

AUTO-ÉVALUATION DU CANDIDAT EN VUE D'ÉTAYER LA RECONDUCTION DU PROGRAMME

L'auto-évaluation du candidat permet à celui-ci de justifier les raisons d'une reconduction des subventions existantes soutenues par le Fonds mondial dans le but de réaliser les objectifs du programme et d'obtenir un impact optimal avec les ressources disponibles. Dans le cadre de cette auto-évaluation, les possibilités d'ajustements programmatiques doivent être identifiées en vue d'une éventuelle reprogrammation, en sachant que la révision des subventions peut intervenir à tout moment de leur cycle de vie pour des résultats et un impact optimal.

Les réponses apportées à chacune des questions doivent être concises et démontrer clairement en quoi les investissements actuels correspondent au besoin du pays d'optimiser l'impact. Il est fortement recommandé de s'appuyer sur des documents justificatifs et des éléments concrets. Cette auto-évaluation doit être soumise avec l'annexe 1 afin de confirmer le caractère participatif du processus.

Si le candidat confirme, dans l'une quelconque de ses réponses ci-dessous, l'existence de modifications majeures, il lui est demandé d'indiquer si celles-ci auront un impact immédiat sur la programmation (c.-à-d. si un examen spécifique ou complet est nécessaire) ou si ces modifications peuvent être traitées ultérieurement (c.-à-d. au travers d'une reprogrammation pendant la mise en œuvre de la subvention).

RÉSUMÉ			
Candidat	CCM CÔTE D'IVOIRE		
Composante(s)	TUBERCULOSE	Montant du financement suivant la répartition du programme	12 405 185,00 EURO
Réциpiendaire(s) principal/principaux	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) Programme National de contre la Tuberculose (PNLT) Alliance Nationale de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (ANSCI)		
Date de début prévu de la ou des subventions	1 janvier 2018	Date de fin prévue de la ou des subventions	31 décembre 2020
Montant du financement demandé pour la reconduction du programme	12 405 185,00 EURO	Demande hiérarchisée de financement au-delà de la somme allouée.	4 506 795,71 EURO

1. Données récentes relatives au contexte épidémiologique	
Le contexte épidémiologique du pays a-t-il évolué de façon notable depuis la précédente demande de financement (p. ex. : changements importants au niveau des tendances de l'incidence/des taux de notification ou de la prévalence, des principaux vecteurs de l'épidémie, de l'émergence de comportements à haut risque, de la résistance aux médicaments/insecticides ou de la couverture des interventions destinées à la population générale ou à des populations-clés spécifiques, d'après les dernières enquêtes ou d'autres sources de données) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
<p>Le contexte épidémiologique de la tuberculose en Côte d'Ivoire n'a pas évolué de façon notable depuis 2014 (annexe1). L'incidence de la maladie reste supérieure à 100 cas pour 100.000 habitants, avec une tendance baissière sur les 10 dernières années (figure1). Le taux de notification est passé de 106 cas en 2013 à 91 en 2016 (annexes2-3). Le gap entre l'incidence estimée et la notification peut être dû à une sous détection, en particulier dans les populations clés et vulnérables.</p>	

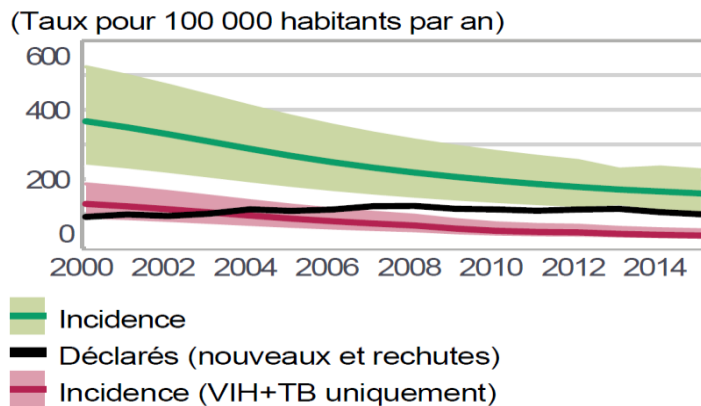


Figure 1: Evolution de l'incidence de 2000 à 2015

La maladie reste prédominante dans les populations jeunes (pic 25-34 ans) avec un sex ratio de 1,5(annexe 4: p11). Les enfants de moins de 15 ans représentent 4,7% des malades TB en 2016 (1,2% de 0-4 ans). (annexe 5: p13). L'épidémie se concentre surtout dans les grandes villes avec 47% des cas pour Abidjan (annexe 5: p11).

On note une amélioration du succès de traitement qui est passé de 78% en 2011 à 81% en 2015. Pourtant les taux de décès et des Perdus de Vue (PDV) restent de 7% chacun. Ce taux élevé de décès s'expliquerait en partie par le VIH (21% en 2015) (annexe3), par le diagnostic tardif, la malnutrition. Une étude dont les résultats seront connus fin 2017 est en cours pour déterminer les causes.

La coïnfection TB/VIH reste élevée avec un taux de 22% chez les TB toutes formes en 2016 (annexe3).

La TBMR est surtout observée dans les grandes villes dont 75% à Abidjan (annexe 5: p18). Selon les résultats préliminaires de l'enquête de pharmacorésistance de 2016, la prévalence de TBMR est de 5,4%chez les nouveaux cas et de 19,6% chez les retraitements (annexe 6). En 2016, 461 cas de TBMR ont été diagnostiqués dont 399 sous traitement et 62 en attente du bilan pré thérapeutique. Le taux de succès des TBMR de l'étude de l'Union a été de 80% (annexe 5: p20).

Selon les résultats préliminaires de l'étude menée par Médecins du Monde chez les usagers de drogues, la prévalence de la TB est passée de 2,9% en 2014 à 7,3% en 2017 (annexes7-8). Cette augmentation s'expliquerait par un screening systématique (radiographie pulmonaire, microscopie et GeneXpert).

Explication du candidat (300 mots maximum)

2. Révisions et mises à jour des politiques et stratégies nationales

De nouvelles approches ont-elles été adoptées dans le cadre de la politique ou de la stratégie nationale relative au programme de lutte contre la/les maladie(s) (p. ex. :directives relatives à la stratégie « dépister et traiter »le VIH, schémas de courte durée pour le traitement de la tuberculose multirésistante, transition des interventions contre le paludisme depuis la maîtrise de l'épidémie à la pré-élimination de la maladie, élargissement du rôle du secteur privé) ?

Oui
 Non

La stratégie nationale de lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire est alignée sur la politique nationale de santé et basée sur la stratégie «END-TB» de l'OMS. Le dépistage de la maladie est basé sur: 1) stratégie passive où les malades viennent spontanément lorsqu'ils présentent des signes évocateurs de la maladie et 2) stratégie active pour les Personnes Vivants avec le VIH (PVVIH), les diabétiques, les travailleurs de mines, les cas contacts, les prisonniers, les usagers de drogues et les habitants des quartiers précaires. La stratégie active prévoit des algorithmes comprenant le screening verbal de la TB, la radiographie, la microscopie et le GeneXpert en fonction de la cible. Les acteurs communautaires contribuent à travers la sensibilisation dans les quartiers précaires, les visites à domicile pour l'enquête d'entourage et les interventions au profit des PVVIH, des usagers de drogues, des prisonniers et des travailleuses de sexe.

Le traitement de la tuberculose pharmaco sensible est aligné sur les recommandations internationales. La Côte d'Ivoire a adopté les nouvelles formulations pédiatriques qui seront effectives sur les sites à partir de septembre 2017.

Pour la TBMR, la Côte d'Ivoire a adhéré au régime de 9 mois depuis 2015. Les malades inéligibles ou en échec du traitement court sont mis sous traitement long. Le test LPA 2ème ligne et les cultures sont disponibles.

L'implication de la communauté a été renforcée par l'élaboration et la mise en œuvre des directives opérationnelles nationales selon l'approche «Engage-TB» de l'OMS (annexe 9). Selon la subvention en cours 160 services de prise en charge de la TB sont couverts par les interventions communautaires : permanence au niveau du centre pour l'éducation du malade, visites à domicile (VAD) et enquête de l'entourage, sensibilisation dans les quartiers précaires, recherche de PDV. De même les praticiens de la médecine traditionnelle sont impliqués dans le programme.

Explication du candidat (300 mots maximum)

3. Investir pour optimiser l'impact en vue de mettre un terme aux épidémies

D'après les éléments concrets disponibles ainsi que les avis des partenaires techniques et des principales parties prenantes, le programme actuel reste-t-il pertinent, enregistre-t-il des avancées et est-il globalement en voie d'obtenir des résultats et un impact ? Veuillez justifier la pertinence de la reconduction des buts, des objectifs stratégiques et des interventions-clés. Le cas échéant, veuillez expliquer les difficultés majeures rencontrées ainsi que toute mesure d'atténuation des risques mise en place.

Oui

Non

Le programme en cours depuis janvier 2016 dont le but, les objectifs et interventions majeures seront maintenus, reste pertinent et couvre l'essentiel des stratégies de lutte contre la tuberculose issues du Plan Stratégique 2016-2020. En effet, un an après le début de mise en œuvre, les niveaux d'atteintes des indicateurs en décembre 2016 sont les suivants:

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de notification/100.000 hbts)	106	106	104	106	101	98	91
Taux de succès thérapeutique des nouveaux et /ou rechutes de cas frottis positifs	79%	78%	80%	81%	80%	81%	-
Taux de décès	8%	7%	8%	8%	8%	7%	-
Taux de perdus de vue	9%	9%	7%	6%	7%	7%	-
Pourcentage des malades tuberculeux testés pour le VIH	73%	90%	85%	90%	93%	95%	98%
Pourcentage des malades tuberculeux toutes formes VIH positifs	24%	26%	27%	25%	24%	24%	22%
Pourcentage des malades tuberculeux VIH positifs sous ARV	27%	36%	55%	67%	79%	90%	-

Pourcentage de TBMR ayant débuté le traitement de 2 ^{ème} ligne	-	-	15%	20%	66%	84%	87%
Nombre d'enfants de moins de 05 ans sous INH	-	-	-	-	-	2708	3174
Nombre et Pourcentage des cas de TB toutes formes (nouveaux cas et rechutes) référés par les communautaires	-	-	543/ 14656 (3%)	2123/ 19895 (11%)	2706/ 22622 (12%)	1292/ 11131 (12%)	2667/ 21354 (12, 5%)
Nombre et Pourcentage des patients TB (nouveaux cas et rechutes) ayant été suivis par les communautaires	-	-	1656/ 4656 (11%)	7782/ 19895 (39%)	11858/ 22622 (52%)	5178/ 11131 (47%)	10757/21 354 (50%)

Des progrès ont été observés : amélioration du taux de succès de traitement pour TB-sensible et pour TBMR ; des indicateurs TB/VIH ; extension des laboratoires (245 CAT/CDT); (annexe 3).

Parmi les 245 centres, on compte 228 CDT dont 197 sont intégrés dans des structures sanitaires.

Par contre la baisse de la notification observée depuis 2014, souligne la nécessité de décentraliser les soins, renforcer l'implication des acteurs communautaires et d'intensifier le dépistage au niveau des populations clés et vulnérables.

La mise en œuvre n'a pas connu de difficultés majeures cependant, il persiste quelques défis à relever lors de cette reconduction:

- **Accès aux soins TB** : la stratégie du PNLT sur les 3 prochaines années serait d'intégrer la LAT dans les structures de santé de base. Ces structures devraient être capables d'identifier les cas présumés de TB, de les référer au laboratoire du CDT pour le diagnostic ou de collecter et convoier les crachats vers les laboratoires, de suivre le traitement TB sous la supervision des CDT. Autour des centres de santé, il existe des ASC qui font la sensibilisation, référence, enquête d'entourage, suivi des malades. Les 37 nouveaux CAT/CDT ont seulement été ouverts au 2^{ème} trimestre 2016, nous n'avons pas encore apprécié leur performance. Un effort reste à faire pour informer et sensibiliser la population de l'ouverture des nouveaux CDT.
- **Diagnostic de la tuberculose dans les populations clés et vulnérables en tenant compte du genre** : par le renforcement du dépistage actif en collaboration avec les ONG, l'amélioration de la prise en charge de la TB chez la femme et l'enfant.
- **Taux élevé de décès et des perdus de vue** : par l'amélioration du TDO (décentralisation des soins, renforcement des capacités du personnel et collaboration avec les ASC), diagnostic précoce (décentralisation du diagnostic TB sensible et TB/MR à travers la référence, la collecte et le transport des échantillons), la recherche active des malades irréguliers avec la collaboration des ONG (éducation et sensibilisation des malades, repérage du domicile, relance téléphonique).
- **Prise en charge des TBMR** : par la réduction du délai de mise sous traitement (initiation du traitement avec les résultats de l'électrocardiogramme), l'amélioration du suivi bactériologique (réalisation régulières des cultures, LPA 2^{ème} ligne), biosécurité, gestion des effets indésirables, la pharmacovigilance et l'appui alimentaire et psychosocial en collaboration avec les ONG.
- **GAS** : par l'amélioration de la gestion et la distribution des médicaments à tous les niveaux (les bons de commandes des CDT sont vérifiés par le PNLT pour un meilleur suivi) et le contrôle qualité post marketing.

Explication du candidat (300 mots maximum)

4. Alignement sur le 2^{ème} et le 3^{ème} objectifs de la stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022

Objectif n°2 : Mettre en place des systèmes résilients et pérennes pour la santé

La subvention actuelle inclut-elle un ciblage adapté des investissements en faveur de systèmes résilients et pérennes pour la santé ? Si ces investissements doivent être modifiés (en vue d'optimiser l'impact sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile ou sur d'autres domaines), veuillez expliquer quand et comment il serait préférable d'apporter ces changements.

 Oui

 Non

La subvention actuelle inclut des investissements en faveur de systèmes résilients et pérennes pour la santé :

- Amélioration du plateau technique de 62 établissements de santé.
- Amélioration de la chaîne d'approvisionnement par la réhabilitation d'un magasin de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP), le paramétrage des données sur les commandes de médicaments dans le logiciel e-SIGL. La révision du logiciel SAGE® pour une gestion optimale à la NPSP.
- Renforcement du système d'information sanitaire grâce aux financements du Fonds mondial et du PEPFAR : paramétrage des outils de rapportage de la tuberculose dans le DHIS2, formation des utilisateurs et équipement des services. Pour la TBMR, les données sont enregistrées dans le logiciel Data To Care.
- Amélioration de la gestion des déchets biomédicaux par l'acquisition et la mise à disposition de 17 incinérateurs au niveau des régions sanitaires.
- Appui à l'opérationnalisation du cadre d'intervention communautaire élaboré par le MSHP.
- Renforcement de la performance du personnel avec la formation en Leadership, Management et gouvernance (LMG) centré sur la région sanitaire du SUD COMOÉ.
- Renforcement des capacités et l'implication des praticiens de médecine traditionnelle dans la référence et contre référence des malades.
- Renforcement des capacités organisationnelles et opérationnelles des ONG impliquées dans la mise en œuvre des programmes de santé.

La subvention 2018-2020 prévoit de :

- Mettre en place un système s'appuyant sur les districts pour le transport des échantillons biologiques au niveau national
- Poursuivre l'intégration des soins TB au niveau des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) et des maternités
- Intégrer les soins TB dans les centres de réhabilitation nutritionnelle
- Poursuivre l'implication des parties prenantes de la plateforme de la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né.

La Côte d'Ivoire prévoit développer les interventions prioritaires pour un système résilient et pérenne pour la santé. Cette demande sera pilotée par la Direction Générale de la Santé en collaboration avec le CCM et financée par l'allocation accordée à la Côte d'Ivoire.

Explication du candidat (300 mots maximum)

Objectif n°3 : Promouvoir et protéger les droits de l'Homme et l'égalité de genre

Est-il nécessaire d'intensifier ou de modifier les activités visant à lever les obstacles liés aux droits de l'Homme et au genre qui entravent l'accès aux services ainsi que celles visant à garantir un ciblage adapté sur les interventions en faveur des populations-clés et vulnérables ? Si des modifications sont requises, veuillez expliquer quand et comment il serait préférable de les apporter.

 Oui

 Non

Pendant la subvention en cours, plusieurs interventions ont été adressées aux populations clés et vulnérables, notamment :

L'intégration des soins TB dans les 34 prisons (screening verbal de la TB à l'entrée, disponibilité du traitement) et la présence des acteurs communautaires et des éducateurs de pairs pour assurer l'appui psycho social et

alimentaire et le suivi des prisonniers libérés sous traitement. En 2016, 103 prisonniers ont été mis sous traitement antituberculeux (annexe 3).

Au niveau des usagers de drogues, un projet de Médecins du Monde permet d'identifier les cas présumés, de les référer et de faire le suivi du traitement des cas dépistés TB.

En outre, les interventions communautaires ciblent les cas contact, les habitants des quartiers précaires et les populations des zones rurales à travers 1065 Agents de Santé Communautaires (ASC) intervenant en zone rurale et 250 Conseillers Communautaires (CC) rattachés aux ONG et intervenant en milieu urbain.

Le PR communautaire a signé une convention avec la CNDHCl (commission nationale des droits de l'homme de Côte d'Ivoire) et a débuté la promotion de la charte des patients tuberculeux.

La majorité des patients TB sont des hommes. Cela pourrait être dû soit à un faible accès des femmes aux soins, soit à l'exposition accrue des hommes (activités professionnelles, mode de vie). Une étude sur l'équité et une évaluation de la prise en compte du genre sont en cours. Les résultats attendus pour octobre 2017 permettront de définir des stratégies pour répondre à la problématique du genre, de l'équité et du droit aux soins.

Par ailleurs, des guides et des documents de formation des personnels de santé et communautaire prenant en charge ces populations vulnérables (PVVIH, UD, prison, enfants, travailleurs des mines et cas contacts) ont été élaborés.

Le projet de continuation permettra

- Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de dépistage systématique: algorithmes, éthique et protection des droits de l'homme, acteurs impliqués, analyse de coût /efficacité et suivi-évaluation;
- Intensification du dépistage actif dans les populations vulnérables;
- Intensification des interventions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, de promotion de la charte des malades et de prise en compte des conclusions des études sur le genre et l'équité;
- Renforcement des capacités des acteurs sur la question des droits de l'homme et du genre.

Explication du candidat (300 mots maximum)

5. Efficacité des démarches de mise en œuvre

Les modalités de mise en œuvre actuelles sont-elles efficaces pour réaliser les objectifs du programme et obtenir l'impact attendu (y compris au niveau du bénéficiaire principal et des principaux sous-bénéficiaires) ? Si des modifications majeures des modalités de mise en œuvre sont requises, veuillez expliquer quand et comment il serait préférable de les apporter.

Oui
 Non

La modalité de mise en œuvre comportant un PR public et un PR communautaire a montré sa pertinence et sera reconduite.

Le PR public pour la subvention en cours est le MSHP représenté par le PNLT qui a une longue expérience dans la gestion des projets du Fonds Mondial. Il s'appuie sur les entités décentralisées du Ministère de la santé. Des difficultés ont été constatées dans la mise en œuvre notamment dans le domaine des réhabilitations des centres de santé à intégrer dans la lutte, dans les processus de passation des marchés, dans la gestion des stocks de médicaments. Le programme prévoit une assistance technique perlée pour un appui à la gestion du programme et à la gestion de l'approvisionnement et des stocks. Aussi le PNLT s'appuiera sur les structures de santé existantes pour améliorer l'offre de service et sur les organisations communautaires pour faire le suivi systématique des patients.

Par ailleurs, l'Unité de Coordination Programmatique (UCP) des subventions du Fonds Mondial coordonnera les PR publics, et permettra d'améliorer leur performance. Elle sera mise en place avant la signature de la prochaine subvention. L'UCP va coordonner les subventions afin de permettre au PNLT de consacrer plus de temps à la mise en œuvre des activités.

Le PR communautaire, ALLIANCE Côte d'Ivoire a aussi une grande expérience dans la gestion des projets du Fonds mondial en tant que bénéficiaire principal de la subvention VIH depuis 2010 et de la subvention tuberculose depuis 2016. Le PR s'appuie sur 6 SRs et 17 SSR couvrant 17 CAT. La performance du PR communautaire n'a pas été optimale suite au retard de mise en œuvre (Janvier à Avril 2016) des activités sur le terrain et aux difficultés d'adaptation au nouveau dispositif de mise en œuvre par les ONG et les acteurs communautaires. Les activités sont effectives sur le terrain.

Il existe un cadre de collaboration entre les 2 PRs.

Le CCM assure la coordination et le suivi stratégique des subventions à travers les Assemblées Générales, la revue trimestrielle du dashboard des PR, la supervision des PR.

En vue d'assurer une couverture adéquate des nouveaux services de prise en charge de la TB, le nombre de SSR passera de 17 à 25 ONG pour s'aligner sur le nombre de 25 CAT, le nombre de conseillers communautaires de 250 à 298, les ASC de 1065 à 571. L'application d'une nouvelle stratégie pour les services de prise en charge de la TB à faible charge de travail (≤ 50 malades/an) qui prévoit 190 ASC superviseurs. L'ASC superviseur sera chargé de coordonner les activités de l'ensemble des ASC de la zone.

Explication du candidat (300 mots maximum)

6. Paysage de financement

Les éventuelles modifications du financement national ou international (p. ex. : en raison du retrait d'un donateur important ou d'une nette augmentation des crédits alloués/des financements nationaux) ont-elles un impact important sur la disponibilité des financements destinés à soutenir les interventions et la pérennité du programme ? Si la réponse est oui, veuillez expliquer en quoi ces modifications ont une incidence sur la capacité du pays à tenir ses engagements en matière de cofinancement (auparavant appelé « volonté de payer ») pour la période de mise œuvre de la/des subvention(s) en cours. Veuillez également indiquer si ces modifications auront des répercussions sur la capacité du pays à prendre de futurs engagements de cofinancement et à les tenir lors de la prochaine phase de mise en œuvre.

Oui

Non

Il n'y a pas eu de modification majeure dans le financement de la lutte contre la tuberculose.

Le budget de l'Etat et le Fonds mondial constituent les principales sources de financement de la lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire.

En Côte d'Ivoire, le financement de la santé a connu une hausse progressive ces dernières années. Le budget du ministère en charge de la santé est passé de 106,8 milliards en 2011 à 245,5 milliards de FCFA¹ en 2015, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 18 % en 5 ans. En outre la proportion du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est passée de 5,56 % en 2012 à 6,19 % en 2014. Toutefois, il est encore en deçà des 15% fixé lors de la déclaration d'Abuja. L'amélioration du financement du PNDS 2016-2020 de même que la mise en place d'un dispositif efficace de suivi évaluation, permettront de réaliser des progrès considérables vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Le Gouvernement Ivoirien est résolument engagé à améliorer sa collaboration avec les bailleurs car la « volonté de payer requise » au cours de l'allocation de 2015 à 2017 a été respectée en 2016. A priori, ces engagements des autorités publiques quant au cofinancement de la lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire devrait être confirmés sur le cycle d'allocation 2018/2020.

La volonté de payer a permis de répondre à plusieurs besoins parmi lesquels: l'achat de microscopes, la réhabilitation de laboratoires, du centre spécialisé d'Adzopé, la sensibilisation sur la tuberculose à travers les mass medias, la mobilisation sociale en faveur de la lutte contre la tuberculose.

La première source de financement du PNDS 2016-2020 proviendra du budget de l'Etat qui devra accroître son financement afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés. L'Etat développera des mécanismes innovants pour mobiliser des ressources additionnelles à l'échelle nationale pour le secteur de la santé tels que la mise en place de la Couverture Maladie Universelle, le financement basé sur la performance, le Contrat de Désendettement et de Développement.

Le partenariat public privé sera renforcé avec une amélioration des engagements du privé dans le cadre de leur responsabilité sociétale d'entreprise.

Par ailleurs, le Gouvernement ivoirien, en dehors de sa contribution habituelle à travers "la volonté de payer" bénéficie du soutien d'autres partenaires que sont:

¹DAF/MSHP. NB : Ce Budget n'inclut pas une part importante des contributions extérieures

- L'Union qui intervient en Côte d'Ivoire essentiellement pour l'appui technique à travers les revues périodiques du programme.
- Le PEPFAR contribue à la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH par la mise en œuvre des activités de prise en charge des patients co-infectés (test VIH, ARV, Cotrimoxazole, contrôle de l'infection) et du renforcement du réseau de laboratoire (contrôle qualité laboratoire).
- L'OMS finance la lutte contre la tuberculose à travers la fourniture d'assistance technique dans tous les domaines du programme, un appui financier pour la mise à jour des directives, le renforcement des capacités des gestionnaires du programme.

ENTITES	FINANCEMENT 2016 (EUR)	FINANCEMENT 2017 (EUR)
FONDS MONDIAL	7 542 651,00	6 809 558,81
ETAT	3 252 167,63	3 750 524,63
PEPFAR*	3 408 722,36	3 360 043,76
UNION	53 529,23	53 529,23
OMS	93 113,00	65 179,00
TOTAL	11 709 218,89	11 202 719,82

* ces dépenses concernent toutes les interventions PEPFAR au niveau du pays dans la prise en charge de la co-infection TB/VIH, contrôle qualité laboratoire, contrôle de l'infection.

Explication du candidat (500 mots maximum)

La somme allouée par le Fonds mondial à votre pays pour la composante de maladie sur la période 2017/2019 est-elle nettement inférieure au niveau de dépense des subventions en cours² ? Si la réponse est oui, veuillez expliquer comment la portée du programme sera maintenue/étendue et indiquer quelles sont les autres sources de financement prévues pour maintenir/accroître le niveau de couverture actuel.

Oui
 Non

La somme allouée pour la période d'allocation 2018/2020 est de 12 405 185 EUR pour la composante Tuberculose. Pour l'année 2016, les dépenses totales des deux PRs s'élevaient à 5 282 281 EUR avec respectivement 4 380 174 EUR pour le PNLT et 902 107 EUR pour Alliance. Si l'on considère que les dépenses de l'année 2016 restent inchangées sur les 3 ans à venir, les besoins de la Tuberculose seront estimés à 15 846 843 EUR. Ainsi le montant alloué représente 78 % de nos prévisions budgétaires sur les 3 années à venir (12 405 185 / 15 846 843). Ce ratio laisse apparaître un gap de 22 % soit environ 3 441 658 EUR. Ce gap pourrait être sous-estimé du fait de l'extension de l'intégration de l'offre de soins TB au niveau des centres de santé, de l'extension des interventions communautaires, de la réalisation du dépistage systématique dans les populations clés et de l'amélioration du plateau technique pour le diagnostic comme le Genexpert, la radiographie numérique fixe et mobile, les microscopes LED, etc. Malgré la contribution de l'Etat et des autres partenaires (l'UNION, PEPFAR, OMS) il va toujours subsister un gap de 4 506 795,71 euros sur l'allocation 2018-2020 pour lequel le Programme sollicite un financement au-delà de la somme allouée. Le montant total de la demande s'élève donc à 16 911 980,71 euros contre 62 804 850 euros représentant les besoins totaux estimés dans le PSN 2016-2020

Explication du candidat (500 mots maximum)

Besoin anticipé de modification majeure entraînant une reprogrammation de la subvention

Veillez indiquer les échéances-clés auxquelles seront rendus disponibles les évaluations/examens du programme et du plan stratégique national, les résultats des enquêtes ou toute autre information pertinente susceptibles de confirmer la nécessité de procéder à une reprogrammation majeure³, à compter de ce jour jusqu'à la date de fin prévue de la ou des nouvelles subventions :

Documents, évaluations, enquêtes et autres informations pertinentes	Disponibilité prévue (mois/année)	Une reprogrammation majeure est-elle envisagée à cette période ?(O/N)
Enquête nationale de pharmaco résistance aux antituberculeux	30 juin 2017	
Revue à mi-parcours du plan stratégique 2016-2020.	Décembre 2018	
L'équité dans l'accès aux soins de la tuberculose en Côte d'Ivoire.	Octobre 2017	
Stratégie de réduction du taux de mortalité chez les patients atteints de tuberculose en Côte d'Ivoire	Décembre 2017	

Remarque : toutes les demandes de financement et les subventions qui en résultent doivent respecter et suivre les exigences relatives au ciblage des candidatures⁴ et au cofinancement énoncées dans la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement.⁵

Veillez compléter l'annexe 1 ci-dessous pour confirmer que le processus d'élaboration de la demande de reconduction du programme a été mené dans un souci de participation des populations-clés.

³Veillez vous référer à la note de politique opérationnelle du Fonds mondial sur la [Reprogrammation pendant la mise en œuvre de la subvention](#) (en anglais).

⁴Y compris en garantissant des interventions destinées à lever les obstacles et à résoudre les problèmes de vulnérabilité liés aux populations-clés et vulnérables, aux droits de l'Homme et au genre dans tous les pays, indépendamment de leur niveau de revenu.

⁵[Politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#), GF/B35/04.

Annexe 1 : Participation des populations-clés⁶ au processus d'élaboration de la demande de reconduction du programme

Participation des populations-clés au processus d'élaboration de la demande de reconduction du programme (pour les programmes de lutte contre le paludisme, voir la note de bas de page⁷)	
La demande a-t-elle été élaborée selon une démarche participative, en intégrant les opinions des représentants des populations-clés et vulnérables, notamment celles ciblées par le programme ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les représentants des populations-clés et vulnérables ont-ils été informés de la somme allouée disponible ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
En cas d'évolution des contextes de mise en œuvre (questions 1, 2 et 5 ci-dessus) ou d'augmentation/réduction de la somme allouée, les représentants des populations-clés et vulnérables ont-ils été consultés sur la façon d'atténuer les risques pesant sur la qualité et la pérennité des programmes ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les observations émises par les représentants des populations-clés et vulnérables sur la qualité, le contenu et la mise en œuvre du programme actuel ont-elles été prises en compte pendant le processus d'évaluation ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Le 20 décembre 2016, le CCM a débuté le dialogue pays pour expliquer le processus de soumission et la somme allouée à la Côte d'Ivoire et sa répartition. Cette cérémonie a eu la participation de représentants et des personnes ressources des organisations et institutions impliquées dans la lutte contre les trois maladies (annexes 10 et 11).</p> <p>Plusieurs séances de travail ont réuni le secrétariat du CCM et toutes les parties prenantes en vue d'avoir une meilleure compréhension du processus. Ensuite le 15 février 2017 a été organisée une rencontre des parties prenantes de la lutte contre la tuberculose y compris le COLTMR qui a en son sein une organisation des anciens malades et les représentants des populations clés (annexes 12 et 13).</p> <p>Le 27 et 28 février a eu lieu l'élaboration du draft 0 à laquelle ont participé les personnes ressources impliquées dans la lutte contre la tuberculose de même que les organisations des personnes représentant les populations clés de la maladie (annexes 14 et 15). Ce draft a été soumis à l'appréciation de l'équipe pays du Fonds mondial le 2 mars 2017. Un atelier résidentiel TRP simulé de 2 jours a vu la participation d'autres personnes issues des structures, organisations de lutte contre la tuberculose et représentants des populations clés n'ayant pas participé à la rédaction du draft 0. Ce TRP a permis d'examiner le document sous un autre regard et de faire des recommandations. (annexe 16).</p> <p>L'équipe de rédaction renforcée par une consultante internationale d'Alliance, au cours d'un atelier de 2 jours au CCM ont pris en compte les observations émises par l'équipe pays du Fonds mondial, du TRP de l'OMS et</p>	

⁶Le Fonds mondial définit les populations-clés comme des groupes qui sont davantage frappés par l'une des maladies et dont l'accès aux services est plus limité. Elles incluent également des groupes visés par des mesures pénales ou marginalisés. Par exemple, dans le contexte du VIH, on entend par populations-clés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les personnes vivant avec le VIH. Le Fonds mondial reconnaît également les populations vulnérables – celles souffrant d'une plus grande vulnérabilité dans un contexte spécifique (les adolescents/femmes et filles, les mineurs et les personnes en situation de handicap). Pour obtenir une définition complète, veuillez cliquer sur le lien suivant du [site Web](#) du Fonds mondial.

⁷Lorsque les organisations de la société civile et/ou communautaires œuvrant spécifiquement contre le paludisme ne sont pas représentées au sein de l'instance de coordination nationale, les programmes de lutte contre la maladie doivent indiquer si elles ont été informées et consultées dans la partie « Explication du candidat ».

celles du TRP simulé les 16 et 17 mars 2017. Ce document final est soumis au Fonds mondial le 20 mars 2017.

Explication du candidat (300 mots maximum)

DEMANDE DE FINANCEMENT HIÉRARCHISÉE AU-DELÀ DE LA SOMME ALLOUÉE / MISE À JOUR

RÉSUMÉ	
Candidat	CCM-CÔTE D'IVOIRE
Composante(s)	TUBERCULOSE
Demande totale de financement au-delà de la somme allouée(\$US ou EUR)	4 506 795,71 EURO

Demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée

Dans le tableau ci-après, présentez une demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée qui, si le Comité technique d'examen des propositions la juge techniquement solide et ciblée stratégiquement, pourrait être financée à l'aide d'économies ou de gains d'efficacité identifiés lors de l'établissement de la subvention, ou inscrite au registre des demande de qualité non financée dont le financement dépendrait de ressources supplémentaires venant du Fonds mondial ou d'autres intervenants (par exemple, des donateurs privés ou des mécanismes publics approuvés comme UNITAID et Debt2Health). La demande au-delà de la somme allouée doit être clairement justifiée et alignée sur la programmation dans le cadre de la somme allouée en vue d'obtenir l'impact maximal. La demande devrait reprendre l'ordre dans lequel les interventions seraient financées si des ressources supplémentaires se dégageaient. Conformément à la stratégie du Fonds mondial pour maximiser l'impact et en finir avec les épidémies, la demande de financement hiérarchisée au-delà de la somme allouée se doit d'être ambitieuse (par exemple, en représentant 30 à 50 pour cent de la demande dans le cadre de la somme allouée).

[Composante] – *Au besoin, copier le tableau si votre demande de financement comporte plus d'une composante*

Module	Interventions	Somme demandée	Brève justification, y compris les résultats et l'impact escomptés (comment cette demande tire parti de la somme allouée)
Module 1. Prise en charge et prévention de la tuberculose	Dépistage et Diagnostic de la tuberculose	1 726 787	Acquérir 9 appareils de radio numérique et numériser les 17 anciennes tables de radio La radio reste un outil diagnostic indispensable pour les formes de tuberculoses pulmonaires frottis négatifs et même extra pulmonaires. Ainsi, le renforcement du diagnostic de la tuberculose de l'enfant exige l'utilisation de cette technologie.

			<p>Le PNLT dispose à travers 16 Anciennes coordinations régionales et la maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (MACA) de 17 appareils de radio standard. Parmi ces appareils, 5 datent de 2004, 3 de 2009 et 9 de 2016. Les appareils ayant l'âge avancé ont besoin d'une maintenance renforcée avec des pièces de rechange de plus en plus difficiles à trouver. ce type de radio a tendance à disparaître au profit des radios numériques. Aussi, le PNLT prévoit-il sur cette note l'acquisition de 9 tables radios numériques pour les 9 nouvelles coordinations régionales comprenant Séguéla et l'acquisition de 17 dispositifs de numérisation pour les anciens appareils.</p> <p>Le financement prévoit aussi la formation des formateurs et des sessions de formations des utilisateurs de la radio numérique.</p>
Module 1. Prise en charge et prévention de la tuberculose	Dépistage et Diagnostic de la tuberculose	278 582,89	<p>Acquérir 8 automates de coloration de lames et 8 incinérateurs pour 8 nouvelles coordinations régionales et maintenances</p> <p>Toutes les 17 Anciennes coordinations régionales disposent d'incinérateurs et d'automates de coloration de lames. Ces mêmes appareils sont sollicités pour les 8 nouvelles coordinations régionales. Les automates de coloration de lames tout en rendant plus aisée la lecture des lames, permettent La standardisation des procédures pour un meilleur contrôle de qualité.</p>
Module 1. Prise en charge et prévention de la tuberculose	Dépistage et Diagnostic de la tuberculose	1 444 666,82	<p>Acquérir 16 Genexpert</p> <p>Cette demande porte sur l'acquisition de 16 GENEXPERT additionnels afin de couvrir tous les laboratoires régionaux.</p> <p>Il existe actuellement 13 Genexpert dont 9 sont situés dans 9 laboratoires régionaux (CAT) et 4 dans les laboratoires centraux (2 à IPCI et 2 au CeDReS). Le PNLT prévoit acquérir 16 Xperts additionnels sur cette continuation de projet dont 8 Xpert en 2018 pour couvrir les 8 anciens Laboratoires régionaux non pourvus et 8 en 2019 pour couvrir les 8 nouvelles coordinations régionales ouvertes en 2017.</p> <p>Ces Xpert auront besoin de maintenance et d'étalonnage (calibration) chaque année. De plus, toutes les machines auront besoin de cartouche pour fonctionner. Il est prévu une moyenne de 1500 cartouches par machine chaque année. Ces machines vont renforcer le diagnostic de la tuberculose en général et la détection du profil de résistance en particulier.</p>
Module 1. Prise en charge et prévention de la tuberculose	Dépistage et Diagnostic de la tuberculose	131 715,95	<p>Assurer le transport des échantillons de crachat du niveau régional vers le niveau central. Tous les laboratoires régionaux enverront aux laboratoires centraux les crachats positifs à Xpert pour le contrôle et la réalisation des tests de sensibilité des 1ère et 2^{ème} ligne. Le diagnostic rapide des patients tuberculeux multi résistants et Ultra résistants suivi</p>

			de leur prise en charge appropriée va freiner la transmission et réduire à terme le nombre de malade
Module 1. Prise en charge et prévention de la tuberculose	Activités concertées avec d'autres secteurs	84 667,94	<p>Implication des Praticiens de la médecine traditionnelle dans la prise en charge de la tuberculose: Sur le financement 2016-2017, il est prévu de renforcer les capacités techniques et opérationnelles de 50 leaders de PMT et 400 PMT de vingt Districts sanitaires sur la tuberculose.</p> <p>Le financement 2018-2020 sur la somme allouée prévoit d'assurer leur encadrement et d'assurer la collecte et la gestion des données.</p> <p>Le financement au delà de la somme allouée prévoit l'extension de cette stratégie à 50 nouveaux leaders et à 400 nouveau PMT par an.</p>
Module 1. Prise en charge et prévention de la tuberculose	Populations clés	80 645,53	<p>Projet pilote pour l'utilisation de nouvelles technologies pour la recherche active de la TB et chez les cas contacts</p> <p>Concernant les cas contacts, il est prévu de réaliser un projet pilote a Abidjan avec l'utilisation des vidéos de sensibilisation/éducation sur tablette lors de l'enquête d'entourage et d'enregistrement de tous les cas contacts sur une base de données électronique.</p>
Module 1. Prise en charge et prévention de la tuberculose	Populations clés	141 000,00	<p>Recherche active de la TB chez les Usagers de Drogues</p> <p>Concernant les usagers de drogue, les activités proposées en collaboration avec Médecins du Monde sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séances de sensibilisation dans les fumeurs par des agents communautaires pour réduire la stigmatisation et la discrimination qui y sont liées; - Dépistage par recherche active de la tuberculose en milieu communautaire à l'endroit d'environ 1800 UD sur les 3 ans dépistés ; - Accompagnement communautaire des 135 UD-TB pris en charge par 8 EP (1 pour 6 UD-TB).
Module 3. Tuberculose multirésistante	Prise en charge des malades TBMR	618 729,58	<p>Suivi psycho social et appui alimentaire de 400 malades TBMR par an:</p> <p>Les malades TB-MR ne bénéficient pas d'un appui communautaire dans la subvention en cours. Il est prévu de former au moins deux conseillers communautaires TB par CAT (pour un total de 50 CC) sur la TB-MR et la prise en charge nutritionnelle, d'assurer des visites à domicile des malades TB-MR pour éduquer les malades et leurs familles (suivi du traitement, mesures de contrôle de la transmission, nutrition), réaliser l'enquête d'entourage et fournir un support psychosocial et un appui alimentaire. Les</p>

			conseillers communautaires seront le lien entre les malades et les personnels de santé qui assurent le TDO journalier et assureront la relance des absents au traitement au cas de besoin.
MONTANT TOTAL		4 506 795,71	

Renseignements pertinents supplémentaires (facultatif)

Fournir toute information contextuelle supplémentaire concernant la demande hiérarchisée au-delà de la somme allouée (par exemple, toute explication qui précise les liens avec le financement au titre de la somme allouée ; toute considération ou toute information sur laquelle la demande s'appuie ou qui la mette jour à jour ; etc.)

L'analyse épidémiologique révèle une stagnation voire baisse de la notification durant ces dernières années. Bien qu'il soit espéré que cette tendance baissière reflète la réalité d'une diminution de la maladie dans la population, le programme voudrait se donner tous les moyens technologiques pour renforcer le diagnostic. Ainsi, la radio sera toujours utilisée pour les formes de tuberculose pulmonaires à bacilloscopie négative et d'autres formes de tuberculose extra pulmonaires (Séreuses, ostéo articulaires,) et la tuberculose de l'enfant. Les nouvelles générations d'appareils numériques rendent aisée le suivi radiologique de même que le respect de l'environnement. En ce qui concerne les enfants, il est révélé que les enfants sont sous diagnostiqués L'une des causes du sous diagnostic pourrait être liée à la production de crachats de mauvaise qualité rendant difficile l'analyse microscopique. L'utilisation du GeneXpert, appareil plus sensible, pourra corriger en partie cette situation et renforcer le diagnostic de la tuberculose dans cette population et chez les sujets porteurs du VIH. Le GeneXpert reste aussi un atout pour le diagnostic de la tuberculose multi résistante. La décentralisation des machines va aider à réaliser précocement les tests Xpert dès le 2^{ème} mois chez les patients dont l'état général ne s'améliore pas et dont les frottis restent positifs. Ceci permettra une prise en charge précoce et brisera la chaîne de transmission de la maladie. L'installation de GeneXpert dans toutes les régions sanitaires va réduire le nombre de transport d'échantillons d'un centre à un autre et donc le coût du transport. Les automates de coloration de lames vont rendre plus aisée la lecture des lames et certainement contribuer au renforcement du diagnostic microscopique.

L'un des défis majeurs du programme reste le transport des échantillons de crachats de tous les laboratoires régionaux vers les laboratoires centraux. Au cours de la réalisation de l'enquête de pharmacologie de résistance le PNLT a pu développer un système de transport des échantillons qui a permis de mener l'étude. Ce système fait appel à un convoyage des échantillons préalablement stockés dans des congélateurs une fois par mois vers les laboratoires centraux. Arrivé au laboratoire le convoyeur fait viser la fiche d'accompagnement par le réceptionniste du laboratoire central. Il se rend ensuite au PNLT pour bénéficier du remboursement des frais de transport et éventuellement des frais d'hébergement si la distance parcourue lui confère un droit de nuitée payée. Ainsi, les centres qui n'ont pas pour le moment du GeneXpert vont se diriger vers le centre à GeneXpert le plus proche. Les convoyeurs se feront payer de la même manière par le centre récepteur des échantillons à qui le PNLT aura préalablement approvisionné sa carte prépayée.

Au niveau du PR communautaire, le financement au-delà de la somme allouée va permettre l'utilisation de nouvelles technologies pour la sensibilisation et l'enregistrement électronique des cas contact dans un projet pilote à Abidjan et la recherche active de la tuberculose chez les UD.

L'organisation de l'appui communautaire au profit des patients tuberculeux multi résistants va renforcer en premier lieu la détection des cas contacts et réduire à long terme l'incidence de cette forme de tuberculose. Après détection du cas index le communautaire du site organisera une visite à domicile dans la semaine suivante. Il se rendra aussi sur le lieu du travail pour identifier d'éventuels malades.

Assurer un appui alimentaire aux patients tuberculeux Multi résistants. La malnutrition est un facteur d'éclosion de la tuberculose dans la communauté. Le projet en cours bien qu'ayant pris cette composante stratégique en compte, l'activité n'a pas encore connu de début de réalisation. Cette activité sera confiée au PR communautaire qui a une grande expérience en la matière avec les projets VIH. Il ne s'agit pas d'une réhabilitation alimentaire mais un appui alimentaire. Tout TBMR diagnostiqué bénéficiera systématiquement de cet appui. Il est à espérer que l'activité contribue à augmenter la demande de consultation et assurer l'adhésion au traitement.