suivre les plans d'approvisionnement. Cela a permis de centraliser les actions des approvisionnements et ainsi de mener de façon mensuelle la consolidation des stocks du niveau central.

Dans le cadre de cette soumission, le renforcement de la coordination se fera à travers : (i) l'automatisation du suivi des plans d'approvisionnement, (ii) le renforcement du cadre de coordination et de gestions des risques sur les approvisionnements pour éviter les ruptures et les surstocks pouvant entrainer des péremptions de produits de santé, (iii) La mise en place d'un mécanisme de suivi du plan d'approvisionnement, du suivi des données de consommation et de la gestion des stocks des structures périphériques, qui permettra d'anticiper ou de contrôler la survenue du risque de ruptures des Produits médicaux et pharmaceutiques. Un contrôle de qualité de ces produits, y compris les TDR et lames, sera effectué chaque semestre à partir de prélèvements d'échantillons dans les structures publiques et privées.

Principales activités

1. Recruter un développeur (cabinet international) pour la conception de la solution numérique WEB BASE d'élaboration et de suivi des plans d'approvisionnement de tous les produits de santé, plateforme gérée par la DAPL *(le recrutement du consultant intègre le développement et la mise en fonctionnement de la plateforme ainsi que la formation des utilisateurs et des administrateurs)*
2. Former à l'utilisation de la solution web base 25 coordonnateurs GAS des programmes et directions de santé qui font le suivi au quotidien dans la planification et le suivi des plans d'approvisionnement (PNLS, PNLT, PNLP, Nouvelle PSP, DAPL, CNCAM, Bailleurs, agence d'approvisionnement…) pendant 5 jours à l'utilisation et à l'exploitation de la plateforme de gestion des plans d'approvisionnement à Abidjan ;
3. Organiser les réunions bilan semestrielles de la CNCAM pour la triangulation des données (cliniques, logistiques, biologiques) et de prise de décision face aux défis de la chaine d'approvisionnement (35 participants dont 20 de l'intérieur du pays) à Abidjan

4.3-Le renforcement des capacités des acteurs de la chaine d'approvisionnement

Les diagnostics de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé en Côte d'Ivoire réalisés par le MSHP avec l'appui financier et technique de l'USAID en 2015 et du Fonds mondial en 2018 ont révélé une faible performance globale depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique notamment par un déficit de compétences en gestion logistique.

Le renforcement des capacités des acteurs de la chaine d'approvisionnement a été un levier important qui a permis d'améliorer la performance de la chaine d'approvisionnement. Il implique l'intervention de pool de formateurs nationaux spécialiste de la chaine d'approvisionnement pour l'encadrement et le coaching des apprenants tout au long du cursus de formation. Ces formateurs occupent des postes de tuteurs et sont chargés de suivre les apprenants, d'initier des exercices et d'animer les forums de discussions pour répondre aux questions des apprenants. Ces formateurs sont issus de différentes structures du MSHP intervenant à toute heure indépendamment de leurs missions habituelles ; il faudrait à cet effet soutenir

leur effort à travers des honoraires forfaitaires. Ils encadreront la formation des gestionnaires de pharmacie actuellement en fonction dans les 84 districts sanitaires seront formés par eLearning de même que les nouveaux agents affectés de la fonction publique. Sur les 113 districts sanitaires, le NFM2 a déjà couvert 28 districts. L'impact du renforcement de capacités des acteurs via eLearning sera pris en compte dans les évaluations annuelles de la distribution au dernier kilomètre.

Les consultants recrutés sur le NFM2 seront reconduits sur NFM3 pour assurer avant la fin 2021 le transfert de compétence au MSHP. Cette compétence multimedia n'existe pas au sein de la DAPL/Ministère, d'autant plus que la plateforme est numérique et l'application Moodle est nouvelle. De plus, nous observons déjà de nombreuses sollicitations de la plateforme eLearning (eStock, quantification, la distribution au dernier km…) par les autres structures intervenant sur la CA (programmes de santé…). Aussi, les achats de licences et logiciels acquis sur le NFM2 et reconduits dans le NFM3 s'avèrent d'importance capitale.

La révision du manuel de formation de CA consistera à produire des modules additifs abordant les spécificités des différents métiers de notre chaine d'approvisionnement, les particularités que revêt la gestion avec les différents programmes de santé (PNLS, PNLT, PNLP, PNSME, Nouvelle PSP, et autres acteurs, ...)

Les interventions en matière de renforcement de capacité viseront les actions suivantes : (i) les formations en ligne pour les gestionnaires des pharmacies des structures publiques actuellement en fonction, (ii) les formations en ligne couplées à des stages pratiques à la Centrale d'achat pour les nouveaux agents de santé affectés intervenant sur le médicament dans les structures publiques, (iii) l'évaluation post-formation des compétences des gestionnaire et (iv) des performances des sites bénéficiaires.

Principales activités

1. Renforcer les responsables de la chaine d'approvisionnement des régions et des districts pour qu'ils encadrent la formation en ligne des acteurs (tuteurs) de la CA dans les districts et les ESPC ;
2. Faire le suivi de la mise en œuvre des acquis du eLearning pour apprécier l'impact de la formation sur la gestion des approvisionnements dans les ESPC à travers des visioconférences mensuelles ;
3. Organiser un stage pratique pour les nouveaux agents affectés de la fonction publique sur les outils et les mécanismes de gestion de la CA à la Nouvelle PSP ;
4. Reconduire l'Assistant Multimédia & le Coordonnateur IT déjà recruté sur le NFM2 pour l'élaboration des supports numériques des modules de formation additionnels et pour l'animation de la plateforme pour 12 mois.

4.4-La gestion des produits de santé dans les établissements sanitaires publics

L'efficacité de la chaine d'approvisionnement s'apprécie par une disponibilité constante des médicaments et intrants médicaux auprès des

	populations. La disponibilité des produits décroit globalement avec l'éloignement du niveau central : en moyenne 80% au niveau NPSP, 60% au niveau dépôt de district, 50% au dernier kilomètre (ESPC et hôpitaux)[52]. Les livraisons ne sont pas assurées par les Districts vers les ESPC dans 55-65% des cas produisant un fardeau opérationnel et financier pour la collecte par les ESPC. Cette gestion des produits de santé est caractérisée par i) l'absence de logiciel de dispensation et de gestion des stocks au niveau des Etablissements Sanitaires pour capter les informations de consommations de manière électronique et à temps réel, ii) l'insuffisance dans le remplissage des outils papiers de base (fiche de stock…) du système d'information et de gestion logistique conduisant à une faible complétude des indicateurs. Aussi, le projet TOPO mis en place pendant la période du NFM2 2018-2020, vise à assurer une disponibilité rapide et sécurisée des médicaments par l'usage de nouvelles technologies tout en s'inscrivant dans le contexte de lutte contre les MQIF (Médicaments de Qualité Inférieur et Falsifiés). Il est basé sur l'identification des médicaments à l'aide d'un code barre, d'un système de gestion des stocks et d'une application d'authentification qui permet d'assurer la traçabilité tout au long du circuit depuis la Nouvelle PSP jusqu'à la dispensation finale. Pour renforcer la gestion des produits au niveau déconcentré, les actions suivantes sont proposées : 1. Déployer le logiciel m-SUPPLY pour sa mise à échelle (coût des licences + estimation assistance Sussol) sur 1002 sites, Cela nécessitera : • Le maintien des assistants techniques acquis sur NFM2 pour pérenniser et faire le transfert de compétence à l'équipe projet eStock. 2. La reconduction des 4 assistants techniques en cours sur NFM2 (consultant principal, consultant local e-STOCK et les 2 Informaticiens). Pour le NFM3, l'assistant technique local gouvernance eStock fera l'évaluation de la performance des utilisateurs, la fiabilité et l'efficacité de la feuille de route par rapport aux acteurs, l'appréciation de l'impact du msupply sur la CA et la production d'un rapport de performance du msupply. Les assistants techniques informaticiens ayant participé à la mise en œuvre du système dans le NFM2, auront à charge la maintenance de l'application, le support aux utilisateurs et le transfert de compétence à la partie nationale car (étant entendu que comparé à eux, l'assistance de Sussol nous semble hors de coûts et n'assurerait pas à termes le transfert de compétences de manière aisée). 3. L'acquisition de matériel nécessaire à l'implémentation de l'application

[52] Analyse situationnelle de la chaine d'approvisionnement en Côte d'Ivoire, Programme Integrated Health Supply Chain Technical Assistance (IHSC-TA), USAID, 2018

	Concernant, Les licences acquises sur le NFM2, elles sont fonction du nombre de sites et du type de licence. Nous avons acheté 318 licences desktop pour 449 sites sur NFM2, les licences mobiles étant gratuites (car open source pour cette version mobile). 1002 nouveaux sites sont prévus d'être implémentés pour le NFM3, il faudra donc acheter de nouvelles licences desktop pour ces nouveaux sites. En outre l'assistance du prestataire a été revue considérablement à la baisse puisque le Ministère veut capitaliser sur la disponibilité des informaticiens recrutés dont nous voulons prolonger le contrat pour assumer une partie du cahier de charge du prestataire. Les équipements informatiques actuellement disponible au niveau de l'équipe projet ont été acquis en 2016 sur financement USAID et sont en panne pour la plupart. Pour minimiser les coûts, certains équipements nécessaires au déploiement (connectivité internet, …) après triangulation avec l'appui aux Etablissements sanitaires à travers la DIIS ont été supprimé. L'implémentation du msupply dans le cadre du NFM3 est donc fortement liée aux acquisitions prévues pour les établissements sanitaires à travers la DIIS. 4. Organiser une mission annuelle de supervision des sites bénéficiaires du e-STOCK, la gestion des commandes, les bonnes pratiques de stockage **4.5-La distribution des produits de santé au niveau central** L'un des maillons essentiels de la chaîne d'approvisionnement de notre système sanitaire ivoirien est la distribution des produits de santé. L'activité de distribution se déroule à deux niveaux, d'une part du niveau central vers les structures sanitaires clientes directes de la NPSP et d'autre part du niveau District sanitaire vers les ESPC. Sur le financement du Fonds mondial, le PNLP passe les commandes des médicaments et intrants via la plateforme Wambo. Ces produits sont exonérés de toutes taxes et droits de douane. La réception de ces médicaments et intrants se fait dans les magasins de la Nouvelle PSP en présence du PNLP selon le plan de livraison. Le stockage est assuré au niveau central par la Nouvelle PSP qui bénéficie de frais de gestion. Afin de désengorger les magasins d'Abidjan et de Bouaké, la NPSP a prévu la construction progressive de magasins régionaux. C'est ainsi que, conformément au cadre de collaboration établi avec le PNLP, la Nouvelle PSP approvisionne les pharmacies des 113 districts, les pharmacies des hôpitaux de référence et des clients directs suivant un plan d'approvisionnement mensuel sur la base des rapports commande, mais également selon un plan d'allocation soumis par le PNLP en cas de nécessité. L'efficacité de ce maillon passe par la mise en place d'un plan de distribution pérenne et performant permettant de répondre avec célérité aux besoins exprimés par les populations jusqu'au dernier kilomètre. Pour corriger cette insuffisance, le MSHP et les différents acteurs ont entrepris des actions qui ont permis d'avoir d'importants résultats dont la mise en place de la Cellule d'Analyse et d'Approbation des commandes des produits de santé (CAAPS).

	Dans le cadre du NFM3, la stratégie de l'intervention consistera au renforcement des capacités de la CAAPS (Cellule d'Analyse et d'Approbation des Produits de Santé) afin d'améliorer l'analyse des commandes des clients. Cela permettra d'améliorer le niveau de satisfaction des commandes. **Principales activités** 1. Réaliser la cartographie ou un tableau des commandes par région, district ou zone (sites) ; **2.** Assurer le fonctionnement de la CAAPS (Salaires, Frais de communication, réunions de validation de toutes les commandes en intrants et médicaments). **4.6-La distribution des produits de santé dans les Etablissements Sanitaires au niveau périphérique** Les appuis du FM et des autres bailleurs pour résoudre les problèmes liés à la distribution au dernier kilomètre (voir p9, partie 1.3) sont désormais visibles à travers les moyens logistiques pourvus (véhicule de distribution) dans la majorité des districts sanitaires, la disponibilité de procédures opérationnelles et d'outils de traçabilité de la distribution. Au niveau opérationnel, la fonction de stockage des produits est assurée par les pharmacies des districts et des hôpitaux dont les capacités sont à renforcer. La pharmacie du district sanitaire approvisionne mensuellement les ESPC, les structures sanitaires privées (lucratives et non lucratives) selon les besoins exprimés. Les ASC sont approvisionnées à leur tour par l'infirmier responsable de l'ESPC, selon leurs besoins. Dans le cadre du NFM2, d'autres activités visant à l'amélioration de la distribution au dernier km sont en cours de réalisation tels que i) le coaching des gestionnaires de district par les régions à la mise en œuvre desdites procédures et à l'utilisation des outils ; ii) l'évaluation de la distribution au dernier kilomètre. Les outils de gestion sont utilisés à tous les niveaux de la chaine de distribution. Il s'agit du bordereau de livraison, de la fiche de stock, de la fiche d'inventaire et de la fiche de transfert. Ces outils permettront d'effectuer d'une part le suivi de la gestion et d'autre part la traçabilité des stocks pour garantir une disponibilité permanente des ILP au profit des populations, qui sans distinction d'âge ni de sexe, bénéficieront des services de prévention, de prise en charge dans ces structures reparties sur l'étendue du territoire national. Les outils de gestion seront révisés, pour y intégrer des indicateurs de traçabilité des intrants et médicaments afin de différencier les intrants du secteur communautaire et du secteur public. De plus, les 50 fourgonnettes acquises sur le NFM2 ont permis de renforcer la distribution au dernier kilomètre et le redéploiement de stock interdistrict réduisant ainsi les ruptures de stock au niveau des ESPC ; pour le NFM3, ce renforcement de la chaine d'approvisionnement sera poursuivi pour prendre en compte les besoins en véhicule des nouveaux districts et sera financé sur NFM3 et le cofinancement.

	Le nouveau découpage sanitaire en 2019 a entrainé un accroissement du nombre de districts sanitaires passant de 86 à 113, soit 27 nouveaux districts qui ont besoin d'être renforcés en moyens logistiques. En dehors des districts d'Abidjan, le gap à couvrir après l'intervention des autres financements (projet SWEDD, USAID, C2D) est de 33 fourgonnettes. 20 fourgonnettes seront couvertes par l'Etat à travers le cofinancement et 13 fourgonnettes par le NFM3. La subvention NFM3 prévoit aussi la réhabilitation de conteneurs dans 26 districts à raison de 2 conteneurs par district (11 districts par le FM et 15 par le co-financement) en vue d'accroitre les capacités de stockage des moustiquaires et autres produits de santé. Il s'agira donc dans le cadre du NFM3 de poursuivre le renforcement de la distribution au dernier km : par (i) la disponibilité et l'utilisation efficace des outils de traçabilité, (ii) l'évaluation périodique de l'efficacité de la distribution et de la disponibilité des produits de santé jusqu'au dernier km, (iii) Le suivi de la distribution à base communautaire en collaboration avec la DSC, (iv) l'amélioration des capacités de stockage de 25 districts et l'acquisition de moyens logistiques de distribution au dernier km. **Principales activités** 1. Reprographier et diffuser les outils de gestion de la distribution au dernier km pour les 27 nouveaux districts ; 2. Réaliser des évaluations annuelles de l'efficacité de la distribution et de la disponibilité des produits de santé jusqu'au dernier km ; 3. Participer à l'analyse des données de distribution à base communautaire avec la DSC en vue d'accompagner les régions dans l'amélioration de la disponibilité des produits de santé au niveau communautaire. 4. Acquérir 13 fourgonnettes pour assurer la disponibilité des produits de santé au dernier kilomètre ; 5. Réhabiliter deux conteneurs par districts dans 10 districts sanitaires en vue d'accroître les capacités de stockage. **4.7- La vigilance des produits de santé** L'utilisation irrationnelle des médicaments, la circulation des médicaments contrefaits et la consommation élevée des médicaments de la médecine traditionnelle favorisent la survenue fréquente des effets indésirables médicamenteux. A ce jour, Il est prévu une direction chargée des vigilances au sein de l'AIRP qui dispose de ressources humaines formées. La subvention NFM3 permettra la formation des pharmaciens régionaux sur les outils de notification et de gestion des effets indésirables (fiche de notification, base de données nationale sur Vigiflow). **Principales activités** 1. Former des acteurs régionaux et départementaux à l'utilisation du module TRACKER du DHIS2 et de la fiche de notification,

2. L'organisation de réunions bilans pour évaluer les applications électroniques,
3. L'opérationnalisation des comités médicaments afin que les questions de pharmacovigilance puissent être évoquées.

Certaines interventions de soutien sont déjà financées à savoir la formation des acteurs des sites sentinelles pour le MED SAFETY (prévue sur le projet MEDTIC).

4.8- Système de gestion des laboratoires de biologie médicale

Les services de biologie médicales qui soutiennent le système sont repondus sur le territoire avec plus de 736 laboratoires. Ce système de laboratoire demeure insuffisant, malgré les différents appuis qui ont permis le développement d'un plan stratégique, qui n'a pas été efficacement mis en œuvre. En effet le pays ne dispose pas d'un cadre de coordination des activités de laboratoire pour le suivi périodique de la mise en œuvre du plan stratégique de laboratoire. L'appui de CDC/PEPFAR a permis l'installation d'un logiciel OPENELIS qui n'est pas efficacement utilisé dans tous les laboratoires, et qui ne permet pas un accès direct et à temps réel des données de laboratoire. L'appui du FM a été fait au niveau des différents programmes de Tuberculose, VIH et Paludisme pour renforcer la disponibilité des intrants de tests, la maintenance de certains équipements notamment dans le Sud-Comoé et faciliter les transports d'échantillons. Mais un Système de transport intégré VIH/TB/Malaria/ qui permet la réduction des délais de rendu des résultats n'est pas disponible au niveau national. Le système des laboratoires en Côte d'Ivoire présente plusieurs insuffisances qui nécessite des interventions dans plusieurs domaines, cependant dans le cadre du NFM3,nous proposons d'adresser les interventions dans 4 axes prioritaires : i) Créer un cadre national de coordination des activités de laboratoire pour fédérer et suivre de manière efficace les interventions du plan stratégique, en puisant dans l'expérience de la CNCAM et l'appui de l'AT organisationnel ii) Renforcer le système d'information national intégré de laboratoire, par la création d'outils de gestion harmonisés des laboratoires, l'intégration de OPENELIS dans le SIGEP2, et l'expansion de OPENELIS sur l'ensemble des laboratoires du pays, iii) Développer un système intégré national de référence et transport des échantillons biologiques, iv) maintenir la démarche d'amélioration de la qualité selon le processus SLIPTA/OMS-AFRO entamé dans les 50 laboratoires.

Principales activités

1. Créer une Commission Nationale de Coordination des Activités de Laboratoire (CNCAL)
2. Faire une analyse situationnelle du système des laboratoires existants en 2021
3. Elaborer le plan national stratégique des laboratoires 2021-2025
4. Développer des outils et procédures de gestion harmonisés de laboratoire
5. Installer OpenElis sur 35 laboratoires par an et créer un tableau de bord de suivi des laboratoires
6. Créer un pilote de Système de transport intégré VIH/TB/Malaria des échantillons de laboratoire sur cinq régions sanitaires

4-9. Politique, stratégie, gouvernance de la chaîne d'approvisionnement

La gouvernance dans la chaine d'approvisionnement est un axe essentiel qui permet de garantir le succès des programmes de santé, en raison de son aspect transversal. Elle intervient dans la construction d'une chaine d'approvisionnement adéquate pour s'assurer que les cadres politiques et stratégiques existent et sont combinés avec une surveillance efficace, la coordination, le financement, la réglementation, la gestion des ressources humaines et la redevabilité des interventions, sur la base d'informations pertinentes.

Depuis 2015, la vision de la Côte d'Ivoire sur le secteur pharmaceutique s'inspire de la politique nationale de santé (PNS) à travers la politique pharmaceutique Nationale (PPN) révisée en 2015. Elle vise à améliorer "*la disponibilité et l'accessibilité des médicaments, vaccins et autres intrants stratégiques de qualité*" avec une meilleure coordination des interventions de la chaine d'approvisionnement des produits de santé. Cette vision a bénéficié de plusieurs organes et structures de coordination dont le cadre de coordination du PNSCA avec son comité Central et son comité technique, le cadre de coordination des approvisionnements conduit par la CNCAM-CI[53], la coordination des projets de la chaine d'approvisionnement jusqu'au niveau décentralisé.
De plus, la politique mise en œuvre dans le cadre de la gestion des produits sur la subvention et RSS NFM2, a permis entre autre : i) le renforcement des capacités des acteurs sur la gestion des stocks au niveau des districts sur les logiciels de gestion des données de stocks, ii) la révision des fonctionnalités du logiciel eSIGL pour une meilleure évaluation des besoins, iii) la réalisation de diverses enquêtes comme les enquêtes EUV (End User Verification Survey) et les enquêtes ABC menées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ont contribué à une amélioration de la gestion des stocks.

La réorganisation récente des structures du secteur pharmaceutique (PNDAP, DPML) en Côte d'Ivoire conduisant à la prise de l'arrêté N°0053/MSHP/CAB du 17/02/2020 portant modification de l'arrêté N°160/MSLS/CAB du 28 septembre 2015 fixant les attributions, l'organisation et le fonctionnement de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des laboratoires (DPML) intègre les missions du PNDAP, tel que précédemment libellé dans son arrêté de création. Aussi, les activités précédemment menées par le PNDAP sont reversées au compte de la Direction de l'Activité Pharmaceutique et des Laboratoires (DAPL) tel que décrit dans son nouvel arrêté.
Suite aux dernières mutations opérées dans le secteur pharmaceutique, l'année 2020 marque le terme de la période de mise en œuvre de la précédente PPN 2015 et de son PDPN 2016-2020 ainsi que du Plan national stratégique sur la chaine d'approvisionnement (PNSCA 2016-2020). Une révision de la Politique Pharmaceutique Nationale ainsi que Son Plan Directeur Pharmaceutique s'avère nécessaire pour intégrer les nouvelles

[53] Arrêté N°134/MSLS/CAB du 20 mars 2015

	priorités en matière de santé publique. Il s'agira notamment de tenir compte de nouveaux enjeux et défis liés à la couverture maladie universelle, à la production pharmaceutique locale dans le contexte de l'épidémie au Covid-19, à la lutte contre les faux produits de santé, à l'accès aux médicaments des maladies non transmissibles et ceux destinés à la santé de la mère et de l'enfant ou à la pharmacorésistance des agents pathogènes aux produits de santé. Ce processus conduit par la DAPL aboutira à l'élaboration du nouveau cadre stratégique sur la chaine d'approvisionnement, le Plan sectoriel triennal de la Chaine d'approvisionnement PNSCA 2021-2023. La structure de coordination de la chaine d'approvisionnement sur le NFM2 bénéficie d'assistance technique pour son renforcement institutionnel et d'un outil robuste de coordination et de gestion de projet. Compte tenu de la nouvelle structuration, l'accompagnement structurel et organisationnel (AT organisationnel) demeure indispensable pour faciliter la transition et permettre le transfert de compétence. De plus, l'application Orchestra (Planisware) a été acquis et son déploiement est en cours par le biais du NFM2. Il permettra à la DAPL de gérer tous ses projets d'appui y compris le NFM2 RSS et la cartographie des appuis sur la CA. Dans le cadre du NFM3, il est proposé une maintenance de l'application orchestra pour la gestion des projets à la DAPL pour les 3 années et l'acquisition de licences additionnelles pour les partenaires clés sur la chaine d'approvisionnement (au nombre de 6) (FM, USAID/PEPFAR, OMS, AFD/C2D, BM, UNFPA) afin de donner de la visibilité sur la cartographie des partenaires sur la CA. Enfin la DAPL, composée en majorité des RH de l'ex-PNDAP, a été mise en place depuis T1 2020. Pour éviter une déperdition de ses RH déjà impliqués dans la mise en œuvre du NFM2 et qui pourrait entrainer un retard dans la mise en œuvre du NFM3, nous proposons d'octroyer une prime de performance au bénéfice desdits RH afin de garantir l'exécution efficace du NFM3. Ces actions permettront d'encourager et de maintenir ces ressources et éviter le turn over. Dans le cadre du NFM3 la stratégie de l'intervention consistera au renforcement de la gouvernance et du leadership sur la chaine d'approvisionnement, en s'appuyant sur le catalyseur des ressources humaines, des outils et des organes de coordination. Il s'agira : (i) du renforcement des cadres et organes de coordination sur la chaine d'approvisionnement (PNSCA, PDPN, CNCAM), (ii) du développement de la professionnalisation et des compétences des acteurs intervenant dans la chaine d'approvisionnement, (iii) du renforcement du pilotage de la chaine d'approvisionnement jusqu'au niveau décentralisé (il s'agit d'une plateforme d'échanges sur les différents appuis dont bénéficient tant le niveau décentralisé que les INS; elle est un cadre de partage d'expérience entre les acteurs de la chaine d'approvisionnement) (iv) du renforcement du contrôle des bonnes pratiques pharmaceutiques (y compris la partie financière) dans les établissements sanitaires et pharmaceutiques (inspections). **Principales activités** 1. Elaborer et valider le Plan Opérationnel triennal 2021-2023 de la chaine d'approvisionnement (30 participants dont 10 non-résidents pour 3 jours et 10 participants pour 2 jours) ;

	2. Organiser les réunions semestrielles de triangulation des données (cliniques, logistiques & biologiques) et de prise de décision face aux défis de la CA ; 3. Organiser un atelier bilan annuel de suivi des performances de la chaine d'approvisionnement au niveau décentralisé et au niveau des CHU/INS (Instituts Nationaux de santé) à Abidjan ; 4. Evaluer les fiches de poste des métiers de la chaine d'approvisionnement par rapport à la pratique professionnelle et aux besoins, et rédiger le rapport d'évaluation (2 équipes de 4 personnes y compris le chauffeur pour 10 jours de missions) ; 5. Elaborer et valider un plan stratégique de professionnalisation des métiers du secteur pharmaceutique ; 6. Evaluer les performances et la maturité de la chaine d'approvisionnement des produits de santé en 2023 ; 7. Reconduire les assistants techniques (Assistant organisationnel & l'Assistant Comptable) déjà recrutés sur le NFM2 ; 8. Appuyer le fonctionnement de la coordination du projet par la DAPL ; 9. Octroyer des primes de performances sur la mise en œuvre des activités du projet ; 10. Assurer la maintenance de l'application de gestion Orchestra ; 11. Soutenir les inspections dans les officines de pharmacie et les pharmacies des structures sanitaires publiques pour le respect des conditions de détention, de dispensation et de bonne gestion financière des produits de santé. 12. Poursuivre l'assistance technique pour la gestion des approvisionnements et des stocks sur financement PMI/USAID ; 13. Renforcer le contrôle et l'assurance qualité des intrants antipaludiques ; 14. Maintenir la disponibilité équitable et gratuite des intrants antipaludiques.
Populations prioritaires	- Niveau central : DAPL, AIRP, Nouvelle PSP, LNSP, DIIS, DSC, Programmes, CNCAM, CAAPS - Niveau déconcentré : DRS, DDS, HG, ESPC, ASC - Pharmaciens des régions et des districts sanitaires - Les prestataires des ESPC - Toute la population
Obstacles et inégalités	• Risques de rupture et de surstocks non levés • Insuffisance dans la gestion des produits et mauvaise utilisation des outils de gestion par certains • Insuffisance de personnel compétent sur la chaîne d'approvisionnement • Rupture des outils de gestion des produits de santé au niveau des sites • Insuffisance dans l'application des textes réglementaires de lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des produits de santé ; • Insuffisance de contrôle qualité des produits de santé acquis dans le cadre des subventions du Fonds mondial ; • Non-respect de la périodicité des commandes au niveau opérationnel et des plans d'approvisionnement.

Justification	Beaucoup d'avancées ont été notées avec notamment : (i) la création de la CNCAM-CI qui assure une meilleure maîtrise du suivi des stocks, (ii) la mise en place de la CAAPS, qui a amélioré la satisfaction des commandes, (iii) la mise en œuvre en cours de l'e-stock (M-SUPPLY) et de la formation e-learning, qui ont respectivement permis la gestion automatisée des stocks et la formation en ligne des acteurs. Le suivi automatisé de la gestion des stocks et des approvisionnements assure la traçabilité des produits de santé afin de minimiser les risques de rupture et de sur stockage et d'optimiser les résultats du programme. Avec le NFM 3, il convient notamment entre autres activités, de passer à échelle (e-stock et e-learning) et d'automatiser le suivi des approvisionnements des stocks avec une plateforme Webbased.
Résultats attendus	• Un meilleur suivi des commandes, des stocks et des approvisionnements • Le renforcement des capacités d'un plus grand nombre d'acteurs pour la maitrise des activités de quantification et de gestion des stocks au niveau des sites • La gestion automatisée des stocks d'un plus grand nombre d'ESPC du pays assurant ainsi une meilleure traçabilité des activités de la chaîne d'approvisionnement • Un plan national stratégique des laboratoires 2021-2025 est disponible et l'application OpenElis est déployé sur un plus grand nombre de laboratoires • Au moins 80% des structures sanitaires déconcentrées (région et département) est annuellement évaluée au niveau du suivi de la gestion des antipaludiques et autres ILP • Au moins 80% des structures sanitaires déconcentrées (région et département) identifiées lors de l'évaluation de la gestion des achats et des stocks (GAS) est renforcée pour le suivi de la gestion des antipaludiques et autres ILP
Investissement attendu	Le coût du module Système de gestion des produits de santé sur la période 2021-2023 est de 5 644 419 EURO, soit 4% du montant de la subvention. Ce montant sera sollicité sur le montant alloué.

N° de module	**5 - Ressources humaines pour la santé, y compris agents de santé communautaires**
Principales interventions et activités	Les interventions retenues pour ce module sont le renforcement des capacités des agents de santé, des agents de santé communautaire, leur fidélisation et leur répartition. Un accent particulier sera mis sur le développement des agents de santé communautaires (ASC). **5.1. Rémunération et déploiement de personnel existant/nouveau personnel (à l'exception des agents de santé communautaires)**

	En 2018, sur le financement PMI, le PNLP a fait recruter 10 conseillers techniques régional (CTR) pour renforcer la coordination des activités au niveau régional. Chaque CTR a en charge 2 régions sanitaires. Cette organisation a permis au programme de mieux suivre les activités au niveau décentralisé. Sur la nouvelle subvention, en vue d'optimiser les résultats obtenus, le PNLP se propose de recruter 10 autres CTR de sorte à réduire les territoires à couvrir et partant à améliorer l'efficacité de cette coordination. Au vu du volume sans cesse croissant des intrants gérés par le PNLP, les activités de demande d'exonération, le processus de dédouanement et de réception des produits, la gestion du parc automobile, les campagnes de distribution de moustiquaires, le PNLP renforcera ses capacités en gestion logistique. Ainsi un logisticien senior sera recruté pour assurer une gestion optimale et efficiente de ces différentes opérations. **5.2. Agents de santé : Formation continue** Les directives nationales de prise en charge ont été mises à jour en 2018. De nouveaux agents provenant des écoles de formation sont déployés au niveau opérationnel. Ainsi, la mise à jour du personnel de santé est indispensable pour garantir le respect des directives de la lutte contre le paludisme. La formation continue des agents de santé se fera à travers : – La révision et le développement des outils de formation sur les modules de prise en charge ; – Le cours de paludologie ; – Les enseignements post-universitaires sur les directives révisées. Ces enseignements se feront aussi bien en présentiel qu'en ligne grâce à des plateformes de formation à distance. **5.3. Agents de santé communautaire : Éducation et production** Comme précédemment indiqué, 2600 nouveaux ASC seront sélectionnés pour renforcer le pool d'ASC à 8500 personnes. Cette action vise à accroître le niveau de saturation des services iCCM et, faciliter la recherche proactive des cas. Les ASC nouvellement sélectionnés bénéficieront d'une formation initiale sur un paquet intégré de services y compris la promotion de la lutte contre le paludisme et la prise en charge des cas de paludisme, conformément aux directives nationales. Les formations suivront un processus en cascade : un pool d'IDE formateur seront formé au niveau district. Ceux-ci à leur tour assureront la formation des ASC pour la mise en œuvre des activités communautaires. **5.4. Agents de santé communautaire : Formation continue** Pour garantir la qualité des services communautaires, chaque ASC bénéficiera d'au-moins 1 visite de supervision + 1 visite de suivi sur site tous les 3 mois. Le superviseur dédié, IDE responsable des activités communautaires recevra une prime de 5,000 F.CFA pour chaque visite de supervision + visite de suivi d'un ASC. Il en est de même pour les points focaux des groupements féminins, dont l'encadrement technique sera assuré par les SFDE. De plus, l'ensemble des ASC et Groupements Féminins mobilisés dans la cadre de la subvention NFM3 paludisme bénéficieront de courtes formations de recyclage au cours de la subvention. Ces formations de recyclage seront

	également réalisées au niveau des centres de santé par les infirmiers responsables des activités communautaires. **5.5. Agents de santé communautaire : Rémunération et déploiement** Conformément aux directives officielles, les ASC recevront des primes mensuelles forfaitaires de 20,000 F.CFA par rapport mensuel validé. Ils seront encouragés à développer des Associations Villageoises d'Epargne et de Crédit (AVEC), pour faciliter la création d'activités génératrices de revenus (AGR). De même, chaque Groupement Féminin comportant 10 points focaux recevra une prime d'incitation d'un montant de 50,000 F.CFA tous les 2 mois. Ce montant a été revu à la hausse par rapport au NFM2 (50,000 F.CFA tous les 3 mois) pour répondre aux nombreuses plaintes émises par les femmes de ces groupements. Les GF recevront également un appui pour la mise en place d'AVEC pour la création d'AGR en vue d'une pérennité de leurs activités.
Populations prioritaires	– Agents de santé – Agents de santé communautaires – Groupements féminins
Obstacles et inégalités	– Difficultés de rétention des ASC et des points focaux des groupements féminins – Difficultés à mobiliser des femmes comme ASC (Pesanteur sociale)
Justification	– Les nouveaux agents provenant des écoles de formation bénéficieront de renforcement de capacité sur les directives – Au plan communautaire, 33% de la population est située à plus de 5 km d'un centre de santé ce qui limite l'accès aux soins. – Les populations situées à moins de 5 km d'un centre de santé ne bénéficient pas des stratégies de communication interpersonnelle développées par les ASC, – Dans certaines localités, en raison du nombre élevé de ménages à couvrir, l'ASC n'arrive pas à visiter systématiquement toute sa zone de responsabilité dans un laps de temps raisonnable d'où la nécessité de recruter de nouveau ASC et les former.
Résultats attendus	– Au-moins 90% des ASC requis sont régulièrement actifs ; – Au-moins 90% des groupements féminins requis sont régulièrement actifs ; – Au moins 80% des rapports communautaires ont été reçus au niveau national (Taux de complétude des rapports SNIS).
Investissement attendu	Pour la période 2021-2023, le coût du module Ressources humaines pour la santé, y compris agents de santé communautaires est évalué à 10 896 323 Euro soit 8% sera financé sur le montant alloué.

N° de module	**6 – Système de gestion de l'information sanitaire et suivi évaluation**
Principales interventions et activités	Le module système de gestion de l'information sanitaire et suivi évaluation prend en compte le RSS paludisme et le RSS transversal.

La priorité au niveau du système de gestion de l'information sanitaire et suivi évaluation s'articulera autour du renforcement de la qualité des données au niveau des sites de production de l'information et le renforcement des capacités des acteurs à l'analyse des données à tous les niveaux afin d'identifier les goulots d'étranglement et l'utilisation des données pour définir les actions correctrices.

Au niveau du paludisme, le système mis en place a permis de renforcer les données de routine par l'intégration des données de la maladie dans le DHIS2, et de réaliser des études. Ce système a orienté le programme pour la mise à jour du profil épidémiologique, la stratification des interventions, l'amélioration de la notification des décès. Cependant, il demeure un problème de qualité de ces données.

Un important renforcement se fera à travers l'élaboration des RASS régionaux et la mise à disposition des différents modules ou tableau de bords (TB, VIH et Paludisme qui seront intégrés au DHIS 2 et devront normalement faciliter l'utilisation des données avec des indicateurs de suivi). Ainsi, l'on disposera également de la « situation room » qui, une fois opérationnalisée facilitera la mise à disposition de la situation en temps réel.

Les missions de supervisions seront renforcées et intègreront l'évaluation de l'utilisation des données pour la prise de décision. La DIIS procèdera à un classement des régions, districts et établissements afin de susciter leurs motivations.

La présente proposition sera axée sur l'amélioration de la qualité des données au niveau de sites de production et leur utilisation à tous les niveaux. Elles se feront à travers plusieurs interventions prioritaires : (i) le renforcement de la gouvernance, du cadre institutionnel et réglementaire, (ii) le renforcement des ressources humaines et matérielles dédiées à la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide, (iii) l'amélioration de la disponibilité des données sanitaires de qualité dans tous établissements publics, privés, (iv) l'analyse, les évaluations, les revue et transparence, (v) les enquêtes.

Cinq interventions seront adressées dans la présente demande, Il s'agira du :

6.1- Renforcement de la gouvernance, du cadre institutionnel et réglementaire
Les actions porteront sur :

6.1.1- le renforcement de la disponibilité et la dissémination des documents normatifs
Afin d'avoir un Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) unique, les indicateurs ont été révisés pour prendre en compte toutes les données des secteurs public et privé, des Etablissements Publics Nationaux et communautaires. Les outils de collecte des données ont été adaptés afin de faciliter la collecte à tous les niveaux. Par ailleurs, la révision du manuel national de procédures de gestion des données intégrant les aspects liés à l'assurance qualité des données et la gestion des outils de collecte de données a été réalisé en 2018. Aussi, un manuel de procédures de consolidation et analyse des données sanitaires saisies dans la plateforme DHIS 2 a été conçu avec pour objectif de formaliser l'analyse de la cohérence des données sanitaires pour s'assurer de leur qualité.
Il s'agira de s'assurer que tous les acteurs et intervenants possèdent et utilisent tous les documents normatifs révisés et diffusés par la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS).

Principales activités :

1. Reproduire et diffuser Valider des algorithmes de procédure de traitement et de contrôle de cohérences des indicateurs des programmes de santé au niveau des établissements de soins ;
2. Elaborer et valider le manuel de procédure de gestion des données communautaires

6.1.2- Le renforcement du leadership pour une meilleure coordination de la mise en œuvre des interventions du SNIS

Pour faciliter le renforcement, le suivi et lever les goulots d'étranglement de la mise en œuvre du Plan Opérationnel intégré et aussi, améliorer le fonctionnement des GTT. La DIIS a mis en place en 2019, un Groupe Technique multipartite composé de l'ensemble des acteurs du MSHP et PTF impliqués dans la gestion du SNIS. Ce suivi sera renforcé à travers le financement sollicité.

Principales activités :

1. Organiser une réunion semestrielle de coordination du SNIS au niveau central afin d'assurer une meilleure gouvernance du SNIS ;
2. Organiser une réunion trimestrielle de suivi de la mise en œuvre du Plan stratégique 2021-2025 de renforcement du SNIS afin d'apprécier et d'orienter les résultats et objectifs fixés.

6*.1.3- Renforcement du cadre de suivi – évaluation*

Pour la présente soumission, l'accent est mis sur l'implication des acteurs au niveau déconcentré (districts et établissements sanitaires). Les équipes de S&E du niveau Régional joueront un rôle essentiel. Ils bénéficieront de formation en contrôle qualité (CQD), en analyse et utilisation des données. Ils assureront à leur tour la formation des acteurs des districts sanitaires (DS) et des établissements sanitaires (ES) en CQD, en analyse et utilisation des données. Les équipes de S&E des régions et des districts sanitaires conduiront des missions de vérifications de la qualité des données dans les formations sanitaires.
En outre, les équipes de S&E des districts feront le coaching des prestataires des établissements sanitaires. En contrôle qualité, en analyse et utilisation des données sanitaires pour gérer les activités de soins (maladies, épidémies…).

Principales activités :

1. Organiser des missions trimestrielles de revue de la qualité des données par les Pairs CSE et ECD (Chargé de surveillance épidémiologique et équipe cadre de districts) ;
2. Organiser 06 ateliers de coaching des districts et région sur l'analyse des données communautaires dans DHIS 2, génération des indicateurs et tableaux de suivi (CSE-R, CSE-D) en collaboration avec la DSC ;
3. Organiser 4 ateliers de coaching des prestataires des ESPC sur le Logiciel DHIS 2 au niveau des ESPC (Centres de santé Urbains CSU et Formation sanitaires urbaines FSU) pour la saisie, l'analyse et l'utilisation de leurs données à partir de DHIS 2

6.2- Renforcement des ressources humaines et matérielles dédiées à la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide

Cette intervention sera mise en œuvre à travers :

	6.2.1- la disponibilité des ressources humaines qualifiées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (GD Hôpitaux de référence, opérationnalisation des Districts Sanitaires DDS et Régions sanitaires DRS en RH). Au niveau des ressources humaines, des assistances techniques à court et long terme seront recrutés pour renforcer les équipes de la DIIS, au niveau central. Au niveau décentralisé, des appuis aux hôpitaux de référence en gestionnaire de données seront sollicités. Les capacités des RH au niveau décentralisé seront renforcées, en comblant les GAP non couvert par le NFM2 dans les domaines de la maitrise, des modules, application et gestion des données, l'analyse et l'utilisation des données à travers DHIS2, SIG-DEP.2 etc… **Principales activités :** 1. Organiser 1 atelier de formation de la DIIS/MSHP/programmes sur l'Accessmod. 2. Recruter 2 Assistants techniques développeurs pour SIGDEP 2 serveur (Assistance Technique) 3. Recruter 4 Data Analyste à la DIIS (Assistance Technique) 4. Assurer les frais de formation de 2 personnes par an de la DIIS à la gouvernance du système d'information (COBIT, Prince 2, TOGAF) en une année à Abidjan 5. Assurer la continuité d'une assistance technique OMS sur la mise en œuvre et le suivi du PRSIM ainsi que la cohérence des données sanitaires 6. Assurer la poursuite d'une assistance technique Perlée sur les contingences (AEDES) 7. Assurer la poursuite de l'assistance technique sur le paramétrage et la mise à jour du DHIS2 (HISP) 8. Assurer la participation de 02 personnes par an du niveau central à des formations continues en SISR au niveau international (Démarche qualité dans les établissements de santé : outil d'amélioration de la qualité de soins Dakar) ***6.2.2- la disponibilité des équipements informatiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Serveurs, Ordinateurs, Tablettes, Internet,..)*** Des serveurs ont été acquis par le Fonds mondial et hébergés à la Société nationale de développement informatique (SNDI), une entité étatique qui en assure son administration. Les frais d'entretien et d'hébergement des serveurs acquis sur financement Fonds mondial (plan triennal 2014-2016) et logés à la SNDI, sont assurés à travers les financements du Fonds mondial. Un back-up (sauvegarde) devrait être à la DIIS mais pour indisponibilité de locaux ce matériel n'a pas encore été installé. Avec un besoin croissant en données de qualité pour plusieurs applications, les capacités des serveurs restent insuffisantes pour la gestion du SIS. Les subventions précédentes du FM ont permis la mise à disposition de kits informatiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces équipements avec le temps sont devenus défaillants avec des niveaux de maintenance élevé et exige leur remplacement[54] Le FM à travers le NFM3 sera sollicité pour l'acquisition d'équipements informatiques afin de remplacer ceux existants car vétustes sur la base de l'inventaire de tous les biens et immobilisations réalisé en 2018 et 2019 par l'UCP-FM, le PNLS, le PNLP, le PNLT et la DIIS.

[54] Inventaire 2019 : UCP-FM, PNLP, PNLS, PNLT, DIIS

Principales activités :

1. Acquérir 138 tablettes durcies. 108 pour 33 régions et 75 districts et 30 pour la DIIS en vue de la mise à jour régulière des coordonnées GPS des établissements de santé pour la carte sanitaire et l'AccessMod et pour la supervision des acteurs
2. Acquérir 02 serveurs pour la gestion du SNIS (DHIS 2, SIGDEP2 Serveur) (Renouvèlement des 02 serveurs déjà acquis sur le Round 9 en 2014)
3. Assurer l'hébergement des serveurs et l'assistance technique par la SNDI pour la gestion des données sanitaires
4. Renouveler le kit informatique pour la gestion des données des CSE-D, CSE-R et GD d'hôpitaux 108 Ordinateurs portables pour les CSE et 120 Ordinateurs de bureau pour les hôpitaux de référence, 10 laptop et 30 ordinateurs bureau pour les EPN) +34 MAC (Maison d'Arrêt et de Correction)
5. Doter la DIIS en véhicule 4X4 (02 véhicules) pour soutenir ses missions
6. Assurer les frais des Kit internet pour la gestion des données (SIGDEP2 serveur, DHIS2)

6.2.3- la disponibilité des outils de collecte de données ;

Le rapportage des données de routine est indispensable pour suivre l'évolution et les résultats des activités et, prendre les actions nécessaires en cas de contre-performance. Il est prévu annuellement de reproduire les outils de collecte de données de tous les secteurs public, privé et communautaire et les mettre à la disposition de tous les acteurs.

Principales activités :

- Au niveau public : ESPC, EPN, HG, HRG, MAC.

- Développement, impression et dotation des formations en outils de gestion des données ; Cela inclue une formation à l'utilisation du nouveau module de l'OMS sur le paludisme dans DHIS2.

- Au niveau communautaire :

- Reproduire les outils de collecte de données du niveau communautaire ;
- Déployer progressivement à échelle les applications mobiles de collecte des données, à savoir e-iCCM, e-supervision, sous-instance DHIS2 communautaire, pour permettre le suivi en temps réel des résultats des activités et améliorer la disponibilité de données de qualité.

- Au niveau privé :

- Développement, impression et dotation des formations en outils de gestion des données ; Cela inclue une formation à l'utilisation du nouveau module de l'OMS sur le paludisme dans DHIS2.

6.3-Amélioration de la disponibilité des données sanitaires de qualité dans tous établissements publics, privés

6.3.1-Renforcement des capacités des acteurs du SNIS à tous les niveaux (formation, supervision,).

Au niveau des ressources humaines, la DIIS a assuré le renforcement des capacités des gestionnaires des systèmes d'information sanitaire avec la formation de 24 formateurs nationaux et 40 personnes des directions centrales et des programmes de santé. En outre des efforts ont été fait par l'Etat à travers la mise à disposition de

spécialiste en santé publique, d'ingénieur statisticien et d'ingénieurs en informatique au niveau central.

La DIIS a organisé deux académies DHIS2 de Niveau 1 afin d'avoir une masse critique d'acteurs capable d'utiliser la plateforme DHIS2 (80 personnes formées). Quatre (04) personnes ont été formé sur le paramétrage de différents modules à l'université d'OSLO.
Les capacités des RH au niveau décentralisé seront renforcées, en comblant les GAP non couvert par le NFM2 dans les domaines de la maitrise, des modules, application et gestion des données, l'analyse et l'utilisation des données à travers DHIS2, SIG-DEP.2.

Aussi, la formation des acteurs sur les différents outils se fera en mettant en place un pool de formateurs régionaux qui dispenseront les formations avec l'appui des formateurs nationaux.

Aussi, la formation des acteurs sur les différents outils se fera en mettant en place un pool de formateurs régionaux qui dispenseront les formations avec l'appui des formateurs nationaux.

Principales activités

1.Organiser 06 ateliers de formation des districts et région sur l'analyse des données communautaires dans DHIS 2, génération des indicateurs et tableaux de suivi (CSE-R, CSE-D) en collaboration avec la DSC

2.Organiser une rencontre mensuelle entre les acteurs du niveau central pour le suivi de la cohérence et l'analyse des données à partir des extractions dans DHIS 2.

6.3.2-Disponibilité des données pour tous les acteurs du SNIS (Dématérialisation des outils, interopérabilité) ;

Le processus de dématérialisation s'articule autour des points suivants : **(i)** poursuivre l'ensemble des processus d'intégration des données des différents secteurs (conception d'outils, pilotage, Évaluations, validation, reproduction), **(ii)** disposer, au niveau central, d'une base de données agrégeant toutes les données des bases de données de toutes les applications (SIGDEP-2, DHIS2, e-SIGL, OpenELIS), **(iii)** développer et implémenter des solutions permettant la dématérialisation des outils primaires (registres et fiche de suivi) avec production automatiser des Rapports Mensuels d'Activités (RMA).

Il s'agira d'assurer la fonctionnalité d'applications du SNIS interopérables par :
1. la mise à jour régulière des applications existantes,
2. le développement et le déploiement d'une application pour la saisie régulière des données individuelles issues des outils primaires avec production automatisée des RMA,
3. la fonctionnalité des applications interopérables

6.3.3-Renforcement du mécanisme de revue des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (RDQA, consolidation des données par les ECD, Module OMS DQR…);

Les interventions de cette stratégie visent à l'amélioration et à la disponibilité des données de qualités à tous les niveaux. Le Plan de Renforcement du SNIS 2017-2020 a mis un accent sur l'amélioration de la qualité des données. Plusieurs activités ont été conduites aussi bien au niveau central que décentralisé pour l'atteinte de cet objectif.

	Depuis le T4 2018, il a été initié un processus d'analyse et de vérification de la qualité des données dans le DHIS2 (analyse de cohérence) avec les programmes de santé (PNLP, PNLT, PNLS, PNSME, PNN), les Régions et Districts Il s'agira pour le NFM3 d'appliquer systématiquement les mécanismes de contrôle qualité des données à travers : **(i)** la formation des acteurs sur les différents outils en mettant en place un pool de formateurs régionaux qui dispenseront les formations avec l'appui des formateurs nationaux, **(ii)** le renforcement du coaching des acteurs, **(iii)** le renforcement du nouveau mécanisme de vérification et de validation des données. **Il s'agira de : (i)** Conduire une mission annuelle RDQA de la cohérence des données de routine du niveau périphérique (HG, CSU, ESPC, Clinique, logistique, médicamenteux et laboratoire) (équipe de 4 personnes avec 2 jours par établissement) (échantillonnage de région de district et de site**, (ii)** Organiser des missions trimestrielles de revue de la qualité des données par les Pairs CSE et ECD en utilisant le module "Qualité des données" de l'OMS dans le DHIS 2 (113 districts, sur 3 années, revue qualité des données sur site) **Principales activités** • **Au niveau public** : - Vérification de l'exactitude des indicateurs du paludisme dans 20 districts sanitaires. En effet cette activité est menée dans 40 districts sanitaires dont 20 districts soutenus par PMI ; - Coaching des acteurs au remplissage correct des outils primaires ; - Contrôle inopiné ciblant les districts sanitaires où la qualité des données est faible pour réaliser des coachings et renforcer la capacité des acteurs ; - Investigation de la notification des cas et décès ; - Supervision des acteurs a tous les niveaux. • **Au niveau communautaire** : - Validation des données sur site par les responsables d'ESPC ; - Audit de la qualité des données à l'aide de l'outil RDQA tous les 6 mois par le PR communautaire ; - Vérification de la conformité aux normes de qualité (quality benchmarks) tous les 3 mois par le PR. • **Au niveau du secteur privé** : - Collecte des données des établissements sanitaires privés ; - Vérification de l'exactitude des indicateurs du paludisme ; - Coaching des acteurs au remplissage correct des outils primaires ; - Contrôle inopiné ciblant les structures avec des problèmes de qualité des données ; - Investigation de la notification des cas et décès. **6.4. Analyse, évaluations, revue et transparence** Cette intervention est liée à la composante paludisme et prend en compte les interventions suivantes. **Principales activités** • Au niveau public et privé :

	- La revue et l'évaluation du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2021-2025; - Organiser des ateliers de validation des données avec les responsables de la surveillance épidémiologique au niveau des districts et ESPC ; - Mettre en place d'un mécanisme de surveillance des cas et décès ; - Publier des revues périodiques sur la lutte contre le paludisme ; - Renforcer les capacités du personnel du programme en suivi évaluation, gestion des données, analyse et utilisation des données ; - Mettre en place d'un système de surveillance pour améliorer la qualité des soins : supervision, enquête de service ; - Développer un dépôt de données sur le paludisme (dans le cadre du DHIS2 national) ; - Faire la triangulation des données une fois sur la subvention pour réaliser la cartographie du risque palustre et autres analyses ; - Faire l'analyse de l'étendue, de l'échelle et de la qualité du système de surveillance (une fois pendant la subvention) ; - Renforcer les capacités du staff de suivi évaluation sur la modélisation (Accesmod, Spectrum…) pour aider à la planification ; - Faire la mise à jour de la modélisation une fois au cours de la subvention pour aider à la planification. • Au niveau communautaire : - Organiser des ateliers annuels de revue des performances et de planification et des activités au niveau du PR et des SR ; - Réaliser l'évaluation finale de la subvention NFM3 paludisme volet communautaire pour capitaliser les leçons apprises et, informer l'élaboration de futures stratégies de mise en œuvre au niveau communautaire ; - Réaliser les supervisions semestrielles conjointes avec les PR communautaire et public. **6.5. Enquêtes** Plusieurs enquêtes seront financées dans le cadre de la subvention NFM3 paludisme et RSS, pour évaluer la charge de la maladie, déterminer la couverture réelle des services et, apprécier les déterminants bio-comportementaux qui impactent le contrôle du paludisme en Côte d'Ivoire. **Principales activités** • Au niveau du secteur public : Il s'agit des études sur : - L'efficacité résiduelle des MILDA ; - La transmission vectorielle ; - L'efficacité et tolérance des CTA ; - La résistance des vecteurs aux insecticides ; - L'efficacité de la SP ; - L'évaluation des TDR ; - L'enquête des services de santé (ESS). • Au niveau communautaire - Réaliser l'enquête MBS au cours de la subvention NFM3 paludisme volet communautaire ; - Mettre en œuvre des activités de recherche opérationnelle :

	- Réaliser une enquête TRAC (Tracking Result Continiously)
Populations prioritaires	Niveau central : DIIS, Programmes, DSC, DAPL – Niveau déconcentré : Régions, Districts, Hôpitaux, ESPC, Agents de santé Agents de santé communautaire, Groupements féminins, secteur privé
Obstacles et inégalités	– L'utilisation insuffisante du DHIS2 par les acteurs (qui ne font que la saisie sans utiliser les fonctions d'analyse). – Insuffisance dans la qualité des données transmises par les sites de productions – Absence de documents source des données du secteur privé – Insuffisance de prise en compte des données communautaires – L'utilisation insuffisante des données produites pour la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide des données, – L'insuffisance des ressources humaines o au niveau décentralisé (DDS et DRS). les équipes de suivi évaluation se limitent au CSE et les gestionnaires de données des hôpitaux qui collectent, compilent et renseigne le DHIS2. o De plus, les besoins en ressources humaines se font ressentir au niveau central aux vus des tâches et missions à accomplir, notamment sur les paramétrages, migrations et les mises à jour du DHIS.2, sur la qualité des données et l'utilisation des données, etc. – Au niveau des infrastructures matériels et équipements. On note aussi une vétusté des équipements informatiques qui ont été acquis en 2016 sur le financement du FM et les autres bailleurs. – L'insuffisance de véhicules pour la mise en œuvre des missions de terrain de la DIIS
Justification	La revue à mi-parcours du plan de renforcement du système national de l'information sanitaire 2017-2020 en cours de mise en œuvre, a permis de relever des acquis en termes de révision des indicateurs et documents normatifs de gestion des données, appui au niveau opérationnel à la gestion des données à travers la formation des acteurs sur le SISR et DHIS 2. Ces actions ont conduit à la consolidation des données dans une base unique (DHIS2), l'amélioration de la qualité des données (promptitude et complétude), la contribution à la géolocalisation des établissements sanitaires à travers l'outil AccessMod. Des efforts restent à faire dans en matière d'utilisation des données à tous les niveaux pour la planification et la prise de décision. Le suivi évaluation est une intervention clé pour apprécier l'évolution du programme, et conditionne la prise de décisions.
Résultats attendus	- La carte sanitaire dynamique est fonctionnelle et régulièrement mis à jour - Les outils et documents nécessaires à la gestion des données du SNIS sont disponibles - La disponibilité et la qualité des données dans les sites de production (ESPC et Hôpitaux) sont renforcées - Les équipes chargées de la supervision et du suivi-évaluation au niveau décentralisé sont disponible - Les capacités techniques des structures chargées de la production, du traitement et de l'analyse des données en kits informatiques sont renforcées - Doter la DIIS en moyens roulant afin de renforcer ses capacités d'intervention - Disponibilité des RASS régionaux et la mise à disposition des différents modules ou tableau de bords - Au moins 90% des établissements sanitaires public et privé notifie des cas de paludisme et des décès de façon mensuelle ;

	- Au moins 90% des cas et décès est notifié par le système de surveillance de routine ; - 80% des prestataires (Secteurs public, privé et communautaire) est supervisé. - 90% des districts sanitaires soumet dans les délais leurs rapports mensuels au niveau central ; - Au moins 80% des rapports communautaires a été reçu au niveau national (Taux de complétude des rapports SNIS) ; - 80% des études sur le paludisme est réalisé ; - 100% des résultats des études est diffusé et utilisé ; - 100% des sites sentinelles est fonctionnel.
Investissement attendu	Le coût du module Système de gestion de l'information sanitaire et suivi évaluation sur la période 2021-2023 est de 6 682 727 EURO, soit 5% du montant de la subvention. Ce montant sera sollicité sur le montant alloué.

N° de module	**7-Système de gestion financière**
Principales interventions et activités	Deux interventions du module Système de Gestion Financière ont été retenues dans le cadre de la subvention NFM3 paludisme, à savoir : i) les Systèmes de gestion financière publique et ii) la Gestion financière courante. **7.1. Systèmes de gestion financière publique** La gestion financière publique des ressources est réalisée à travers le Système Intégré de gestion des finances Publiques. Dans le cadre de la nouvelle subvention, les activités prévues pour le PR public sont : – Réaliser les audits externes annuel (cours des comptes, inspection générale d'état, LFA, BIG, auditeurs externes indépendants) ; – Renforcer la mission de l'auditeur interne ; – Renforcer le mécanisme de paiement de plus en plus par moyen électronique ; – Faire le suivi rapproché des comptables des régions et des districts sanitaires en vue de leur donner les outils nécessaires pour la gestion des informations financières. Concernant la composante communautaire, les principales activités de gestion financière visent à garantir l'efficience des interventions et, à apporter une assurance raisonnable sur les transactions financières. Elles consisteront à : – Organiser des missions de contrôle interne et de validation des dépenses ; – Réaliser l'audit annuel du projet. **7.2. Gestion financière courante des subventions** Dans le cadre de la nouvelle subvention, les activités prévues sont : – Poursuivre les améliorations web du logiciel de comptabilité spécifique lié à la subvention ;

	– D'autres renforcements des capacités directement liées aux maîtres d'œuvre de la subvention récipiendaires principaux et sous-récipiendaires seront effectués.
Populations prioritaires	– Récipiendaires principaux – Sous-récipiendaires
Obstacles et inégalités	– Difficultés à la remontée des pièces justificatives ; – Difficultés à obtenir des pièces comptables formelles auprès de certains fournisseurs locaux, en particulier dans les zones rurales ;
Justification	Les activités du système de gestion financière sont indispensables pour assurer l'efficience des interventions et, pour garantir la conformité des transactions financières.
Résultats attendus	– Au-moins 98% des transactions financières est conforme ; – Au moins 80% des activités de gestion financière de la subvention NFM3 paludisme (volet public et volet communautaire) a été réalisé.
Investissement attendu	Le coût du module gestion financière sur la période du projet s'élève à 930 524 EURO soit 1% du montant de l'allocation. Ce montant sera sollicité sur le montant alloué.

N° de module	**8- Renforcement des systèmes communautaires**
Principales interventions et activités	La réforme de la santé communautaire vise à assurer le continuum de soins de santé au sein des communautés pour réduire les iniquités dans l'accès aux services de santé avec leur pleine participation et engagement notamment, celle des organisations de la société civile. Le renforcement de la santé communautaire constitue une priorité pour le NFM3. Ces interventions prioritaires sont proposées en vue de répondre au cadre stratégique de la santé communautaire définit par l'Etat de Côte d'Ivoire, qui constitue aujourd'hui le cadre règlementaire en matière de renforcement du système communautaire. Un accent particulier sera mis sur une mobilisation communautaire accrue qui permettra d'accroitre la demande des populations en matière de santé communautaire. Ces interventions vont porter sur : (i) le renforcement du cadre institutionnel, (ii) le renforcement de la participation et de l'engagement des communautés et des collectivités locales, (iii) l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires, (iv) le renforcement du suivi évaluation des interventions de santé communautaire. **8.1. Renforcement de la capacité institutionnelle, planification de développement et leadership** La mise en œuvre du Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2017-2021 s'est faite à partir des projets des différents acteurs et PTF. Au niveau institutionnel, plusieurs documents ont été élaborés afin de rendre disponible les outils pour orienter et encadrer la mise en œuvre du plan. Le renforcement du cadre institutionnel et le renforcement des capacités des organisations est indispensable pour favoriser un cadre opérationnel qui facilite la performance des interventions, et pour assurer la pérennité des investissements par la production de compétences locales. Cette intervention comprendra une évaluation des risques/avantages en vue d'éclairer la durabilité de la stratégie nationale de la

	santé communautaire, et sera articulé autour de : (i) la mise en place et le fonctionnement du cadre de concertation permanent pour le renforcement de la coordination centrale afin d'assurer un meilleur leadership de la DSC(Réunion du GTT suivi-évaluation santé communautaire…), (ii) l'opérationnalisation du plan stratégique santé communautaire 2017-2021 afin d'assurer une bonne viabilité et lisibilité des interventions, notamment à travers la vulgarisation/diffusion de la stratégie et la prise en compte des activités de santé communautaire au niveau de la mise en œuvre. Par ailleurs, l'appui du Fonds Mondial sera également nécessaire pour le développement du prochain plan stratégique national de la santé communautaire pour la période 2022-2025. (iii) la mise en place et le fonctionnement d'un cadre de coordination des activités communautaires au niveau déconcentré (l'organisation de réunions trimestrielles d'échange et de partage avec l'ensemble des points focaux suivi-évaluation des différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé communautaire …). Ces activités cibleront à la fois la Direction de la Santé Communautaire, ainsi que les organisations de la société civile et les autres partenaires stratégiques qui seront impliquées dans la mise en œuvre de la subvention. **Principales Activités :** 1. Organiser des réunions semestrielles du comité central du cadre de concertation de la santé communautaire (MSHP, PTF, secteur privé, OSC & autres ministères) ; et des réunions trimestrielles de coordination et de suivi des activités communautaires soutenues par les PTF dans leurs zones d'intervention 2. Organiser une réunion trimestrielle des 3 sous-groupes thématiques du cadre de concertation permanent de la santé communautaire hors d'Abidjan 3. Assurer l'hébergement et l'administration du site internet de la DSC en vue de diffuser des textes règlementaires et de documents stratégiques en matière de santé communautaire et de promotion de la santé y compris l'accès à la bibliothèque virtuelle 4. Assurer la formation en ligne, à travers la plateforme e-Learning, des structures déconcentrées et autres acteurs communautaires sur l'approche communautaire et la promotion de la santé. 5. Former les sous-récipiendaires sur la stratégie de mise en œuvre du NFM3 paludisme volet communautaire. Une mise à niveau sera également organisée au T7, selon les besoins ; 6. Doter les SRs en équipements pour la mise en œuvre des activités **:** en particulier, les gaps en équipements seront comblés et, le renouvellement des équipements vétustes sera assuré (véhicules, motos, ordinateurs, etc.) 7. Appuyer le développement organisationnel des SRs : il s'agira d'appuyer la mise en œuvre des plans de renforcement des capacités des SRs, développés conjointement suite à l'évaluation des capacités réalisée en 2020. Ces plans prendront en compte la mise en place de standards acceptables concernant les procédures usuelles (finance, chaîne d'approvisionnement, ressources humaines) et, le développement des politiques obligatoires (Sauvegarde de l'Enfant, anti-harcèlement, anti-fraude, dénonciation obligatoire) **8.** Assurer le développement des staffs par la formation continue, et la participation aux ateliers techniques nationaux et internationaux. 9. Acquérir les équipements nécessaires à la coordination et à la mise en œuvre. **8.2. Mobilisation sociale, établissement des liens avec la communauté**

	Cette intervention constitue l'un des éléments clés pour la fourniture des services de santé au dernier kilomètre. Elle comporte l'ensemble des actions nécessaires à la mise en place du dispositif de mobilisation communautaire dans les districts sanitaires ciblés (districts à forte endémicité), selon la méthodologie du Cycle d'Action Communautaire (CAC) ; et vise à accompagner les communautés pour qu'elles s'organisent en vue de prendre elles-mêmes en charge leurs problèmes de santé. La mobilisation communautaire est indispensable pour faciliter un changement durable de normes sociales en faveur du contrôle du paludisme. La surveillance dirigée par les communautés constitue une voie essentielle pour créer la dynamique entre le rôle de l'État, celui des prestataires de service, et la valeur ajoutée des communautés. Le renforcement de la participation de l'engagement des communautés et des collectivités locales se fera à partir des interventions suivantes : (i) l'appui à la redynamisation des COGES dans tous les ESPC, conformément aux missions de la DSC, (ii) la mise en place de cadre de concertations fonctionnels pour le renforcement de la coordination au niveau décentralisé (leaders communautaires, directions régionales, districts sanitaires, collectivités locales et comités sectoriels) pour leur mobilisation autour des interventions de santé communautaires et de promotion de la santé, (iii) le renforcement des capacités techniques et opérationnelles de la Société civile pour assurer leur pleine participation en lien avec le mécanisme de surveillance communautaire sur la santé mis en place par la société civile au cours de l'année 2019 avec l'appui financier de l'ONUSIDA. **Principales Activités :** 1. Mettre en place des équipes de mobilisation communautaire (EMC) dans les chefs-lieux de 11 districts sanitaires à très forte endémicité, sous le leadership des Directeurs Départementaux de la Santé. Ces équipes seront formées et, recevront un appui logistique pour conduire le processus de mobilisation communautaire dans les aires de santé et localités. Il s'agira d'équipes multidisciplinaires avec au moins 05 membres, à savoir le point focal santé communautaire du district sanitaire, un représentant de l'ONG sous-récipiendaire, le responsable des activités de développement communautaire de la mairie, un agent de développement rural et un assistant social. Les EMC bénéficieront d'une formation sur la méthodologie du Cycle d'Action Communautaire (CAC). Elles recevront un appui logistique (carburant) et matériel (outil de travail, fournitures de bureau, matériels de visibilité), ainsi que des primes à la performance en fonction des résultats obtenus ; 2. Constituer des groupes d'action communautaire (GAC) dans les aires de santé des 11 districts sanitaires à très forte endémicité. Les GAC bénéficieront de l'appui des EMC pour analyser les déterminants du contrôle du paludisme dans leurs communautés, fixer les priorités, faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action communautaire par l'ensemble de la communauté, et diriger l'évaluation des résultats. Les GAC bénéficieront de l'encadrement technique des EMC. Leurs membres recevront également des kits de visibilité, des outils de travail, et des primes à la performance.

	3. Apporter un appui à l'organisation des réunions départementales de coordination trimestrielles des 113 districts pour un renforcement des interventions communautaires ; 4. Apporter un appui mensuel aux activités des 54 points focaux Santé communautaire désignés dans les DDS FM ; *5.* Organiser des sessions de formation des acteurs impliqués sur la gestion des COGES *(rencontres d'orientation des acteurs impliqués dans la gestion des COGES) ;* 6. Organiser des rencontres trimestrielles de plaidoyer en collaboration avec les associations gestionnaires des ESCom à l'endroit des leaders communautaires et des cadres pour l'intégration des communautés aux associations gestionnaires afin de bénéficier de soins à tarif réduit ; 7. Réaliser la cartographie des organisations de la société civile de lutte contre le VIH ; 8. Organiser une rencontre d'une journée pour le partage et la célébration des bonnes pratiques et l'accréditation des OSC. **8.3. L'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaire** Les acteurs clés de la mise en œuvre des interventions essentielles en santé communautaires sont les Agents de santé communautaire (ASC). Ces ASC sont essentiellement bénévoles, dans la mesure où ils sont identifiés et sélectionnés par les membres de leurs communautés pour s'engager volontairement à contribuer à l'amélioration de leur santé, en y consacrant une partie de leur temps. Cependant, en retour et afin de compenser le temps consacré pour leurs interventions liées à la santé, ils reçoivent une prime ou motivation financière régulière, qui ne saurait être considéré comme un salaire. Ils sont supervisés actuellement par les IDE, et ont toujours collaboré avec les services de santé pour la mise en œuvre de paquets élargis de soins préventifs, promotionnels et curatifs au bénéfice des communautés. Ces activités mises en œuvre intègrent également celles liées au VIH, à la Tuberculose et au Paludisme[55]. La cartographie a montré que le pays dispose de 14 566 ASC. Parmi ceux-ci, 76% soit 11 397 ASC ont été formés, équipés et redéployés dont 9 897 ASC dans un rayon de plus de 5 km de l'ESPC dans les 83 districts sanitaires et 1500 ASC à moins de 5 km dans seulement 31 districts sanitaires. L'analyse situationnelle avait mis en évidence que les paquets d'intervention des ASC variaient selon le partenaire technique et financier, alors qu'il existait un PMA des ASC développé par la DSC. Malheureusement, la non-vulgarisation du PMA n'a pas facilité son application par l'ensemble des partenaires et acteurs sur le terrain. Les partenaires de mise en œuvre de l'iCCM, compte tenu de leur implication effective dans la rédaction du PSN SC, l'ont appliqué de manière systématique. Cependant, cela n'a pas été le cas pour les partenaires de mise en œuvre des interventions communautaires liées au VIH et à la Tuberculose, du fait de la spécificité de ces pathologies et de certaines populations clés. Ces partenaires utilisent des Conseillers Communautaires et des Pairs Educateurs menant des interventions plus spécifiques liées à ces pathologies.

[55] Tableau de répartition des ASC et le PMA

	L'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions communautaires portera sur : **(i)** la mise à jour périodique de la cartographie des ASC afin d'identifier les gaps au niveau de la couverture géographique des services fournis par les ASC et éviter des chevauchements d'actions et d'ASC, **(ii)** la formation de 500 ASC à moins de 5 km et 500 autres acteurs [Agents de Développement Ruraux (ADR) de l'ANADER sur 57 représentations, et Travailleurs Sociaux], qui seront considérés comme des ASC Coach selon la stratégie nationale de santé communautaire. La formation portera sur le PMA y compris la distribution des produits médicaux et non médicaux à base communautaire, **(iii)** l'équipement des ASC en outils, médicaments et intrants pour la réalisation de leur mission dans les communautés, **(iv)** la mise en place d'un mécanisme efficace pour harmoniser la motivation des ASC, en relation avec le paquet minimum d'activités, **(v)** le payement régulier de la motivation des ASC financée par le FM. Dans le cadre de la durabilité, la DSC envisage d'organiser une réflexion nationale avec les collectivités décentralisées pour une intégration de la prise en charge des ASC par les Mairies et les Conseils Régionaux. Les interventions des points i, ii, iii, et iv se feront de façon complémentaire avec les autres partenaires : PMI, UNICEF, **(vi)** le déploiement et l'équipement de 150 ASC Coach et 126 Superviseurs dédiés pour améliorer l'encadrement des ASC de base à offrir des interventions communautaires de qualité, **(vii)** le renforcement des compétences et des capacités opérationnelles de tous les Points Focaux de la santé communautaire des districts sanitaires pour assurer une supervision, **(viii)** le renforcement des capacités techniques et opérationnelles de la DSC. **Principales Activités :** 1. Recruter un consultant pour finaliser la cartographie des ASC et des autres acteurs communautaires de base et organiser un atelier de validation de la cartographie des ASC et des autres acteurs communautaires 2. Organiser des sessions de formation des 1000 ASC + travailleurs sociaux + ANADER pour atteindre une couverture satisfaisante. 3. Equiper les 1000 ASC de base + travailleurs sociaux + ANADER en kit ASC pour renforcer leurs interventions dans la communauté. 4. Organiser des sessions de formation et de renforcement de capacité pour les 150 ASC coach par l'infirmier superviseur dans les zones FM 5. Motiver financièrement 1500 (dans 31 DS) + 500 (nouveau découpage zone FM - 54 DS) ASC de base du Projet RSS FM dans les zones couvertes par le Fond Mondial 6. Organiser des sessions de formation de tous les points focaux santé communautaire des districts sanitaires sur la supervision des ASC et superviseurs dédiés **8.4. Plaidoyer mené par la communauté et recherche** Cette intervention vise à optimiser le plaidoyer par les organisations de la société civile. Elles ont pour objectif d'influencer l'amélioration des politiques et du cadre décisionnel pour la survenue de changements positifs durables. Depuis le NFM2, ce volet a été placé sous le lead du Réseau des Organisations de Lutte contre le Paludisme en Côte d'Ivoire (ROLPCI) qui a réalisé des actions de plaidoyer en direction des rois et chefs traditionnels. Le ROLPCI a également coordonné et diffusé

	un bulletin semestriel de la société civile sur la lutte contre le paludisme dénommé « Le communautaire ». Dans le cadre de la NFM3, cette organisation faîtière de la société civile sera encore plus renforcée, pour lui permettre d'accroître son niveau d'implication et, d'assurer un leadership encore plus fort pour la mise en œuvre des actions de plaidoyer et de veille sociale. Les principales activités de cette composante consisteront à : 1. Organiser un atelier d'orientation et d'élaboration de la feuille de route de plaidoyer et de veille sociale sur la période 2021-2023 (NFM3). 2. Actualiser le guide et les supports de plaidoyer conformément aux objectifs fixés ; 3. Organiser des réunions semestrielles de revue des résultats du plaidoyer et de réorientation ; 4. Réaliser des missions semestrielles de plaidoyer en direction des autorités locales. La stratégie de plaidoyer sera alimentée par des faits et chiffres mis en évidence à l'issue des travaux de recherche opérationnelle et apprentissage. **8.5. Suivi réalisé par la communauté** L'intégration des données de santé communautaire dans le SNIS (par le paramétrage des indicateurs communautaires dans le DHIS 2) a été une avancée notable ayant favorisé la disponibilité des données communautaires dans le SNIS. Dans le cadre du renforcement du suivi et évaluation des activités communautaires, le cadre de concertation permanent au niveau central et ses 3 sous-groupes thématiques ont été mis en place. Il est prévu la mise en place des comités régionaux, départementaux, sous préfectoraux, et villageois en mobilisant et sensibilisant davantage les DRS et DDS. Le renforcement du suivi évaluation des interventions de santé communautaire, se fera à travers : **(i)** l'intégration exhaustive des données communautaires dans le SNIS (la couverture de toutes les régions et districts sanitaires), **(ii)** l'organisation d'atelier bilan semestriel des interventions santé communautaire et de promotion de la santé pour apprécier les progrès et identifier les goulots d'étranglements pour la prise de décision, **(iii)** l'organisation de supervisions intégrées à tous les niveaux pour apprécier la qualité des interventions, **(iv)** la mise en place d'un mécanisme de diffusion des rapports sur la situation des interventions de la santé communautaire et de la promotion de la santé, **(v)** l'élaboration d'un plan de suivi et évaluation des interventions communautaires, **(vi)** l'élaboration périodique de la revue/Bulletin trimestrielle santé communautaire et promotion de la santé (Actu Santé communautaire en CI), **(vii)** le monitorage des activités communautaires des ESPC. Le renforcement du suivi-évaluation des interventions communautaires permettra également d'améliorer la veille sociale par les organisations de la société civile, en vue d'accroître le niveau de redevabilité des acteurs impliqués dans la lutte contre le renforcement du système sanitaire et du système communautaire, avec une plus grande implication des délégués régionaux du ROLPCI déployés dans le cadre du système d'alerte précoce. **Principales Activités :**

	1. Elaborer et mettre en œuvre d'un processus de routine pour maintenir une base de données géo référencée de tous les ASC et autres acteurs communautaires de base ; 2. Organiser quatre (04) ateliers trimestriels de validation des données communautaires et de promotion de la santé ; 3. Organiser un atelier d'élaboration et un atelier de validation du plan de suivi évaluation, du plan opérationnel intégré de la santé Communautaire ; 4. Organiser des séances de renforcement de capacités du personnel de la DSC en suivi-évaluation et en gestion des données, ainsi que sur le monitorage du PMA des ESPC et activités communautaires *(PFE) ;* 5. Créer une plateforme e-approche communautaire à la DSC *(plateforme électronique interactif entre DSC et les autres acteurs communautaires)* 6. Soutenir le système d'alerte précoce de l'observatoire communautaire à travers le déploiement des délégués régionaux pour la collecte de l'information sur les ruptures des intrants stratégiques et les cas de violation des droits des bénéficiaires ; 7. Reproduire et diffuser le bulletin semestriel de la société civile sur la lutte contre le paludisme ; 8. Déployer les mécanismes de redevabilité au niveau des communautés. Les mécanismes de redevabilité donnent l'opportunité aux bénéficiaires et autres parties prenantes notamment les enfants, leurs parents et les acteurs étatiques de participer à la mise en place et à la gestion des programmes et, de demander des comptes sur la manière dont les activités sont mises en œuvre et sur les résultats. Ils consisteront à établir des systèmes de gestion des feedbacks et plaintes.
Populations prioritaires	– Equipes de Mobilisation Communautaire – Groupes d'Action Communautaire – Le PNLP et ses 06 SRs communautaires – Toute la population – Agents de Santé Communautaires et autres acteurs communautaires – Direction de la Santé Communautaire – Les IDE, les sages-femmes des ESPC – Les médecins chefs des districts sanitaires et les équipes cadre de districts.
Obstacles et inégalités	– Implication insuffisante ou déficit de ressources au niveau des autres Ministères et/ou des collectivités territoriales pour soutenir les interventions de lutte contre le paludisme, limitant l'efficacité des actions de plaidoyer de portée multisectorielle ; – Déficit de synergie pouvant limiter l'efficacité des différentes plateformes communautaires exerçant les mêmes activités de veille sociale ; – Insuffisance dans l'harmonisation des paquets de services et de formation des acteurs de la santé communautaire ; – Insuffisance dans la motivation des acteurs de mise en œuvre de la santé communautaire ; – Insuffisance dans la synergie des interventions communautaires des services sociaux de base au niveau local, – Insuffisance dans l'implication des collectivités locales ; – Insuffisance dans la mobilisation, la participation et l'engagement communautaire qui devait mettre l'accent sur la participation des populations elles-mêmes à la définition et à la satisfaction de leurs besoins.

Justification	Malgré les interventions communautaires qui ont été menées dans le cadre de différents projets et les résultats obtenus, la revue à mi-parcours du PSN-SC et l'analyse de la situation de la mise en œuvre du NFM2 2018-2020 et des interventions des autres partenaires (UNICEF, GAVI…), volet communautaire, ont permis d'identifier des problèmes résiduels et des gaps au niveau des interventions communautaires. Ainsi, malgré l'existence d'un plan stratégique national sur la santé communautaire, il faut noter sa faible appropriation par l'ensemble des acteurs qui est due à l'absence d'un plan opérationnel devant définir la direction à suivre par les différents intervenants. Cette situation s'explique par le fait que le processus d'élaboration du plan stratégique de la santé communautaire a été entièrement financée par les partenaires techniques et financiers. Les ressources mobilisées n'ayant pas pris en compte le développement du plan opérationnel, il était difficile à la Direction de la Santé Communautaire de mobiliser les acteurs pour cet exercice qui aurait permis une meilleure appropriation de la stratégie. Ceci dénote une forte dépendance vis-à-vis des partenaires extérieurs. A cela, il faut également ajouter l'existence d'un dispositif limité pour booster le changement de comportement, en particulier à cause de l'absence de processus systématisés de mobilisation des communautés Par ailleurs, ce vide institutionnel et organisation a eu pour conséquence l'insuffisance de dispositif de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et un faible déploiement de la mobilisation communautaire, pour une meilleure structuration des interventions communautaires. Bien qu'il existe une définition claire et précise de l'ASC, la non-harmonisation du paquet d'interventions entre les ASC classiques et les conseillers communautaires, constitue un frein à la démarche de pérennisation des interventions communautaires. Cela est visible principalement dans la rémunération des ASC *(harmonisation des primes de motivation en fonction du paquet d'intervention et de la charge de travail)*, et l'intégration effective des activités communautaires dans la coordination des interventions au niveau des différents districts sanitaires, affectant ainsi de façon considérable la qualité des interventions communautaires.
Résultats attendus	– Au moins 90% des Equipes de Mobilisation Communautaire et des Groupes d'Action Communautaires met en œuvre des activités de mobilisation communautaire dans les districts à forte endémicité ; – Au moins 80% de la population générale dort sous une MILDA ; – Au moins 80% des femmes enceintes a reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent au cours de soins prénatals ; – Au moins 20% des collectivités est engagée dans l'assainissement du milieu et du cadre de vie pour lutter contre le paludisme ; – Au moins 50% de la population reconnait les gites larvaires et les détruit ; – Le Leadership de la Direction de la Santé Communautaire, dans la coordination des activités communautaires, est effectif au niveau national ; – La mise en place d'un cadre de redevabilité des interventions communautaires est effective et opérationnelle ; – L'implication des acteurs communautaires et des collectivités locales est effective et facilite la synergie et la pérennisation des interventions communautaires ; – Au moins 80% des ASC recensés et formés, assurent la disponibilité des services de santé jusqu'au dernier kilomètre, et sont capables de fournir un paquet intégré de services promotionnels, préventifs, curatifs et de surveillance

	comprenant à la fois ceux de la PCIMNE Communautaire (Paludisme, Diarrhée, IRA), du VIH et de la Tuberculose. – Les compétences des acteurs opérationnels (districts) et des prestataires sont renforcées ; – La rémunération harmonisée des ASC sur la base des différentes catégories et du PMA, est effective. – Au moins 80% des activités de renforcement des capacités de gestion et de coordination de la subvention NFM3 paludisme volet communautaire a été réalisé.
Investissement attendu	L'investissement attendu dans le cadre de ce module est 4 578 863 EURO soit 3% de la subvention.

N° de module	**9- Gestion du programme**
Principales interventions et activités	Deux interventions du module Gestion des Programmes ont été retenues dans le cadre de la subvention NFM3 paludisme, à savoir la Coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies et les Gestions des Subventions. **9.1. Coordination et gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies** La revue du PSN 2016-2020 et l'évaluation des capacités organisationnelles du PNLP ont révélé certaines faiblesses. Pour assurer le renforcement de la coordination et de gestion du programme, les activités suivantes seront réalisées : - Organiser la supervision à tous les niveaux des agents de santé pour l'amélioration de la qualité des activités de lutte contre le paludisme ; - Acquérir 10 véhicules de coordination et de supervision, 02 motos de liaison et 20 motos pour remplacer les motos défectueuses des districts sentinelles ; - Acquérir 13 fourgonnettes - Acquérir du matériel informatique pour le PNLP et les CTR ; - Acquérir mobilier et matériel de bureaux ; - Renforcer le mécanisme de coordination à travers la dynamisation de groupe de travail technique - Tenir des réunions de coordination ou Task force de tous les acteurs de lutte contre le paludisme, Groupe Scientifique d'Appui, Comité National de Lutte Anti Vectorielle…) ou de coordination décentralisé (districts et régions) ; - Réaliser des réunions de plaidoyer à l'endroit des autorités administratives, coutumières, leaders communautaires, religieuses pour rendre effective la multisectorialité et améliorer la lutte anti vectorielle. Des plaidoyers se feront auprès des Institutions de l'Etat (Assemblée Nationale, Cours des comptes, Sénat, conseil économique et social pour améliorer la mobilisation des ressources allouées au paludisme ; à cet effet un champion de la lutte contre le paludisme sera désigné pour accompagner le PNLP dans la mobilisation communautaire ; - Réaliser des rencontres de plaidoyer avec les principales institutions et grandes organisations du pays ; - Maintenir la planification conjointe PNLP/Partenaires des activités du Plan d'Action Opérationnel (PAO) ; - Organiser un colloque scientifique tous les deux ans pour partager les résultats des études, recherches et progrès réalisés ;

	- Organiser chaque année un concours de radio vacances - Organiser une évaluation de la mise en œuvre des activités communautaires ; - Recruter un consultant socio-anthropologue à mi-temps pour apporter un appui aux services de communication et de prévention ; - Recruter un consultant pour l'élaboration du plan de renforcement des capacités du PNLP ; - Apporter un appui pour la mise en œuvre du renforcement des capacités ; - Elaborer un plan de mobilisation des ressources. Pour ce 3ème cycle du nouveau modèle de financement les parties prenantes du dialogue pays engagé par le CCM ont également retenu de façon consensuelle que la gestion du programme est une activité prioritaire de chaque composante (Malaria, VIH et Tuberculose). Cette décision a été prise en vue de maximiser l'impact des investissements du Fonds mondial sur l'amélioration de la santé des populations, spécialement celle des femmes et des enfants. La plupart des interventions de ce module font partie du volet du renforcement du système de santé (RSS) qui est désormais une subvention confiée à un PR qui sera sélectionné à cet effet. Cependant elle est adossée à la subvention paludisme. **9.2. Gestion des subventions : au niveau communautaire** La gestion de la subvention au niveau communautaire va consister à : En plus des supervisions des ASC et GF précédemment décrites, la qualité des activités de la subvention reposera sur la supervision en cascade des acteurs de mise en œuvre : - Superviser les équipes projet des SR tous les 06 mois, conjointement avec la société civile (ROLPCI, Plateforme) et le Ministère de la Santé (PNLP, DSC) ; - Organiser des visites de suivi des activités et de coaching des équipes projet et des équipes terrain des SR tous les 03 mois par les coordinations de zone ; - Superviser les équipes de terrain tous les 03 mois par les équipes de gestion des SR ; - Organiser des visites de suivi des activités par les Directions Exécutives des SR tous les 06 mois ; - Assurer la coordination des interventions au niveau communautaire ; - Organiser des réunions de coordination au niveau central tous les 06 mois, réunissant les équipes du PR y compris l'équipe de Direction, les équipes de gestion du projet des SR, les autres parties prenantes et les partenaires; - Organiser des réunions de coordination dans les zones de mise en œuvre des partenaires tous les 06 mois, réunissant les équipes du SR, les coordinations de zone PR, les Directions Régionales de la Santé et les Directions Départementales de la Santé, les partenaires intervenant au niveau local ; - Participer à la réunion de coordination des interventions de lutte contre le paludisme dénommée Task Force tous les 06 mois et organisée par le PNLP ; - Assurer les frais relatifs au personnel et au fonctionnement du PR et des SR communautaires.

Populations prioritaires	– Récipiendaires principaux – Sous-récipiendaires
Obstacles et inégalités	– Insuffisance de ressources pour financer le développement institutionnel des organisations ; – Insuffisance de coordination des activités.
Justification	Les activités de gestion sont indispensables pour assurer la mise en œuvre adéquate de la subvention (ressources humaines, frais de fonctionnement). Elles permettent également de garantir la qualité des interventions grâce à la nécessaire coordination des acteurs, ainsi qu'au suivi rapproché et la supervision régulière.
Résultats attendus	– Au moins 80% des activités de gestion et de coordination de la subvention NFM3 paludisme (volet public et volet communautaire) a été réalisé – 100% des équipes des PR et SR est déployé et actif ; Les équipes de mise en œuvre bénéficient d'un appui technique et de supervisions régulières pour l'amélioration de la qualité des services
Investissement attendu	Le coût de ces interventions pour la période 2021-2023 s'élève à : 31 937 536 EURO soit 24%.

N° de module	**10 – Gouvernance et planification du secteur de la santé**
Principales interventions et activités	Dans le cadre du NFM3, les priorités retenues pour la gouvernance sont le renforcement de la redevabilité, le renforcement de la coordination et le renforcement de la collaboration avec le secteur privé ainsi que l'amélioration de la qualité des soins spécifiquement pour la mère et l'enfant au niveau du VIH, la tuberculose et le paludisme. La qualité des soins est transversale à tous les modules d'intervention mais fortement lié à la gouvernance. Il a donc été jugé nécessaire de l'intégrer à la gouvernance. **10.1- Le renforcement de la redevabilité** Le renforcement de la redevabilité se fera à travers la consolidation des interventions et des acquis du financement des partenaires y compris le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Cela s'est traduit par l'amélioration de la transparence dans l'utilisation des ressources et la redevabilité sur la période 2018-2020. Des outils et de référentiels d'audits financiers et de contrôle ont été développés. Ensuite, plus de 25 missions de contrôle inopinées ont été conduites dans 364 établissements sanitaires. Il en est résulté des actions correctrices allant jusqu'à la sanction des malversations constatées (Mise en demeure de certaines structures privées et la condamnation de gestionnaires malveillants dans le secteur public). Le Système mis en place permet de détecter les cas de fraude, dissuader les risques et renforcer la redevabilité. Sur le NFM3, Il s'agira en plus du contrôle financier, de mettre l'accent sur la gestion et la surveillance de l'utilisation des médicaments et intrants de manière générale et spécifiquement ceux liés au VIH, à la Tuberculose et au Paludisme. Il s'agira aussi de renforcer le dispositif déjà mis en place et permettre un renforcement des capacités d'inspections, d'audit et de contrôle à travers : (i) la

	formation des acteurs du niveau central et décentralisé non encore formés, (ii) l'appui logistique pour réaliser les missions de contrôle, d'audit et d'inspection, (iii) l'élaboration et la mise à disposition d'outils harmonisés et standardisés pour les missions, (iv) la mise en place d'un cadre de redevabilité. Ce dispositif de contrôle vise à améliorer la gestion des ressources octroyées à différents niveaux, y compris la gestion des médicaments et intrants. **Principales activités** 1. Organiser 02 sessions de formation des DRSHP pour la réalisation de missions de contrôles et d'inspection ; 2. Appuyer les districts pour la réalisation d'un 'monitorage' annuel des ESPC avec restitution des résultats devant les membres de la communauté (COGES) ; 3. Appuyer les DRSHP pour la réalisation de missions semestrielles de contrôle et d'inspection des structures sanitaires. **10.2-Le renforcement de la coordination** Dans le cadre de l'amélioration de la coordination des interventions mise en place dans le système de santé, la Côte d'Ivoire a bénéficié de l'appui de plusieurs projets RSS financés par le FM, GAVI, PEPFAR, UE, depuis plusieurs années. Au niveau central, ces appuis ont permis de réaliser le suivi des activités de l'action sanitaire à travers des réunions de coordination et de suivi programmatique. Ces rencontres de coordination ont permis de faire un suivi, une analyse et des prises de décision devant les indicateurs de santé des maladies notamment les prioritaires (paludisme, VIH, TB, Santé mère et enfants…), d'améliorer la coordination des acteurs de terrains notamment les ONG et autres secteurs impliqués dans la santé et enfin de renforcer la fonctionnalité des districts sanitaires avec leurs établissements sanitaires (ESPC et Hôpitaux) [56]. Sur le NFM3 il sera procédé: (i) au renforcement de la coordination des interventions par l'appui au financement des réunions au niveau central et décentralisé afin d'améliorer la visibilité du niveau central sur la mise en œuvre des interventions ainsi que de son leadership, (ii) à l'accompagnement de l'opérationnalisation du PNDS à travers le développement d'outils et de cadre de planification, l'élaboration des plans triennaux et la formation sur les nouveaux outils des acteurs du niveau central et déconcentré. Ces éléments permettent d'affirmer le leadership du MSHP. L'opérationnalisation du PNDS permettra au niveau déconcentré (DRS, DDS) d'avoir une boussole et des indicateurs précis formalisant ainsi un cadre de résultat qui sera évalué périodiquement. Cela permettra de mettre en place un cadre de redevabilité pour les acteurs des différents niveaux de la pyramide sanitaire. **Principales activités** : 1. Appuyer l'organisation de 4 réunions trimestrielles de coordination des DRSHP par an présidées par le préfet de région avec tous les acteurs du systèmes (ONG, Communauté, autres ministères...) sur les thématiques de qualité de données, la mobilisation et santé communautaire, la gestion programmatique et des épidémies et des médicaments ainsi que des directives sur les maladies ;

[56] Bilan 2019 RSS NFM2

	2. Elaborer un guide intégré de planification opérationnelle et de budgétisation au sein du MSHP pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire (opérationnalisation du PNDS 2021-2025) 3. Organiser des réunions trimestrielles de coordination des DRSHP par la DGS prenant en compte les thématiques de VIH, Paludisme, TB et la gestion des médicaments **10.3-Amélioration du suivi des activités sanitaires** Le NFM2 a contribué fortement aux financements des missions de supervision des directions départementales de la santé par les directions régionales et à la supervision des établissements de santé par les directions départementales. Ces supervisions couplées à la mise en place de feuille de route définissaient pour chaque district et région sanitaire des objectifs à atteindre mensuellement et ou trimestriellement. Le suivi des activités se faisait par visio-conférences entre la Direction Générale et les Directions régionales dans le cadre du suivi de ces feuilles de route et à contribuer à accroitre le leadership de la direction générale. La subvention NFM3 contribuera à : (i) la mise à disposition d'assistance technique auprès des districts sanitaires pour un appui en compétence en information sanitaire, santé communautaire, chaine d'approvisionnement et gouvernance. Cet appui permettra une amélioration de la mise en œuvre et du suivi des activités, (ii) la réalisation des supervisions par les DRS et DDS en collaboration avec les autres partenaires, (iii) la réalisation des rencontres de coordination et d'encadrement de l'action sanitaire au niveau opérationnel, (iv) monitorage des activités des ESPC, (v) la mise en place d'un cadre d'évaluation de la performance des régions et districts sanitaires, (vi) l'acquisition d'une application de suivi automatisé par la DGS de la mise en œuvre des activités par les structures du Ministère de la Santé. **Principales activités** : 1. Appuyer les DRSHP dans la réalisation des missions trimestrielles de supervision des DDS par les ERS sur les thématiques de santé communautaire, information sanitaires et qualité, la gestion des médicaments, le management, la performance des districts 2. Organiser 1 session de formation d'un pool national d'acteurs régionaux en monitorage des ESPC 3. Appuyer les districts pour la réalisation d'un monitorage annuel des ESPC avec restitution des résultats devant membres de la communauté **10.4- Renforcement de la collaboration avec le secteur privé** Dans le cadre du NFM3, il s'agira de consolider les acquis obtenus spécifiquement par chaque programme de santé et d'accroître progressivement le nombre de structures privées qui offre les services en rapport avec le VIH, le Paludisme, la Tuberculose et la Santé de la Mère et de l'Enfant. A cette fin, le Fonds mondial est sollicité pour apporter un appui à : (i) la finalisation de la mise en place du cadre de concertation secteur privé secteur public pour la mise en œuvre d'un paquet d'activités comprenant la lutte contre le VIH, Paludisme, la Tuberculose et la Santé de la Mère et de l'Enfant, (ii) le suivi de la mise en œuvre du paquet d'activités par les cliniques privées de santé. **Principales activités** :

	1. Recruter une Assistance technique pour l'élaboration et la signature du cadre de contractualisation public privé pour la fourniture d'un paquet de services (Santé mère enfant, VIH, Paludisme et tuberculose) 2. Apporter un appui à la plateforme du privé pour l'organisation de supervisions semestrielles au niveau du secteur privé (clinique ou établissement privé) **10.5- Amélioration de la qualité des services de santé pour le VIH, le Paludisme, la Tuberculose et la Santé de la Mère et de l'enfant** L'analyse situationnelle et les rapports d'activités mettent en évidence des insuffisances dans la qualité des soins offerts aux populations. Les évaluations ont montré une performance globale de 35% à 50% en deçà de 70% recommandé par les normes. Ainsi les évaluations ont montré que les Etablissements Sanitaires ne disposent pas toujours des textes légaux et réglementaires (décret, arrêté, directives, …), ni de procédures d'accueil. L'auto-évaluation n'est pas systématique et régulière. Par ailleurs, on note dans beaucoup de structures, une mauvaise organisation du travail et une faiblesse du plateau technique (Rapports d'évaluation sur la qualité des prestations 2015 dans les hôpitaux d'Abidjan et 2016 dans 08 hôpitaux de 04 régions sanitaires sous PBF). Une des actions à mener pour les ramener dans les soins serait d'améliorer l'accueil, d'humaniser les structures de soins, après avoir évalué et coaché les prestataires. L'appui de l'OMS et du GFF a consisté à élaborer l'outil national de l'évaluation de la qualité des soins et des services, l'élaboration des modules de formation et la formation des gestionnaires à l'utilisation de ces outils. Pour remédier à cette situation, le Fonds mondial est sollicité pour apporter un appui au MSHP dans : (i) la réalisation de mission de d'évaluation de la qualité des soins en général (les services administratifs et les services de soins et d'hygiène) avec un accent particulier sur les services de CPN. Le NFM3 permettra d'adapter l'outil au couple mère enfant et à la prise en charge du VIH et de la Tuberculose. (ii) la réalisation de mission de suivi et de coaching pour l'amélioration de la qualité des soins (iii) la mise en œuvre de la démarche qualité dans des laboratoires de biologie médicale. Il s'agit de la mise en œuvre du processus d'accréditation OMS AFRO dans les laboratoires de charge viral et les laboratoires de biologie médicale des centres antituberculeux. Le CDC PEPFAR qui finançait cette activité depuis 2010, a réduit ces financements. Le FM est sollicité également pour financer la mise en œuvre d'une approche qualité qui est l'approche 5S, KAIZEN, TQM sur l'accueil et les soins humanisés dans 5 établissements sanitaires d'Abidjan déjà initié sous financement de la JICA depuis 2019. Il s'agit de centrer les soins sur le patient en vue de l'augmentation du taux de fréquentation des femmes dans les services de CPN et des autres services maternelle, néonatale et infantiles. Cette approche permettra d'améliorer l'environnement de travail, réduire les violences faites aux femmes et aux enfants. **Principales activités** 1. Organiser un atelier de validation des outils d'évaluation de la qualité des soins et services de prise en charge de la mère, de l'enfant dans les trois pathologies (VIH, Paludisme, Tuberculose dans le domaine de mère enfant). 2. Elaborer, valider et diffuser le plan d'amélioration de la qualité des soins et services de prise en charge de la mère, de l'enfant dans les trois pathologies (VIH, Paludisme, tuberculose dans le domaine de mère enfant).

	3. Organiser les missions semestrielles de coaching et de suivi de la mise en œuvre des plans d'amélioration de la qualité des soins et services de prise en charge de la mère, de l'enfant dans les trois pathologies (VIH, Paludisme, tuberculose dans le domaine de mère enfant). **10.6 Renforcement des ressources humaines** Il s'avère nécessaire pour la gestion du personnel de santé de mettre en place un système d'information sur les ressources humaines, interopérable avec l'ensemble des systèmes d'information existants tant au niveau sanitaire (DIHS2), administratif (SIGFAE) et financier (Solde). Plusieurs enjeux sous-tendent cette démarche ; il s'agit notamment de : (i) assurer une gestion administrative efficiente des RHS en réduisant la mobilité et les taux d'absentéisme, (ii) assurer le contrôle de gestion social et la fidélisation aux postes de travail des personnels de santé, (iii) garantir une répartition équitable des RHS aux différents postes en tenant compte du profil épidémiologique et de la charge de travail des personnels de santé, (iv) Renforcer le management de proximité des RHS, (v) effectuer un management prospectif des métiers en tirant avantage des évaluations annuelles des performances individuelles et collectives des RHS. **Principales activités** 1. Développer/Adapter le logiciel de gestion des RHS (iHRIS) 2. Equiper le niveau central (DRH et EPN) de kit informatique pour l'utilisation du Logiciel de gestion des RHS (iHRIS) 3. Former le personnel GRHS à l'utilisation du logiciel iHRIS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 4. Réaliser la cartographie des RHS 5. Codifier les postes de travail des établissements de santé des premiers et 2ème niveau de la pyramide sanitaire
Populations prioritaires	• Niveau central : Direction Générale de la santé et programmes de santé • Niveau déconcentré : Directions Régionales de la Santé, Directions Départementales de la Santé, Etablissements de santé de premier contact, les hôpitaux de référence, • Plateforme du secteur privé de santé, • Les directeurs centraux, les médecins chefs de districts, les médecins des structures, les pharmaciens de districts, les infirmiers, les sages-femmes, • Les communautés, la société civile dans les districts sanitaires.
Obstacles et inégalités	• Inexistence d'un cadre formel de collaboration entre le secteur privé et le Ministère associant le secteur privé aux services publiques de santé, • Insuffisance de compétences et de ressources pour conduire les missions d'inspection et de contrôle, notamment au niveau régional. Alors que les Directions régionales ont pour mission de contrôler et inspecter les services de santé dans leurs aires de compétences, • Indisponibilité des référentiels et outils de bonnes pratiques de soins et services au niveau des structures de santé, • Absence d'indicateurs pour le suivi de la qualité des soins (CPN, PTME, satisfaction des clients, suivi des perdus de vue),

Justification	Afin de renforcer la redevabilité, la coordination et la collaboration avec le secteur privé ainsi que l'amélioration de la qualité des soins, il est prévu de développer des outils consensuels de planification, de contrôle et d'audit et les rendre disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Aussi les cadres de coordination et les missions de supervisions des prestataires sont des actions fortes de gouvernance et de leadership auprès des prestataires aux fins de respecter les directives nationales de prise en charge des maladies. Par ailleurs, les résultats des missions d'audits et de contrôle soutenus par les différents bailleurs y compris le Fonds mondial, nous encouragent, à continuer ces efforts. Cela permettra d'assainir la gestion des établissements de santé que le Fonds mondial est sollicité pour appuyer la réalisation de mission de contrôle par les directions régionales. La continuité des efforts de supervision, de rencontre de coordination et d'encadrement du secteur santé au niveau opérationnel, permettra d'accroitre les résultats systémiques dans la prise ne charge des maladies.
Résultats attendus	- Un cadre opérationnel de planification et de suivi est rendu disponible à tous les niveaux de la pyramide pour assurer l'efficacité des interventions ; - La disponibilité des services de prise en charge des trois pathologies et de la santé de la mère et de l'enfant est améliorée ; - Les services de prise en charge des trois pathologies de la santé de la mère et de l'enfant sont animés par un personnel motivé et engagé ; - La qualité des services de soins VIH, Tuberculose, Paludisme, Santé de la mère et de l'enfant est améliorée par le respect des directives et référentiels de prise en charge ; - Les bonnes performances des services et les meilleurs acteurs du système sont reconnus. Il s'agira d'apprécier annuellement, l'amélioration des indicateurs de mortalité et de morbidité dans les structures de soins notamment pour les trois maladies.
Investissement attendu	4 761 820 EURO soit 4% du montant alloué

b) L'un ou plusieurs des aspects de cette demande de financement font-ils appel à la modalité de **paiement en fonction des résultats** ?

☐ Oui ☒ Non

Si **oui**, indiquer dans le tableau ci-dessous les indicateurs de résultats correspondants et les raisons qui justifient le choix de ces indicateurs ou jalons.

Indicateur de résultat ou jalon	**Cible**				**Justification du choix de l'indicateur/du jalon pour le financement du Fonds mondial**
	Valeur de référence	**Année 1**	**Année 2**	**Année 3**	
Cf RSS					

Ajouter des lignes si nécessaire					
Montant total demandé au Fonds mondial					

Préciser comment l'exactitude et la fiabilité des résultats communiqués seront garanties.

[Réponse du candidat]

c) Possibilités d'intégration – Expliquer en quoi les investissements proposés tiennent compte :

- des besoins des programmes de lutte contre les trois maladies et des autres programmes de santé connexes ;
- des liens avec les systèmes de santé généraux pour améliorer les résultats de la lutte contre les maladies, et l'efficience et la pérennité des programmes.

[Réponse du candidat]
Un certain nombre d'activités listées dans cette proposition sont des activités intégrées notamment : (i) l'iCCM qui se fait avec le programme mère enfant et qui vise à prendre en charge de manière intégrée les principales maladies tueuses des enfants de moins de 5 ans (paludisme, pneumonie et la diarrhée) (ii) les activités de sensibilisation de proximité menées par les ASC et les groupements féminins portent sur les pratiques familiales essentielles, l'utilisation des services de CPN (iii) les ASC au cours de leur visite à domicile font le suivi de la stratégie DOT communautaire dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose.
La réhabilitation d'espace de stockage et l'achat des fourgonnettes dans le cadre de la lutte contre le paludisme va profiter à tous les programmes

Des séances de sensibilisation de proximité et de masse sont menées par les ASC dans le cadre de la réponse communautaire au VIH, pour l'utilisation des services de prévention et de prise en charge du VIH. Ces séances permettront de sensibiliser les femmes enceintes et leur conjoint à l'utilisation des CPN en vue de bénéficier des prestations de prévention offertes dans le cadre de la lutte contre le paludisme

Renforcement du système de santé

Les interventions décrites dans la demande de financement sont issues des axes thématiques définies par le pays sous la coordination de la Direction Générale de la Santé. Ces interventions sont identifiées à partir des résultats des différentes analyses de la situation du système de santé. La revue du PNDS 2016-2020 a mis en évidence entre autres, une faible utilisation des populations des services de santé surtout au niveau des ESPC (niveau de premier contact) estimé 38,4% et 9,2% pour les hôpitaux de référence districts et régions ainsi qu'une faible qualité et utilisation des données à tous les niveaux.

En effet, au niveau national, le pourcentage de la population se trouvant à moins d'une heure (transport motorisé) d'un établissement de santé (par niveau) est respectivement de 96,85% pour le secteur primaire, 87,64% pour le secondaire et de 28.17% pour le tertiaire.

A la marche, cette accessibilité à 1heure (à pied) est de 64,31% pour le niveau primaire, 23,72% pour le niveau secondaire et de 2.97% pour le niveau tertiaire.

Au niveau national, le pourcentage de la population qui a accès à moins d'une heure (transport motorisé) d'un service de PEC du paludisme simple est de 96.86% et 87.66% Paludisme grave.

Par ailleurs, le pourcentage de la population se trouvant à moins d'une heure (à pied) d'un établissement de santé qui offre les services PEC paludisme est de 65.09% pour le Paludisme simple (donc 35% à >1hr à pied) et de 27.08%pour le Paludisme grave. (Cartographie des formations sanitaires et modélisation de l'accessibilité géographique à ces services en Côte d'Ivoire, Voir cartes en annexe)

Le Paquet Minimum d'Activités des ESPC est composé :

- ✓ des soins curatifs organisés de façon rationnel par l'utilisation d'ordinogrammes et de médicaments essentiels et par l'organisation d'un système de référence systématique à l'hôpital l'lorsqu'un cas requiert un niveau technique plus élevé ;
- ✓ des soins et le suivi actif des malades chroniques (tuberculeux, lépreux, séropositifs VIH, diabétiques, hypertendus, ……) ;
- ✓ des soins préventifs avec suivi actif des groupes à haut risque (femmes en âge de procréer, femmes enceintes, enfants,…..) ;
- ✓ des activités promotionnelles (eau, assainissement) ;
- ✓ du dialogue et la participation des communautés à tous les niveaux (COGES, information et commutation en faveur de la santé, …..) ;
- ✓ de la recherche-action, la formation, la supervision et l'évaluation intégrée par l'équipe cadre du district.

Au niveau de la subvention, les interventions vont permettre de renforcer et d'améliorer les taux d'utilisation des services de santé, de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans et du suivi à domicile à travers : (i) le renforcement des capacités des ASC pour les activités de sensibilisation, d'orientation, de référence et de prise en charge des principales maladies prioritaires chez les enfants de moins de 5 ans (paludisme, pneumonie et la diarrhée), (ii) l'utilisation des ASC pour le suivi des patients PVVIH et TB, des femmes enceintes.

Dans le cadre du renforcement de la qualité des prestations, les supervisions seront renforcées à tous les niveaux et en particulier au niveau des ESPC qui est niveau de premier contact et qui devrait recevoir environ 70% de la population.

Au niveau du SNIS, la qualité et l'utilisation des données seront renforcées à travers la formation des acteurs du SNIS à tous les niveaux et le renforcement des structures en charge du SNIS en équipements techniques et informatiques.
Le m-supply sera déployé et renforcé au niveau national pour renforcer la disponibilité des médicaments au niveau périphérique.

d) Expliquer succinctement en quoi la demande de financement est conforme aux **exigences de centrage de la candidature** énoncées dans la lettre d'allocation.

La subvention NFM3 va cibler les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qui constituent les cibles prioritaires, ainsi que l'ensemble des populations vivant à plus de 5 km du centre de santé.
En outre, les populations carcérales, les populations de quartiers précaires, les orpailleurs clandestins, les orphelins, les enfants des pouponnières et les populations déplacées du fait de conflit ou de catastrophes naturelles, les travailleurs saisonniers constituent un autre groupe de populations vulnérables visé par cette subvention.

Pour pallier ces inégalités sociales, des consultations en stratégies avancées, la communication de proximité pour le changement social et comportemental et l'iCCM seront déployés à leur intention.

Pour les populations carcérales, les orphelinats et pouponnières qui disposent d'une infirmerie, un renforcement de capacité des agents ainsi qu'un approvisionnement en MILDA, CTA et TDR sera réalisé à travers les districts.

Un accent particulier sera mis pour couvrir ces populations lors de la distribution des MILDA.

La distribution de MILDA en routine chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, l'organisation de la campagne de masse ciblant toute la population générale inclus dans cette subvention permet de prendre en compte les questions des inégalités et des obstacles liés aux droits humains, au genre.

En effet, le passage à échelle de la prise en charge à domicile des cas simples de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans 74 districts sanitaires, l'organisation des consultations en stratégie avancée au bénéfice des populations situées à plus de 5 Km d'un centre de santé, l'instauration de la politique de gratuité de la PEC du paludisme et ciblée prenant en compte les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans ainsi que les cas d'urgence pour faciliter l'accès aux soins de qualité.

Toujours sur la question de genre, les hommes (maris modèles) identifiés comme des modèles seront impliqués dans la sensibilisation de leur paire dans l'accompagnement des femmes enceintes lors des CPN et le suivi des enfants. Cette stratégie sera mise en œuvre en collaboration avec le programme mère enfant. En outre les groupements féminins vont poursuivre la sensibilisation des femmes enceintes comme décrit ci-dessus ;

Investissements dans la santé et les systèmes communautaires.
La Côte d'Ivoire compte utiliser le financement alloué pour investir dans le renforcement des systèmes de santé et communautaires, à hauteur respectivement de 4 578 863 EURO.

Importance d'une augmentation des ressources nationales
Le montant de la contribution nationale dans la présente demande a été revu à la hausse. En effet au cours de la période, les ressources à injecter dans la présente demande ont été revue à la hausse. Voir Lettre de remerciement du fonds mondial au Premier Ministre[57]

- Les investissements proposés dans la demande de financement sont axés sur le renforcement de la Gouvernance et la qualité des soins, la Santé communautaire, le Système d'information sanitaire, l'Approvisionnement en produits de santé et non santé qui sont les priorités définies par le pays.
- Les populations cibles bénéficiaires définies dans la subvention sont constituées des :
  - Cibles directes qui sont les femmes en âge de procréer, les enfants, les populations adultes souffrant de maladies chroniques notamment les PVVIH, la TB. Les interventions proposées visent à répondre aux besoins de ces populations vulnérables en proposant des actions pour atténuer les obstacles, les inégalités qui entravent l'accès aux services.
  - Cibles indirectes : les Directions régionales, les Districts sanitaires, les prestataires de santé, les ASC afin de renforcer leur capacité et améliorer la qualité des services.

e) Expliquer en quoi la demande de financement présente un bon **rapport coût/efficacité (en anglais « value for money »)**, en incluant des exemples de l'amélioration de la rentabilité par rapport à la période d'allocation actuelle. Pour répondre, se reporter aux

[57] Lettre de remerciement du fonds au Premier Ministre

Instructions relatives à la définition des dimensions du rapport coût/efficacité qui doivent être prises en compte.

Dans la mise en œuvre le PR observe les procédures du fonds Mondial qui recommande l'utilisation des coûts les plus bas des produits. Cette disposition est facilitée par l'utilisation de la plateforme Wambo sur lesquelles les PR choisissent les coûts les plus bas.
La présente demande de fonds prend en compte les éléments en rapport avec un bon rapport coût/efficacité. Ces éléments s'organisent autour de concepts suivants :

- économie :
Le financement du NFM3 contribue à l'économie du pays par l'octroi de revenu à plusieurs acteurs au niveau national, à travers les ASC (iCCM), les superviseurs et les volontaires lors des campagnes de masse, les ONG et les personnes directement recrutées sur le projet. Les acquisitions, les contrats de prestations et reproductions d'outils divers, constituent des ressources pour les opérateurs économiques (téléphonie mobile, transporteurs etc)

La mise en œuvre de la subvention respecte les procédures du Fonds Mondial qui recommande l'utilisation des coûts les mieux disant des produits. Cette disposition est facilitée par l'utilisation de la plateforme Wambo pour les coûts des médicaments et intrants.

Pour les autres coûts, la subvention tient compte de l'historique des coûts.

Par ailleurs, les dispositions du manuel de procédures encouragent et garantissent le rapport qualité /prix à travers la mise à concurrence des fournisseurs et prestataires de services. Cela a pour conséquence de faire des économies sans pour autant entacher la qualité des services.

-Efficacité :

Les interventions proposées sont issues des recommandations de la revue du programme. Cette revue a permis une analyse profonde des axes stratégiques de lutte contre le paludisme et une stratification des interventions.

La mise en œuvre et le suivi des interventions proposées permettront d'avoir une plus grande efficacité sur la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire notamment la réduction des décès comme observée lors du NFM2. Ainsi, les interventions et activités se fondent sur les acquis, les leçons apprises et succès de la subvention actuelle en cours.

Dans la mise en œuvre de la subvention RSS, selon le manuel de procédures, afin de minimiser les coûts, il sera procédé à des achats groupés permettant de faire des économies d'échelle (kits informatiques, matériels roulant, reprographie des outils, etc). Aussi lors des appels d'offres, le choix du fournisseur est orienté vers l'offre techniquement qualifiée avec l'offre financière le moins disant.
En outre, les accords cadre ont permis des réductions de coûts ont été observées par rapport à la budgétisation prévues sur la subvention dans la mise en œuvre des activités du NFM2 ; comme le permette le manuel de procédures administratives, financières et comptables des subventions du Fonds mondial.

La présente demande de fonds prend en compte les éléments en rapport avec un bon rapport coût/efficacité. Ces éléments s'organisent autour de concepts suivants :

- Economie/Efficience :

Le financement du NFM3 permettra de faire des économies à travers l'intégration des activités : les supervisions intégrées, les réunions de coordinations intégrées. La prise en compte des données communautaires dans le DHIS2 va permettre de réaliser des économies liées au déplacement des Infirmiers superviseurs des ASC vers les districts sanitaires.
La mise en œuvre de l'application e-learning, va contribuer à la réduction des frais de formation des acteurs notamment dans la gestion des médicaments à tous les niveaux de la pyramide.
Par ailleurs, un cadre de coordination multi-bailleurs permettra une efficience dans les appuis. Ceci pour des cofinancements efficaces et optimaux et éviter les doublons. A cet effet les plateformes existantes qui permettent aux parties prenantes de coordonner leurs actions seront utilisés sur les médicaments, la gouvernance, l'information sanitaire et la santé communautaire, à travers GAVI par son appui RSS et la santé communautaire, BM par son appui du PBF et l'information sanitaire et le PEPFAR par son appui au RSS au niveau périphérique à travers ses partenaires de mise en œuvre (PMO). D'autres partenaires non traditionnels pourraient être consultés pour une efficience des interventions.

-Efficacité :

Les interventions proposées sont issues des recommandations de la revue du PNDS 2016-2020 et du dossier d'investissement. Cette revue a identifié les faiblesses du système de santé ivoirien qui a permis de prioriser les quatre axes thématiques soumis au financement du Fonds mondial.

La mise en œuvre des interventions à travers :

1-le renforcement de la gouvernance et de la redevabilité : (i) la mise en place de l'assistance technique sur le système de santé au niveau opérationnel (régions et districts) permettra un renforcement en quantité et en qualité du personnel et des transferts des compétences aux fins d'un meilleur encadrement, coordination et expertise des régions et districts, (ii) l'accent mis sur les outils de redevabilité sera un atout à l'amélioration de la gouvernance, (iii) les appuis à la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) des districts et des ESPC permettra un leadership certain de ces structures de gouvernance

2-le renforcement de la disponibilité et de l'utilisation des données à tous les niveaux pour la prise de décision : (i) le DHIS2 sera opérationnel in situ dans les centres à grand volume de production de données, ce qui améliorera la promptitude, la complétude et notamment l'exactitude des données, (ii) la dématérialisation de certains outils permettra de faire non seulement des économies mais également une amélioration de la qualité des données, (iii) le renforcement des capacités des acteurs est déployé au niveau périphérique de prise de décision pour une meilleure réactivité devant l'information programmatique et logistique.

3- la disponibilité des médicaments et intrants au niveau des sites de prestation : (i)les interventions sur cet axe ciblent prioritairement la disponibilité des médicaments au dernier kilomètre et dans la communauté, (ii) la mise en place du m-supply sur les sites de production et de gestion des médicaments améliorera confortablement la disponibilité de l'information logistique et la gestion des stocks, (iii) le renforcement des capacités d'un grand nombre de prestataires en e-learning permettra de relever leurs compétences et notamment la gestion des médicaments et la qualité des outils.

4-l'amélioration de la qualité des soins par le renforcement des capacités des prestataires et des ASC contribueront à l'amélioration de l'offre de services et leur utilisation par les populations notamment les plus vulnérables : femmes en âge de procréer, femmes enceintes, enfants, adultes avec des pathologies chroniques.

10.7 Fonds de contrepartie (le cas échéant)

Seuls les candidats dont la lettre d'allocation indique que des fonds de contrepartie leur ont été assignés sont tenus de répondre à cette question.

Décrire en quoi les **conditions programmatiques et financières** énoncées dans la lettre d'allocation ont été remplies.

NA

Section 3 : Modalités d'application et de mise en œuvre

Pour répondre aux questions ci-dessous, se reporter aux *Instructions* et à une **cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre**.

a) Décrire la façon dont les **modalités de mise en œuvre** proposées garantiront l'exécution efficace du programme.

[Le Ministère de la Santé à travers le PNLP est le bénéficiaire principal de la subvention. Ses différents démembrements au niveau intermédiaire (Directions Régionales de la Santé ou DRS) et périphériques (districts sanitaires) seront responsables de la mise en œuvre opérationnelle des actions en tant que bénéficiaires secondaires pour le secteur public. La Côte d'Ivoire compte 33 DRS et 113 DS qui renferment 2489 Établissements sanitaires de premier contact (ESPS) et 2527 établissements sanitaires privés dont certains sont à but non lucratif. Le cadre de collaboration existant entre le PNLP et Save the children prévoit au niveau central la tenue de réunions trimestrielles pour assurer la coordination des interventions et le suivi du programme. Au niveau opérationnel, le PNLP travaillera avec ces établissements par le biais de ses structures déconcentrées que sont les DRS et les DS. Les ressources des activités à mettre en œuvre seront virées trimestriellement dans les comptes des DRS sur la base des plans d'action validés par le PNLP. Tout nouveau virement sera assujetti à l'exécution effective des activités et à la justification du financement précédent. Des revues semestrielles seront organisées entre le PNLP et les structures décentralisées pour échanger sur le niveau de mise en œuvre, les résultats obtenus, des goulots d'étranglement, les bonnes pratiques et la planification pour le semestre suivant. Le secteur privé sera mis à contribution à travers les structures confessionnelles qui bénéficieront de l'appui du PNLP. La conduite des activités de recherche et d'évaluation se fera par le biais de contractualisation avec les institutions de recherche. La même démarche sera utilisée pour certaines activités de communication en particulier avec les médias. Enfin les achats des intrants se feront sur la base d'une quantification annuelle validée avec le Fonds Mondial avant d'être placés sur la plateforme "Wambo". A la livraison, la qualité des produits est testée avant leur distribution. Egalement en cours de consommation, la qualité des produits sera régulièrement suivie. Le CCM assurera son rôle régalien de coordination et de suivi stratégique des subventions à travers les Assemblés Générales, la revue trimestrielle du Dashboard des PR, la supervision

des PR en s'appuyant sur les insuffisances et recommandations contenues dans les lettres de gestion, les visites des structures des SR et la revue des PUDR (Progress Update and Disbursement Request) avec l'Agent Local du Fonds mondial (LFA).

L'UCP-FM assurera le suivi programmatique et le suivi de la gestion financière des subventions en lien avec le CCM et PR public. Elle tiendra à travers le comité de pilotage des réunions hebdomadaires et mensuelles selon les diligences dans le cadre de la gestion du suivi et la mise en œuvre des activités. Par ailleurs elle assurera la préparation et la diffusion des rapports programmatiques et financiers pour les évaluations et les audits internes et externes des comptes.

Le PR communautaire du NFM2 a été reconduit pour cette subvention NFM3. Les activités communautaires seront intégrées et implémentées par ce PR communautaire dans les 53 districts Fonds mondial, le reste des districts étant pris en compte par UNICEF et par une agence d'exécution de PMI jusqu'à fin 2023.

La composante communautaire de la subvention NFM3 paludisme sera mise en œuvre à travers cinq sous-récipiendaires (SR), sélectionnés parmi des ONG actives et expérimentées. Chaque SR exécutera le même paquet d'activités dans la zone qui lui sera attribuée, en dehors du ROLPCI qui mènera les activités de plaidoyer et de veille sociale de manière transversale. Chaque sous-récipiendaire couvrira des districts sanitaires de manière exclusive, dans lesquels il déploiera des staffs chargés de suivre le déroulement des activités. La gestion des activités du projet chez les sous-récipiendaires sera assurée par une équipe dédiée chapeautée par un chef de projet et, disposant d'un compte bancaire dédié. Save the Children, en tant que récipiendaire principal du volet communautaire, assurera la coordination générale des interventions, l'assurance-qualité des données et, le contrôle financier des transactions financières. Pour faciliter le suivi et l'accompagnement de proximité des SR, Save the Children maintiendra les trois (03) coordinations de zone qui ont été déployées depuis le NFM2, respectivement à Bouaké, Man et San Pedro.

Ces dispositions permettront de garantir la mise en œuvre rapide et efficace des activités, l'harmonisation des approches de mise en œuvre, le suivi régulier de la qualité des données, et la vérification régulière des transactions financières pour apporter une assurance raisonnable de la conformité des dépenses.
Le PNLP contractualisera avec les SR (UNICEF, ACPCI, CECI). Il décaissera les fonds aux SR pour l'opérationnalisation des activités et assurera la coordination et le suivi de la mise en œuvre conformément au cadre de collaboration ou convention entre le PNLP et les SR ainsi que l'organisation de réunions trimestrielles de coordination.

La mise en œuvre du volet RSS de cette subvention sera assurée par un Principal Récipiendaire (PR).

La subvention RSS révèle une particularité : celle de s'articuler autour des piliers du système de santé (SS). Ces piliers constituent des axes qui sont coordonnés, pilotés par des entités institutionnelles déjà connues. Il s'agit de la (i) gouvernance et qualité de soins coordonnées par la Direction générale de santé (DGS), (ii) l'information sanitaire et stratégique pilotée par la Direction de l'informatique et de l'Information sanitaire (DIIS), la (iii) santé communautaire coordonnée par la Direction de la santé communautaire (DSC) et de la (iv) chaine d'approvisionnement et la gestion des intrants gérée par la Direction des Activités Pharmaceutique et des Laboratoire (DAPL). Ces axes, en se potentialisant permettent le renforcement du système. Les structures déconcentrées ou services extérieurs (directions régionales de santé, les districts sanitaires, les hôpitaux, les établissements sanitaires de

premier contact (ESPC) et les communautés) sont les bénéficiaires et opérationnels ainsi que les cibles qui les animent que sont les managers, les médecins, les pharmaciens, les CSE, les IDE, SFDE et les agents de santé et les communautaires.

Un cadre de collaboration sera formalisé entre le PR et les entités institutionnelles précisant les rôles et taches, le cadre de résultats attendus et de performance, les procédures, les liens et les flux d'informations financières, de rapportage...
Un cadre de coordination existant sera renforcé à tous les niveaux par la tenue de rencontres pour assurer la coordination des interventions et le suivi du RSS. Ce cadre tiendra également à travers le comité de pilotage, des réunions hebdomadaires et mensuelles selon les diligences dans le cadre de la gestion du suivi et la mise en œuvre des activités. Par ailleurs elle assurera la préparation et la diffusion des rapports programmatiques et financiers pour les évaluations et les audits internes et externes des comptes.

b) Décrire le rôle que les **organisations communautaires** joueront en vertu des modalités de mise en œuvre.

Les organisations communautaires seront activement impliquées dans la conception et la mise en œuvre de la subvention NFM3 paludisme, en particulier pour le volet communautaire. En effet, sous le leadership du PR communautaire Save the Children, le rôle des organisations communautaires consiste à :

- **Influencer le choix de priorités** soumises pour le financement de la lutte contre le paludisme par le Fonds mondial sur la période de 2021 à 2023. Cette contribution a été portée dans le cadre du dialogue pays et, du dialogue communautaire paludisme sous le lead du Réseau des Organisations de Lutte contre le Paludisme en Côte d'Ivoire (ROLPCI) ;
- **Mettre en œuvre les interventions du volet communautaire** de la subvention NFM3 paludisme. En effet, les interventions communautaires seront mises en œuvre à travers cinq sous-récipiendaires (SR), sélectionnés parmi des ONG actives et expérimentées. Chaque SR exécutera le même paquet d'activités dans la zone qui lui sera attribuée, en dehors du ROLPCI qui mènera les activités de plaidoyer et de veille sociale de manière transversale ;
- **Déployer les activités de plaidoyer et de veille sociale :** le ROLPCI continuera à assurer le lead pour la mise en œuvre des activités de plaidoyer et de veille sociale, pour porter la voix des communautaires auprès des autorités nationales, régionales et locales. Cette faîtière d'organisations de la société civile sera encore plus renforcée, pour lui permettre d'accroître son niveau d'implication et, d'assurer un leadership encore plus fort pour la mise en œuvre de cette composante. A terme, les activités devront atteindre deux (02) objectifs principaux à savoir 1) influencer l'amélioration des politiques et du cadre décisionnel pour la survenue de changements positifs durables de la cadre de l'organisation de la lutte contre le paludisme la lutte et, 2) accroître le niveau de redevabilité des acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme ;
- **Déployer les mécanismes de redevabilité au niveau des communautés dans les zones d'intervention :** Save the Children formera les SR seront formés et accompagnés pour mettre en place des systèmes de gestion des feedbacks et plaintes. Ces mécanismes de redevabilité donneront l'opportunité aux bénéficiaires et autres parties prenantes notamment les enfants, leurs parents et les acteurs étatiques de participer à la mise en place et à la gestion des programmes et, de demander de compte sur la manière dont les activités sont mises en œuvre et sur les résultats ;
- **Mobiliser les leaders religieux pour la sensibilisation des communautés sur le paludisme :** sous la houlette du SR ARSIP qui est une faîtière d'organisation à base

confessionnelles intervenant dans le domaine de la santé (Alliance des religieux pour la Santé Intégrale et la Dignité de la Personne Humaine), 1 500 leaders religieux seront mobilisés pour sensibiliser les chefs de ménages, femmes enceintes et personnes en charge des enfants de moins de cinq ans en vue de l'adoption effective des moyens de lutte contre le paludisme. Cette intervention vient bâtir sur les acquis de la mobilisation des 500 leaders religieux dans le cadre du NFM2. Elle sera déployée principalement en milieu urbain et périurbain. Il importe de relever que le rôle des organisations religieuses est crucial pour la sensibilisation sur le paludisme en Côte d'Ivoire car, environ 75% de la population déclare appartenir à une religion monothéiste (RGPH 2014).

✓ **Interventions des Agents de Santé Communautaire (ASC)**

Au niveau communautaire, l'offre de soins est assurée par les Agents de Santé Communautaires (ASC) formés et émanant de la communauté. Leur intervention est définie selon un paquet minimum d'activités intégrées comprenant l'offre de services promotionnel, préventif et de prise en charge des maladies de l'enfant de 0 à 59 mois (PCIMNE) dans la communauté. Cette intervention de prise en charge intégrée communautaire (iCCM) se déroule au-delà des 5 km des centres de santé.

✓ **Interventions des groupements féminins (GF)**

Les groupements féminins ont été formés dans leur communauté par les agents de santé afin d'assurer la promotion de l'offre de service en lien avec les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) dans un rayon de 5 km autour des centres de santé.

Dans l'ensemble, les ONG, les OBC et la société civile interviennent plus spécifiquement dans le domaine de la prévention et la communication de masse et de proximité.

✓ **Radios de proximité et confessionnelles**

Les radios de proximité et confessionnelles sont des canaux de communication de proximité en charge de la diffusion des messages de sensibilisation sur le paludisme dans les localités périphériques de couverture. Cette intervention des radios est réalisée à travers, la diffusion des spots audio de sensibilisation conçus par le Programme National de Lutte contre le Paludisme et la diffusion ou rediffusion d'émissions de sensibilisation avec l'appui des équipes cadre des districts sanitaires.

✓ **Engagement communautaire**

La mobilisation en vue d'un engagement communautaire est mise en œuvre dans certains districts. Cette stratégie vise à impliquer les communautés dans la mise en œuvre des activités communautaires et à susciter un engagement des leaders locaux, des élus et des autorités coutumières.

✓ **Médecine traditionnelle**

La Côte d'Ivoire a adopté la stratégie de l'OMS visant à contribuer à la réalisation de la santé pour tous dans la région africaine par le recours optimal à la médecine traditionnelle. Elle est supervisée par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) et consiste à l'orientation des tradi-thérapeutes sur les signes cliniques du paludisme et à leur implication dans la sensibilisation et la référence des patients qui présentent ces signes cliniques vers les structures sanitaires.

c) La présente demande de financement envisage-t-elle le recours à une **plateforme d'investissement conjoint** avec d'autres institutions ?

☐ Oui ☒ Non

Si **oui**, en décrire les modalités particulières.

NA

d) Décrire les **principaux risques anticipés de la mise en œuvre** qui sont susceptibles de nuire : **i)** à la réalisation des objectifs du programme soutenu par le Fonds mondial ; et/ou **ii)** à l'ensemble du système de santé. Décrire ensuite les mesures d'atténuation visant à contrer ces risques et préciser quelle entité en serait chargée.

Dans la mise en œuvre de la subvention les risques ci-dessous peuvent subvenir, les meures pour les atténuer ainsi que les responsables sont également présentés.

Principaux risques liés à la mise en œuvre	**Mesures d'atténuation correspondantes**	**Entité responsable**
Risque de perturbations sociopolitiques pouvant au cours des élections entrainer s'il perdure un retard dans le démarrage de la subvention	– Existence d'une volonté politique Appui de la communauté international pour appuyer le déroulement des différents scrutins. – Tous les véhicules et autres biens acquis sur le financement doivent bénéficier d'une assurance tous risques. Des négociations spécifiques seront entreprises avec les compagnies d'assurance pour couvrir les risques de destruction en cas de crise sociopolitique	Gouvernement PNLP Save the Children
Prolongation de la pandémie à COVID-19 (retard dans la mise en œuvre)	Actualiser et poursuivre la mise en œuvre des plans de contingence COVID-19 pour maintenir la mise en œuvre des activités en fonction du contexte	PNLP Save the Children
Risques de ruptures des intrants (produits médicaux et médicaments).	– Mettre en place d'un mécanisme de suivi du plan d'approvisionnement, du suivi des données de consommation et de la gestion des stocks des structures périphériques afin d'anticiper ou contrôler la survenue de ce risque – Renforcer les mécanismes de transfert entre districts et régions sanitaires pour équilibrer localement les stocks – Développer et mettre en œuvre des directives instituant le respect de la dotation minimale des ASC	Direction de l'Activité Pharmaceutique et des Laboratoire / PNLP / Save the Children / Observatoire communautaire Pharmaciens de régions / DAPML DSC / DGS

Principaux risques liés à la mise en œuvre	Mesures d'atténuation correspondantes	Entité responsable
Risque de corruption ou de détournement de produit de santé : l'enquête ABC 2019[58] et EUV[59] ont révélé des cas de détournement de produits de santés notamment au niveau opérationnel.	– Inspection de l'Etat – Mesures de radiation et mesures pénales à l'encontre des agents indélicats. – La Côte d'Ivoire s'est engagée dans une politique anti-corruption préventive et de réveil de la conscience des cadres de l'administration et de la population à travers une grande campagne médiatique (affiches, spots télé) de sensibilisation aux effets négatifs de la corruption. Le gouvernement adhère et veille au principe ''corruption = tolérance zéro'' – Le mécanisme de contrôle existant en ce qui concerne la subvention du Fonds Mondial permet d'atténuer le manque de transparence et les mauvaises pratiques dans la gestion des subventions (corruption, détournement…) – En effet, la présence et les actions de l'agence fiduciaire (GFA) et de l'auditeur interne au sein des PR d'une part et les revues périodiques du LFA et l'audit externe annuel d'autre part sont des dispositifs qui devraient véritablement atténuer ces risques	Etat, Fonds Mondial, UCP
Risque de catastrophes naturelles Les catastrophes naturelles telles que les inondations avec le déplacement des populations, la pullulation des moustiques pourrait entrainer une augmentation de la morbidité palustre, rupture d'intrants (MILDA) et médicaments par manque d'accès aux districts	Les PR procéderont au prépositionnement des intrants dans les régions avant la saison des pluies et coordonner leurs actions avec le plan ORSEC (organisation de secours) de l'office national de la protection civile en vue de la prise en compte des intrants de lutte contre le paludisme dans ledit plan. L'armée pourra être sollicité dans le cadre de la campagne de masse	PNLP / DGS
Risque d'insuffisance de ressources humaines pour l'opérationnalisation des activités : En Côte d'Ivoire, la	Ce risque sera pris en compte par une affectation des agents santé qualifiés et spécialisés de rester effectivement en milieu rural pour garantir une équité en	DRH / Cabinet MSHP

[58] Rapport enquête ABC
[59] Rapport enquête EUV

Principaux risques liés à la mise en œuvre	Mesures d'atténuation correspondantes	Entité responsable
qualité des ressources humaines ne constitue pas un problème. Au niveau opérationnel, l'inégalité dans la répartition des ressources humaines sur le plan national plus spécifiquement entre le milieu rural et le milieu urbain peut limiter la mise en œuvre dans le temps de certaines activités pour lesquelles l'implication des prestataires des centres de santé sera exigée (Stratégie avancée, supervision des ASC, Supervision de la prise en charge intégrée du paludisme, pneumonie et diarrhée…).	matière de soins de qualité aux populations. Des efforts de répartition équitable des Ressources Humaines sur le plan national et le choix d'un PR communautaire avec l'utilisation des ASC pourraient contribuer à atténuer ce risque	
Risque de performance attendue hypothéquée ou de non atteinte des objectifs contractuels des subventions : La performance ou l'atteinte des objectifs des subventions peut être hypothéquée en raison de : La crainte de l'utilisation des subventions du Fonds Mondial par suite de remboursement antérieurs des ressources mal gérées par certains Directeurs de district. Cette situation entraine parfois un refus d'utilisation des chèques délivrés par le PNLP pour la mise en œuvre de certaines interventions (supervision, pré positionnement des MILDA…).	Les réunions de Task force organisées par les deux PR constituent des opportunités de sensibilisation et d'accompagnement des Directeurs Départementaux dans la gestion des ressources qui leur sont affectées pour les activités de lutte contre le paludisme.	PNLP / Save the Children
Risque d'utilisation non rationnelle ou de détournement des équipements et matériel acquis sur les subventions du Fonds mondial : Les inventaires physiques de matériels et équipements du programme n'ont pas été souvent effectués par manque de logiciel de suivi adapté. Le premier inventaire a été conduit en 2013 par l'auditeur interne. Les matériels acquis sur financement du round 6 ne sont pas bien suivis.	L'inventaire biannuel des matériels et équipements du CCM/UCP-FM, des PR et SR permettra le contrôle de ce risque Le CCM va diligenter l'élaboration d'une cartographie des appuis financiers de tous les partenaires intervenant dans les trois pathologies et un outil de gestion des personnes formées et /ou des formations reçues par zone.	PNLP / Save the Children

Principaux risques liés à la mise en œuvre	Mesures d'atténuation correspondantes	Entité responsable
Risque de duplication ou de substitution des ressources et des activités : L'absence d'une cartographie des appuis financiers des sites par partenaire et l'inexistence d'un plan d'action consolidé prenant en compte l'apport financier de tous les partenaires pour les activités de supervision, constituent un risque de duplication de financement avec d'autres partenaires intervenant dans d'autres maladies.	La mise en place imminente d'une base de données pour le suivi adéquat des personnes formées expose moins au risque de duplication de la formation des participants.	PNLP / Save the Children
Risque d'insuffisance de complétude, de promptitude et de fiabilité des données :	• La formalisation et le renforcement du mécanisme de validation des données au niveau des régions sanitaires et des SR par les PRs permettront d'atténuer le risque d'insuffisance de qualité des données. En plus les RDQA planifiés dans la subvention vont également permettre d'atténuer ledit risque.	PNLP / Save the Children
Risques d'insuffisance de suivi des activités sur le terrain : Le parc auto des PRs est insuffisant entrainant une surexploitation avec le risque de vieillissement précoce du matériel roulant dû aux fréquentes pannes**.**	Le renforcement du parc auto du CCM et des PRs et la dotation des réseaux de coordination de la société civile en matériel roulant permettra d'atténuer le risque d'insuffisance de suivi des activités sur le terrain.	PNLP / Save the Children
Risque de sélection non transparente de prestataires pour la réalisation des études : Pour la réalisation des études, les structures de recherche seront mises en consortium ou en compétition pour éviter le risque de sélection non transparente	La mise en œuvre de processus transparents et compétitifs pour l'acquisition de biens et services au meilleur rapport-qualité prix constitue un gage de réussite de l'exécution de la subvention du Fonds mondial. Il s'agit dans un premier temps de renforcer nos manuels d'achat notamment sur les volets ségrégation de tâches au sein de la supply chain, l'implication des auditeurs ou contrôleurs internes dans la revue des dossiers d'achats, établissements de bases de données fournisseurs transparentes, critères d'achats objectifs et inclusifs	PNLP / Save the Children
Risque d'inéligibilité des dépenses de mise en œuvre	Il s'agit de renforcer les procédures financières relatives à l'engagement des dépenses et à leur justification. La	PNLP / Save the Children

Principaux risques liés à la mise en œuvre	Mesures d'atténuation correspondantes	Entité responsable
	clarification ou la mise en œuvre de procédures d'avance détaillées, le respect des délais, la traçabilité des pièces justificatives sont des outils qui demeurent incontournables pour l'atténuation des risques d'inéligibilité. La ségrégation des tâches dans l'exécution des dépenses représente la base de toute gestion financière. Il faut assurer des formations régulières relatives à la lutte contre la fraude à l'endroit de tous les acteurs de mise en œuvre.	
Risque de retard de décaissement des ressources financières limitant la capacité opérationnelle	Ce risque pourrait être évité si lors des décaissements par le Fonds mondial, le montant équivalent à un mois d'activité est ajouté au montant du transfert de la période (mois tampon).	Fonds mondial

Section 4 : Cofinancement, pérennité et transition

Pour répondre aux questions ci-dessous, se référer aux *Instructions*, à la section de la **lettre d'allocation** relative au financement national, à la Note d'orientation sur la pérennité, la transition et le cofinancement, **au(x) tableau(x) du paysage de financement, au(x) tableau(x) de lacunes programmatiques, au plan de pérennité ou au plan de travail de transition,** si disponibles[60].

4.1 Cofinancement

a) Les **engagements de cofinancement** pour la période d'allocation **actuelle** ont-ils été honorés ?

☒ Oui ☐ Non

Si **oui**, joindre des pièces justificatives démontrant dans quelle mesure les engagements de cofinancement ont été honorés.

Si **non**, expliquer pourquoi et décrire les conséquences de cette situation sur le programme.

Oui, ces engagements ont été honorés

i) Les engagements de 2018 de 4 421 021 Euro sont partiellement honorés pour un montant de 228 674 Euro. Le reliquat a été reportée sur l'année 2019 de 1 524 490 Euros et 2020 de 2 667 858 Euros.

ii) Les engagements de 2019 d'un montant prévu de 6 097 961 Euro sont totalement honorés y compris une partie du reliquat de 2018 à hauteur de 1 524 490 Euros

iii) Les engagements 2020, d'un montant de (6 148 585 Euro) ont été totalement honorés. En raison de la pandémie à COVID 19 le reliquat de 2018 estimé à 2 667 858 Euros n'est pas effectif ; cependant il est en cours.

Les fonds alloués sur la période pour la lutte contre la maladie se résument dans le tableau ci-après.

Tableau N°2 : Sources de financement du programme de 2016 à 2019

Année	Montant par Année (Euros)				Total	%contribution sur la période
Sources de financement	2016	2017	2018	2019		

[60] Notez que le Fonds Mondial peut mettre à la disposition du public les informations tirées des documents justificatifs fournis en réponse aux questions ci-dessous, y compris les informations sur le(s) tableau(x) du paysage de financement ou les engagements nationaux.

Etat	4 006 791	4 676 252	228 674	6 097 961	15 009 678	5,76
Fonds mondial	58 417 201	25 123 099	23573106	60 869 623	167 983 029	64,43
OMS	11 632	15 776	40526	5 984	73 918	0,03
UNICEF	57 305	66 626	27148	6 098	157 177	0,06
PMI	-	-	29 084 810	21 342 862	50 427 672	19,34
France			352922		352 922	0,14
Japon			10813		10 813	0,00
Corée			21487		21 487	0,01
Royaume Uni			141		141	0,00
Russie			23069476		23 069 476	8,85
Enion Européenne			229428		229 428	0,09
Banque Mondiale			742520		742 520	0,28
FMI			83954		83 954	0,03
ONGs et fondations internationales			55034		55 034	0,02
Coopération Allemande	-	-	-	2500000	2 500 000	0,96
UNOPS	-	8 935	-	-	8 935	0,00
TOTAL	62 492 929	29 890 688	77 520 039	90 822 528	260 726 184	100.00 %

NB-la contribution de l'Etat correspond juste au co-financement. Elle ne tient pas compte de l'ensemble des recettes publiques (Salaires , Infrastructures , fonctionnement , gratuité ciblée….)

Tableau N° … : Dépenses par Sources de financements de la lutte contre le paludisme de 2016 à 2019

Année	Montant par Année				Total	%contribution sur la période	Taux d'utilisation ressources
Sources de financement	2016	2017	2018	2019			
Etat	3 980 124	4 658 825	228 674	6 097 585	14 965 208	6,85	99,70
Fonds Mondial	56 198 291	31 457 601	19 508 632	54 297 446	161 461 970	73,90	96,12
OMS	11 632	15 776	15 776	5 984	49 168	0,02	66,52
UNICEF	45 324	65 528	128 315	54 705	293 872	0,13	186,97
PMI	-	-	5 898 849	8 740 963	14 639 811	6,70	29,03
France			352 922		352 922	0,16	100
Japon			10 813		10 813	0,00	100
Corée			21 487		21 487	0,01	100
Royaume Uni			141		141	0,00	100
Russie			23 069 476		23 069 476	10,56	100
Enion Européenne			229 428		229 428	0,11	100
Banque Mondiale			742 520		742 520	0,34	100
FMI			83 954		83 954	0,04	100
ONGs et fondations internationnales			55 034		55 034	0,03	100

Coopération Allemande	-	-	-	2 500 000	2 500 000	1,14	100
UNOPS	-	8935	-	-	8 935	0,00	100
TOTAL	60 235 371	36 206 665	50 346 021	71 696 683	218 484 739	100.00%	83,80

Source : Bilan annuel PNLP 2016 à 2019, DAF MSHP

b) Les **engagements de cofinancement** pour la **prochaine** période d'allocation répondent-ils aux exigences minimales pour bénéficier pleinement de l'incitation au cofinancement ?

☒ Oui ☐ Non

Si des informations sur les engagements sont disponibles, joindre des pièces justificatives démontrant la mesure des engagements de cofinancement contractés.

Si les engagements de cofinancement ne répondent pas aux exigences minimales, expliquer pourquoi.

En vue d'optimiser le financement du secteur santé, le MSHP a adopté des stratégies novatrices de financement notamment : (i) la stratégie nationale de financement pour tendre vers la couverture sanitaire universelle, (ii) la stratégie nationale de financement basée sur la performance pour améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de services et de soins de santé et (iii) le document d'orientation sur les financements innovants.

Le budget du PNDS pour la période 2016-2020 est de 2 391 678 907 329 FCFA, dont 23% en dépenses d'investissement et 77% en dépenses de fonctionnement. Il est prévu 2,8% de ce budget pour la lutte contre le paludisme de 2016 à 2020. » (PSN 2021-2025, pages 37-38)

Pour ce nouveau cycle 2021-2023, un cofinancement à hauteur de 20% du montant de l'allocation du Fonds Mondial soit 26 400 293 Euro est exigé de la Côte d'Ivoire. Comme les autres années, Une communication en conseil de ministres permettra d'acter et transcrire dans le budget national cet engagement_Annexe11

c) Résumer les **axes programmatiques** qui bénéficieront d'un cofinancement national pendant la prochaine période d'allocation. En particulier :

i. Le financement des principaux coûts programmatiques des plans nationaux de lutte contre les différentes maladies ou des systèmes de santé ;
ii. La prise en charge prévue des interventions actuellement financées par le Fonds mondial.

1-Les axes programmatiques qui bénéficieront du cofinancement sont :

- Prise en charge des cas : Médicaments pour le paludisme grave (artesunate injectable et la quinine, arteméther injectable) ;
  Prise en charge intégrée des maladies : Médicaments de l'iCCM pour prendre en charge la pneumonie et la diarrhée ;
  Acquisition de TDR, MILDA, CTA en appui au plan ORSEC
- Traitement Préventif intermittent chez la femme enceinte : Acquisition de Sulfadoxine Pyriméthamine
- Lutte antivectorielle : acquisition de moustiquaires, Conduite de campagne démoustication avec la lutte antilarvaire et destruction de moustique adulte ;
- Renforcement du système de santé : Acquisition de 20 fourgonnettes additionnelle pour les districts qui n'en possèdent pas (5 en première année et 15 en deuxième année) pour la livraison au dernier km.
- Gestion du Programme : Provision de carburant pour le fonctionnement des 50 fourgonnettes existantes et les 20 nouveaux

- Etude de l'efficacité de la démoustication
- Camion podium pour sensibilisation des populations
- Mise en œuvre campagne en 2021 et 2023 (certains coûts opérationnels)
- Réhabilitation du siège du PNLP
- Réhabilitation d'espace de stockage ; deux conteneurs par district dans 15 districts
- Acquisition d'hémoglobinomètres pour la détection de l'anémie

2-Les interventions actuellement prises en charge par le Fonds mondial qui seront pris en compte par l'Etat

- Lutte antivectorielle : Acquisition d'une partie des MILDA dans le cadre de la campagne de masse. L'achat de la sulfadoxine pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent, l'achat de SRO, Zinc pour la prise en charge de la pneumonie et la diarrhée dans le cadre de l'iCCM

d) Préciser ci-dessous les moyens qui permettront d'assurer **le suivi et la communication des rapports** relatifs aux engagements de cofinancement. Si les systèmes de gestion des finances publiques ou les mécanismes de suivi des dépenses doivent être renforcés ou institutionnalisés, indiquer comment la présente demande de financement répondra à ces besoins.

Le pays se propose de rapporter lors de la production du PU/PUDR, au Fonds mondial, les dépenses d'investissement et de fonctionnement réalisées dans le cadre du financement de la réponse nationale au Paludisme.
Ces rapports financiers contribueront à renforcer les relations de partenariat entre la Côte d'Ivoire et le Fonds Mondial. Le rapport financier déclinera les dépenses réalisées par la Partie nationale sur la période de rapportage pour montrer l'investissement de l'Etat dans le financement de la lutte contre le paludisme. Un canevas de rapportage sera proposé, validé et diffusé.

4.2 Pérennité et transition

a) À partir de l'analyse figurant dans **le(s) tableau(x) du paysage de financement**, décrire les besoins de financement et le financement anticipé, en soulignant les déficits touchant les principaux axes programmatiques pour la prochaine période d'allocation.

De même, décrire la façon dont les autorités nationales i) s'attacheront à obtenir des financements supplémentaires ou de nouvelles sources de financement, et/ou ii) continueront à maximiser l'efficacité par le Fonds mondial.

L'analyse des **gaps de financement** par catégories du PSN pour la période allant de janvier 2021 à décembre 2023 est présentée dans le tableau ci-dessous. L'estimation des besoins pour la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire au cours de la période 2021-2023 est de 889,892,741€

Le déficit financier sur cette période est de 253 497 292 €, soit 74%. L'apport du Fonds mondial est nécessaire pour atténuer considérablement ce gap.

Tableau 3: Analyse des gaps de financement par modules du programme (Euro), 2021-2025

Catégories de cout	Besoins de financement pour le PSN 2021-2023	ETAT	PMI	OMS	UNICEF	Total	Gap de financement
Communication	9 656 557	1 829 389				1 829 389	7 827 168
Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	25 450 935					-	25 450 935
Formation	30 056 310					-	30 056 310
Frais fixes	-					-	-
Infrastructure et autres équipements	16 227 500	993 968				993 968	15 233 532
Planification et administration	9 804 506	2 111 921	27 779 110	47 329	229 588	30 167 948	-20 363 442
Produits et équipements médicaux	62 356 062	1 797 374	27 936 881			29 734 255	32 621 807
Produits pharmaceutiques	65 534 540	7 088 879				7 088 879	58 445 661
Ressources humaines	54 179 865		5 959 289			5 959 289	48 220 576
Suivi évaluation	70 936 811	12 578 762	2 353 304			14 932 066	56 004 745
Total	344 203 086	26 400 293	64 028 585	47 329	229 588	90 705 794	253 497 292

PMI soutient la lutte contre le paludisme pour un montant moyen annuel de 21,342,862 €, soit un total de 106,714,312 € sur la période de 2021-2023. Le financement du PMI contribue à la mise en œuvre de la majeure partie des stratégies de lutte contre le paludisme et fait intervenir des agences d'exécution.

L'OMS finance la lutte contre le paludisme à travers son assistance technique, l'élaboration des directives nationales et des documents de politique de la lutte contre le paludisme pour un montant annuel de 15,776 € soit au total 78,881 € sur la période de 2021-2023.

L'UNICEF apporte un appui technique financier et logistique lors de la mise en œuvre de la campagne de masse de distribution des MILDA et de l'élaboration des documents normatifs de la lutte contre le paludisme. Le montant annuel des engagements est de 76,529 € soit au total 382,647€ sur la période de 2021-2023.

L'ensemble des engagements financiers soit 107,175,840 € promis par les partenaires et le gouvernement restent insuffisants et compromettent l'atteinte des objectifs du PSN de la lutte contre le paludisme.

b) Mettre en lumière les difficultés en matière de pérennité (voir la liste indicative figurant dans les *Instructions*). Expliquer comment ces difficultés seront résolues soit au moyen de la présente demande de financement soit par d'autres moyens. Si cet élément est déjà décrit dans la stratégie nationale, dans le plan de pérennité et/ou de transition, et/ou dans tout autre document joint à la demande de financement, faire référence aux sections correspondantes de ces documents.

Difficultés

- Insuffisance du budget de l'Etat dans le financement de la santé avec 5% de contribution par rapport au budget national. Cette insuffisance joue négativement sur la part accordée à la lutte contre le paludisme ;
- Insuffisance des ressources humaines pour mener à bien les activités tant au niveau central que dans les zones reculées ;
- Insuffisance dans la production des données de qualité avec difficultés dans la collecte des informations sur les commandes et les livraisons des produits de santé.

Pistes de résolution

Le gouvernement à travers le Ministère de la santé et de l'Hygiène publique s'engage progressivement à prendre à son actif des activités clé issues du plan stratégique au fil des temps à travers la volonté de payer. Ce processus va se poursuivre. Par ailleurs la mise en place du budget programme institué par le pays va contribuer à optimiser l'impact des ressources allouées.

Il est important de s'aligner sur la stratégie nationale de Santé communautaires pour garantir la pérennité des interventions à base communautaire.

L'appropriation par la Nouvelle PSP des mécanismes d'approvisionnement des régions et districts sanitaires démontre une bonne performance. Elle sera renforcée avec la décentralisation prochaine de la distribution des produits et intrants de santé. A cela s'ajoutent la mise en place de la Cellule d'Analyse et d'Approbation des Commandes en Produits de Santé (CAACPS) et les réunions statutaires de la CNCAM.

Annexe 1 : Liste de vérification des documents

Vérifier que le dossier de candidature est complet à l'aide de la liste ci-dessous :

☒	Formulaire de demande de financement
☒	Tableau(x) de lacunes programmatiques
☒	Tableau(x) du paysage de financement
☒	Cadre de résultats
☒	Budget
☒	Demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée
☒	Cartographie des modalités de mise en œuvre[61]
☒	Tableau(x) des données essentielles (à jour)
☒	Approbation de la demande de financement par l'ICN
☒	Déclaration de conformité de l'ICN
☒	Pièces justificatives confirmant que les exigences de cofinancement ont été remplies pour la période d'allocation actuelle
☒	Pièces justificatives relatives aux engagements de cofinancement pris au titre de la prochaine période d'allocation
☐	Évaluation du degré de préparation à la transition (si disponible)
☒	Plans stratégiques nationaux (relatifs au secteur de la santé et propres aux différentes maladies)
☒	Toutes les pièces justificatives citées dans la demande de financement
☒	Outil de gestion des produits de santé (le cas échéant)
☒	Liste des abréviations et des annexes

[61] La cartographie actualisée des modalités de mise en œuvre est obligatoire si le programme se poursuit avec le même récipiendaire principal. En cas de changement de récipiendaire principal, cette cartographie peut être transmise lors de l'étape d'élaboration de la subvention.