

**Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme**

Genève, juillet 2002

**Réservé au Secrétariat du Fonds mondial:**

Date de réception:

N° ID:

**FORMULAIRE**

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union-Discipline-Travail**

**PROPOSITION AU FONDS GLOBAL :**

**RENFORCEMENT DE LA REPONSE NATIONALE FACE AU VIH/SIDA,  
A LA TUBERCULOSE ET AU PALUDISME**

**SECTION I: Résumé d'orientation de la proposition**

**Informations générales:**

*Tableau I.a*

<b>Titre de la proposition</b> (Le titre doit traduire la portée de la proposition) :	<b>Renforcement de la réponse nationale face au VIH/SIDA, à la Tuberculose et au Paludisme</b>		
<b>Pays ou région concernée:</b>	<b>Côte d'Ivoire</b>		
<b>Nom du demandeur:</b>	Comité National de Coordination du fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le Paludisme (CNCF/STP)		
<b>Groupes représentés dans le CCM</b> (indiquez le nombre de membres de chaque catégorie):	<b>Gouvernement – Ministère de la santé : 1</b>		<b>NU/Institutions multilatérales : 5</b>
	<b>Gouvernement – Autres ministères : 4</b>		<b>Institution bilatérale : 7</b>
	<b>ONG/Organisations communautaires Collectif des ONG : 3</b>		<b>Organisations universitaires/éducatives : 1</b>
	<b>Secteur privé : 4</b>		<b>Groupes religieux/confessionnels : 1</b>
	<b>Personnes atteintes du VIH/tuberculose/paludisme : 2</b>		<b>Autres</b> (veuillez préciser): Institutions Publiques : 2 Centrales syndicales : 2 Association des femmes : 1 Collectifs des chefs traditionnels et rois de CI : 1 Alliance des maires contre le SIDA : 1
<b>Si la proposition n'est PAS soumise à travers un CCM, expliquez pourquoi:</b>			

**Spécifiez quel(s) composante(s) est visée par cette proposition et le montant demandé au Fonds mondial\*\*:**

*Tableau I.b*

		<b>Montant demandé au FM par année (en milliers de dollars US)</b>					
		<b>Année 1</b>	<b>Année 2</b>	<b>Année 3</b>	<b>Année 4</b>	<b>Année 5</b>	<b>Total</b>
<b>Composante (s)</b> (indiquez d'une croix X):	<input checked="" type="checkbox"/> <b>VIH/SIDA</b>	11 973, 863	14 913, 678	17 381, 012	21 458, 084	25 476, 513	91 203, 150
	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Tuberculose</b>	2 154, 168	1 264, 583	1 290, 572	1 382, 249	1 359, 241	7 450, 813
	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Paludisme</b>	3 873, 918	3 582, 590	3 166, 182	3 164, 182	158, 565	13 945, 437
	<input type="checkbox"/> <b>HIV/TB</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		18 001, 949	19 760, 851	21 837, 766	26 004, 515	26 994, 319	112 599, 400
<b>Total des fonds provenant d'autres sources pour les activités relatives à la proposition</b>		<b>1 071, 429</b>	<b>1 078, 429</b>	<b>1 078, 429</b>	<b>1 078, 429</b>	<b>1 078, 429</b>	<b>5 385, 145</b>

**Veuillez spécifier comment vous souhaitez voir évaluée cette proposition\*\* (marquez d'une croix):**

\* Selon les caractéristiques/le profil épidémiologique national

\*\* Si la proposition est entièrement intégrée – une composante ne peut être séparée des autres – et si la ventilation des budgets s'avère irréaliste ou infaisable, complétez uniquement la ligne "Total".

La Proposition doit être évaluée globalement	
La Proposition doit être évaluée comme des composantes séparées	X

---

\*\* Cette procédure garantit une évaluation de la proposition dans le même esprit que sa rédaction. Si elles sont évaluées globalement, toutes les composantes seront considérées comme des éléments d'une proposition intégrée. Si elles sont évaluées séparément, les composantes seront considérées comme des composantes autonomes.

- **Décrivez les buts, objectifs et activités générales par composante, y compris les résultats attendus et le calendrier pour atteindre ces résultats:**

### **COMPOSANTE VIH/SIDA**

**But** : Réduire la prévalence, la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA

**Objectifs** :

- Renforcer les activités de prévention et l'implication de la communauté dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA sur toute l'étendue du territoire ;
- Améliorer l'accès et la qualité du conseil et du dépistage volontaire sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici décembre 2007 ;
- Assurer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sur toute l'étendue du territoire d'ici à décembre 2007 ;
- Améliorer la qualité et l'accès à une prise en charge globale des PVVIH dans toutes les régions de la Côte d'Ivoire d'ici à décembre 2007.

**Activités** : elles consisteront au renforcement des capacités dans le domaine de la prévention, de la prise en charge globale des PIAVIH/SIDA, dans la mobilisation communautaire pour la sensibilisation et le plaidoyer. Cette activité de prévention, de prise en charge, de sensibilisation et de plaidoyer intéresse également les entreprises privées dans le cadre de la multisectorialité. Une activité prioritaire est le renforcement des capacités dans le domaine de la prévention mère enfant par la mise en place de dispositif de dépistage, de soutien psychosocial et de référence dans les centres accrédités pour le traitement par les ARV. L'habilitation des communautés permettra de renforcer les compétences des différents public(secteur privé entreprise leaders communautaires) dans la lutte contre le SIDA. Les activités de communication pour le changement de comportement cibleront toutes les couches de population plus particulièrement les jeunes

**Résultats attendus** :

- 27. 000 PATIENTS sont traités par les ARV ; - Circuit d'approvisionnement et de distribution des préservatifs et ARV amélioré ; - Suivi biologique et clinique amélioré ; - Augmentation des femmes dépistées dans les CPN ; - Implication des leaders communautaires ; - augmentation des comportements responsables( par ex. taux d'utilisation des préservatifs) .

**Calendrier d'exécution** : Janvier 2003 à Décembre 2007

**Calendrier des résultats** : Janvier 2004 – Décembre 2007

### **Composante Tuberculose**

**Le but** de cette est de contribuer à réduire la morbidité, la mortalité et la transmission de la tuberculose en Côte d'Ivoire.

**Les objectifs sont** :

- 1 - Accroître l'accès au dépistage de la tuberculose
- 2 - Etendre la stratégie DOTS
- 3 - Impliquer la communauté dans la lutte contre la tuberculose

Les activités couvrent la formation des intervenants à différents niveaux de la pyramide sanitaire, l'équipement des laboratoires de microscopie, le suivi communautaire des malades tuberculeux, l'élaboration et la diffusion d'outils de gestion et de mobilisation sociale, la décentralisation du dépistage et du traitement de la tuberculose, la mobilisation sociale, la supervision, le suivi et l'évaluation des activités

**Les résultats attendus sont** :

Augmentation du taux de détection de 44 à 70%.

Augmentation du taux de succès du traitement des tuberculeux à frottis positifs de 64% à au moins 85%.

Couverture par la stratégie DOTS de tous les districts de Côte d'Ivoire

Les associations communautaires et le secteur privé interviennent dans le dépistage et le suivi des malades selon la stratégie DOTS.

**Calendrier d'exécution** : janvier 2003 à décembre 2007

**Calendrier des résultats** : Janvier 2004- décembre 2007

### **Composante paludisme**

**Le but** de ce projet est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité imputable au paludisme et plus particulièrement chez les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes.

**Ses objectifs** spécifiques sont : l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme et le renforcement de la prévention contre le paludisme,

**Les activités** porteront sur la formation, la sensibilisation, l'équipement, le renforcement des activités à base communautaires, la recherche opérationnelle, le renforcement du partenariat et le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre

**Les résultats** attendu d'ici 2007 en rapport avec l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme sont qu'au moins 80 % des malades du paludisme reçoivent un traitement antipaludique correcte, qu'au moins 80% des laboratoires des hôpitaux des districts confirment les diagnostics de paludisme conformément à la politique nationale ; tandis que les résultats attendus du renforcement de la prévention contre le paludisme seraient qu'au moins plus de la moitié des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de 5 ans reçus en consultation dorment sous une moustiquaire imprégnée et qu'au moins 60% des femmes enceintes fréquentant les centres de consultations maternelles et infantiles suivent une protection médicamenteuse correcte.

**Calendrier pour atteindre les résultats :**

De : janvier 2004 à décembre 2007

La durée estimée d'exécution de la composante : 05 ans

Date de fin de projet : décembre 2007

Période couverte par la demande de financement : Janvier 2003 à décembre 2007

- **Indiquez les bénéficiaires de la proposition par composante et les avantages dont ils pourraient bénéficier** (y compris les populations cibles et une estimation de leur nombre) :

**Composante VIH/SIDA**

Pour les différentes interventions, les bénéficiaires sont :

Pour la mise à disposition des préservatifs : toute la population, avec un accent particulier en milieu rural où les réseaux de distribution actuels sont inefficaces

Pour l'accès aux soins : les patients en attente d'ARV dans le cadre de l'initiative nationale, les femmes, les enfants et les conjoints dépistés dans le cadre de la PTME, les enfants infectés et orphelins du SIDA, les patients séropositifs des Centres AntiTuberculeux, les patients dépistés positifs dans les CDV, les salariés infectés dans les entreprises et toutes les personnes dépistées positives sur tout le territoire national : C'est en fait la couverture nationale en terme de capacité de soins aux PVVIH qui est visée par la présente proposition. En 2007, 27 000 patients bénéficieront de traitements ARV.

Pour le dépistage volontaire : Toute la population des villes et départements mais particulièrement, les jeunes. En 2007, la capacité de dépistage de la Côte d'Ivoire sera d'au moins 300 000 femmes par an pour la PTME avec 30000 sous prophylaxie anti rétrovirale, lors des CPN. En 2007, ce sont au moins 150 000 femmes enceintes qui bénéficieront de la PTME.

Pour la mobilisation communautaire : Toute la population est visée avec un accent particulier sur les groupes vulnérables. Les activités génératrices de revenus et de soutien psychosocial en direction des associations de PVVIH et des orphelins du SIDA seront mises en œuvre.

**Composante tuberculose**

- La population générale : 16 035 cas de tuberculose attendus pourront être dépistés et traités. Ce qui permettra de réduire la transmission de la tuberculose au sein de la population générale ;
- Les malades tuberculeux : Une meilleure qualité de la prise en charge des tuberculeux sera exécutée par la communauté ;
- Les familles des malades : Sensibilisation et soutien des malades tuberculeux ;
- Les structures de prise en charge de la tuberculose : Amélioration de la qualité des soins aux patients ;
- Le personnel de santé : Motivation du personnel par un meilleur encadrement et la disponibilité des outils de gestion.

**Composante Paludisme**

Bénéficiaires de la formation et de l'équipement sont :

- Les agents de santé
- Les représentants de la communauté (agents de santé communautaire ou relais communautaires)
- Les structures associatives
- La structure de gestion du projet

Bénéficiaires des activités

- La population générale (16.938.728 hts), en particulier les personnes les plus vulnérables c'est à dire les femmes enceintes (846.936) et les enfants de moins de 5ans (3.408.072).

La proposition réduira la morbidité et la mortalité de façon globale au sein de la population et de manière plus spécifique : la réduction de la mortalité chez les moins de 5ans et la baisse des effets négatifs du paludisme sur la grossesse à savoir la réduction des anémies, des avortements, des faibles poids de naissance et la prématuré .

- **S'il existe plusieurs composantes, décrivez le cas échéant les synergies attendues de la combinaison des différentes composantes**

En Côte d'Ivoire, 50 % des patients tuberculeux sont infectés par le VIH. La mortalité est élevée chez ces patients (15%). Aussi le dépistage du VIH est-il systématiquement proposé aux tuberculeux et inversement la recherche de la tuberculose systématique chez les sujets VIH positifs. La mortalité est statistiquement plus élevée chez les sujets coinfectés. Par ailleurs pour réduire les conséquences maternelles et obstétricales du paludisme et la transmission du VIH à l'enfant on pratique en Côte d'Ivoire la chimioprophylaxie antipalustre et le traitement précoce des cas de paludisme. Dans ces conditions, la mise en œuvre des procédures diagnostiques dans la même structure sanitaire permettra d'établir à la fois le diagnostic du VIH, du paludisme et de la tuberculose. On espère qu'en traitant efficacement la tuberculose et le paludisme on améliore la qualité de vie des patients VIH positifs.

## SECTION II: Informations sur le demandeur

Tableau IIa

Système de présentation	Type de proposition	Répondre aux questions
CCM national	Proposition à l'échelle d'un pays ( <i>Lignes directrices par. 14–15</i> )	1–9
CCM régional	Proposition régionale coordonnée provenant de plusieurs pays et reflétant la composition nationale du CCM ( <i>Lignes directrices par. 24–25</i> )	1–9 et 10
	Proposition de petits Etats insulaires avec représentation de tous les pays participants mais sans nécessité de CCM national ( <i>Lignes directrices par. 24 et 26</i> )	
CCM sous-national	Proposition sous-nationale ( <i>Lignes directrices par. 27</i> )	1–9 et 11
Non CCM	Proposition dans le pays ( <i>Lignes directrices par. 28–30</i> )	12 – 16
Non-CCM régional	Propositions régionales ( <i>Lignes directrices par. 31</i> )	12 – 15 et 17

Les propositions émanant de pays dans des situations d'urgence complexes seront traitées au cas par cas (*Lignes directrices par. 32*)

**Instance de coordination de pays (CCM)**, (Veuillez vous reporter aux *Lignes directrices paragraphes 72–78*)

Tableau IIb

Questions préliminaires	(Oui/Non)
a). Le CCM a-t-il déjà sollicité le Fonds au cours d'une sélection précédente?	NON
b). La composition du CCM a-t-elle changé depuis la dernière demande?	Sans objet
c). Si la composition du CCM a changé, indiquez les principales modifications (par ex., liste des nouveaux membres ou représentants de secteur) :	

1. **Nom du CCM** (par ex., CCM nom du pays, comité national de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, etc.): **CNCF/STP (Comité National de Coordination du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme)**

2. **Date de constitution du CCM actuel**

16 Septembre 2002

3. **Décrivez le contexte et la procédure de constitution du CCM**

Le CCM est un mécanisme nouveau mis en place à partir d'une large consultation suivie de réunion d'explication de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Les membres ont été choisis en fonction des différents secteurs d'activité ( Secteur publique, Secteur privé, ONG et associations de PVVIH, Partenaires, Syndicats, leaders d'opinion, leaders de confessions religieuses).

**3.1. Si le CCM existe déjà ou comprend une institution existante, veuillez décrire brièvement le travail effectué, les programmes mis en oeuvre et les résultats obtenus (1 paragraphe):**

Sans objet

- 4. Décrivez les procédures organisationnelles** (par ex., secrétariat, sous-comité, indépendant ; décrivez le mécanisme de prise de décision. Joignez une copie du cadre de référence, des règles de fonctionnement ou de tout autre document pertinent), (1 paragraphe):

**Le CCM s'appuie pour son fonctionnement sur les organes suivants :**

- **L'assemblée générale**
- **le Secrétariat Technique ;**
- **le Groupe Technique d'Examen des Projets ;**
- **le Bénéficiaire Principal ;**
- **l'Administrateur Local du Fonds**

- 5. Décrivez le mode de fonctionnement du CCM** (par ex. la fréquence des réunions, les fonctions et responsabilités du CCM. Joignez en annexe des comptes rendus ou procès-verbaux de réunions antérieures,(1paragraphe):

Le CNCF/STP se réunit tous les trois mois et autant de fois que de besoin sur convocation de son Président.

Les membres ne peuvent valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint.

Ce quorum est fixé à la majorité des 2/3.

Il a pour mission principale de fixer et de déterminer les orientations spécifiques pour l'utilisation des ressources mises à sa disposition.

Il est chargé :

- de l'organisation des appels à soumission ;
- de la validation des projets sélectionnés ;
- du suivi général et de l'évaluation des activités soutenues par le fonds mondial ;
- le suivi de la gestion financière des ressources financières allouées par le fonds mondial ;
- de la mobilisation des ressources provenant d'autres donateurs.

- 6. Décrivez les plans en vue d'améliorer le rôle et les fonctions du CCM au cours des 12 prochains mois, y compris les plans de promotion des partenariats et d'élargissement de la participation ainsi que les plans de communication avec d'autres intervenants, si nécessaire (1 paragraphe):**

Le CNCF/STP vient d'être créé et le programme de travail est en cours d'élaboration

7. Membres du CCM (Lignes directrices par. II.16 – 22):

“Nous soussignés certifions par la présente que nous avons participé à la constitution du CCM et que nous avons eu suffisamment de possibilités d’influencer la procédure et la présente demande. Nous avons examiné la proposition finale et sommes ravis de la soutenir. Nous nous promettons aussi de poursuivre notre engagement au sein du CCM si la proposition est acceptée et lors de sa mise en exécution”

Les signatures des membres du CCM sont joints en annexe.

Tableau II.7

Organisme/Organisation (y compris le type )	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Sécurité Sociale	Mme OHOUOCHI Clotilde	Présidente		
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Ministère délégué chargé de la Santé	Pr RICHARD KADIO			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Ministère délégué chargé du SIDA	Dr ADJOBI Christine			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Ministère délégué chargé des affaires sociales et des handicapés	Mme LAGOU Henriette			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Conseil Economique et Social	Dr COULIBALY Safiatou			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

\* Par ex. personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose / du paludisme, ONG/ organisation communautaire, secteur privé, groupes religieux/ confessionnels, secteur universitaire/ éducatif, pouvoirs publics.

Organisme/Organisation (y compris le type)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Assemblée Nationale	Mr PALE DIMATE			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Associations de Jeunes	Mlle ATIRO Kossia Nicole			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Comité National Anti- tuberculeux	Pr COULIBALY Nangbelé			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Association des Rois et Chefs Traditionnels	Chef NANAN DODO			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Centrale Dignité	LADOUYOU SIBAH Edouard			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Fédération des ONG Confessionnelles de CI	Mr KLOSSAIL Patrick			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

\* Par ex. personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose / du paludisme, ONG/ organisation communautaire, secteur privé, groupes religieux/ confessionnels, secteur universitaire/ éducatif, pouvoirs publics.

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Chambre de Commerce et d'Industrie	Mr SAIN OGUIE			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
COSCI ( Collectif des ONG contre le SIDA)	Mr BOA II Louis			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Chambre des Métiers	Mr KOUASSI Mathurin			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
CNPI (Conseil National Patronat Ivoirien)	Mr LOBA N'Guessan			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type )	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Chambre d'Agriculture	Mme KOUASSI Goubo Félicité			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
RIOF (Association des femmes )	Mme YEHIRI Valérie			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

\* Par ex. personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose / du paludisme, ONG/ organisation communautaire, secteur privé, groupes religieux/ confessionnels, secteur universitaire/ éducatif, pouvoirs publics.

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Université	Prof N'DRI YOMAN Thérèse			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Alliance des Maires contre le SIDA	Mr IBO-BAIN Guié			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
UGTCI	Mr KAH MLEI Theodore			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
PACCI	TOURE SIAKA			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Ministère de l'Economie et des Finances	Mr AGUI Charles			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Secrétariat Technique	Dr Félix LOROUGNON			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

\* Par ex. personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose / du paludisme, ONG/ organisation communautaire, secteur privé, groupes religieux/ confessionnels, secteur universitaire/ éducatif, pouvoirs publics.

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Coopération Française	Dr Jean-Pierre LAMARQUE			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
SFPS/USAID	Mme Jeanne RIDEOUT			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
RETROCI	Prof Marie LAGA			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Coopération Japonaise	Mme OBAYASHI Natsuko			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
UNICEF	Mme CLARINVAL Béatrice			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
OMS	Dr SANOU Thomas			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

\* Par ex. personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose / du paludisme, ONG/ organisation communautaire, secteur privé, groupes religieux/ confessionnels, secteur universitaire/ éducatif, pouvoirs publics.

Organisme/Organisation (y compris le type)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
RIP ( Personnes vivant avec VIH )	Mme HOUSSOU			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Union Européenne				
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				
* l'EU n'a pas encore de Conseiller chargé des programmes de santé				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Coopération allemande	Dr DRAME Mohamed			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Coopération Belge	LEGROS Hugues			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Coopération Canadienne	ZERBO Petit Jean			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
BIT	Mr ANDEMEL TOUDJIDA			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

\* Par ex. personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose / du paludisme, ONG/ organisation communautaire, secteur privé, groupes religieux/ confessionnels, secteur universitaire/ éducatif, pouvoirs publics.

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
PNUD	Mme Cathy Fall-Sarr			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
FEDERALE	Mr KANGA KOUASSI David			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

**7.1 Fournissez en annexe les documents suivants pour les membres du CCM issus du secteur privé et de la société civile:**

- **Statuts de l'organisation** (document d'enregistrement officiels)
- **Une présentation de l'organisation, y compris le contexte et les antécédents, la nature du travail, les activités passées et actuelles**
- **Des lettres de soutien, si disponibles**
- **Principales sources de financement**

**7.2 Si un membre du CCM représente un groupement plus large, veuillez fournir une liste des autres groupes représentés.**

#### 8. Président et vice-président du CCM ou équivalent

Tableau II.8

	Président du CCM	Autre président/vice-président
<b>Nom</b>	Mme OHOUOCHI Clotilde	Professeur KADIO Richard
<b>Titre</b>	Ministre de la Solidarité, Santé, et Sécurité Sociale	Ministre délégué chargé de la Santé
<b>Adresse</b>	BP 775 Cidex 1 Abidjan	18 BP 474 Abidjan 18
<b>Téléphone</b>	(225) 20 21 08 71	(225) 22 41 32 40
<b>Télécopie</b>	(225) 20 22 22 20 / 22-47-17-18	(225) 22 41 52 89
<b>Adresse électronique</b>	lor@sfps.or.ci	
<b>Signature</b>		

**9. Personnes à contacter pour les questions concernant cette proposition** (veuillez indiquer les renseignements complets concernant deux personnes – cette information est indispensable pour garantir des communications rapides et efficaces):

Remarque: les personnes ci-dessous doivent être aisément accessibles pour donner des explications techniques ou administratives au Secrétariat ou aux membres du TRP.

Tableau II.9

	Contact principal	Contact secondaire
<b>Nom</b>	Pr KADIO Auguste	Pr DJEHA
<b>Titre</b>	Professeur titulaire, Chef du Service de Maladies Infectieuses du CHU de Treichville	Professeur agrégé de dermatologie, Directeur de cabinet du Ministre délégué chargé de la lutte contre le SIDA
<b>Adresse</b>	BP V3	18 Bp 474 Abidjan 18
<b>Téléphone</b>	Cel : (225) 07 07 42 16 Domicile : (225) 22 44 91 95 Bureau : (225) 21 25 52 49	Cel : (225) 07 93 9145 22 42 05 59 20 33 57 11
<b>Télécopie</b>	(225) 21 24 29 69	(225) 21 24 30 14
<b>Adresse électronique</b>	kadioauguste@aviso.ci	minsida@africaonline.co.ci

**10. Pour les propositions régionales coordonnées et les propositions des petits Etats insulaires, veuillez expliquer en quoi cette proposition régionale apporte une valeur ajoutée au cadre national / à ce qu'une proposition nationale pourrait atteindre (Lignes directrices par. II.24), (1 paragraphe):**

**10.1. Pour les propositions régionales coordonnées, fournissez en annexe la preuve du soutien par le CCM national ou, si il n'existe pas de CCM, d'une autre autorité nationale compétente (par ex., lettre de soutien du président/substitut du CCM ou un document équivalent)**

**11. Proposition sous-nationale de grands pays**

**11.1. Expliquez pourquoi la demande a été soumise à travers une procédure CCM sous-nationale (1 paragraphe):**

**11.2. Décrivez en quoi cette proposition est cohérente et s'inscrit dans le cadre des politiques définies à l'échelle nationale et/ou comment elle s'intègre dans les programmes du CCM national (Lignes directrices par. II.27), (1 paragraphe):**

**11.3. Apportez la preuve, sous la forme d'une annexe, d'un soutien de la part du CCM national ou, si il n'existe pas de CCM, d'une autre autorité nationale compétente (Lignes directrices par. II.27), (par ex. une lettre de soutien ou un document équivalent).**

**Demandeur non-CCM**

**12. Nom du demandeur:**

**13. Représentant de l'organisation qui soumet la proposition:**

**15. Description de l'organisation qui soumet la proposition**

**15.1. Indiquez à quel type l'organisation appartient** (marquez d'une croix):

*Tableau II.15.1*

<input type="checkbox"/>	<b>Organisation non gouvernementale (ONG) ou réseau d'ONG</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Organisation communautaire (OC) ou réseau de OC</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Secteur privé</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Secteur universitaire/ éducatif</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Organisation professionnelle</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Organisation régionale</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Autre (veuillez préciser):</b>

**15.2. Fournissez en annexe les documents suivants:**

- **Statuts de l'organisation** (document d'enregistrement officiels)
- **Une présentation de l'organisation, y compris le contexte et les antécédents, la nature du travail, les activités passées et actuelles**
- **Des lettres de soutien, si disponibles**
- **Principales sources de financement**

**16. Justification d'une demande non soumise via un CCM**

**16.1. Indiquez les raisons pour ne pas introduire une demande via le CCM** (Expliquez clairement les circonstances, les conditions et les raisons; *Lignes directrices par. II.28–29*), (1–2 paragraphes):

**16.2. Avez-vous pris contact avec le CCM dans votre pays ou un autre organisme gouvernemental compétent** (par ex. Ministère de la Santé, Conseil national du SIDA)? **Si oui, quels furent les résultats? Sinon, pourquoi?**

**16.3 Joignez les lettres des organisations de soutien** (par ex. les groupes de défense des droits de l'Homme, les réseaux d'ONG, les organismes bilatéraux/multilatéraux, etc.) à l'appui de vos raisons pour ne pas introduire une demande via un CCM.

**17. Pour les propositions régionales émanant d'organisations régionales ou d'organisations non gouvernementales internationales, décrivez en quoi cette proposition régionale apporte une valeur ajoutée au cadre national / à ce qu'une proposition nationale pourrait atteindre** (*Lignes directrices, par. II.24*), (1 paragraphe):

**17.1. Veuillez fournir en annexe des lettres de soutien signées par des CCM nationaux ou, si il n'existe pas de CCM, par d'autres autorités nationales compétentes pour les pays couverts par la proposition.**

## SECTION III: Informations générales sur le pays

---

### 18. Décrivez le poids ou le poids potentiel du VIH/SIDA, de la tuberculose et /ou du paludisme:

La Côte d'Ivoire est le pays le plus touché par le VIH en Afrique de l'Ouest avec une prévalence de 10 % en 2001. L'épidémie s'est féminisée en une quinzaine d'années : de 1987 à 2000, les femmes se sont 4 fois plus infectées que les hommes ramenant le ratio H/F à 1,2. En 2001, l'ONUSIDA estimait à 300 000 le nombre d'orphelins identifiés. En 2005, on s'attend à une diminution de l'espérance de vie de 19 % et à une augmentation du taux brut de mortalité de 53 % attribuables à l'infection à VIH.

En 1997, on estimait déjà à 40 % ,le taux de lits hospitaliers occupés par des malades du SIDA. La létalité hospitalière de cette infection varie de 45 à 58 % selon les études et les services. Depuis 1998, le SIDA est la première cause de décès chez les adultes avec 6 300 cas de décès notifiés en 2001.

Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 20 % des cas notifiés. On note une nette corrélation entre l'infection à VIH et la tuberculose. En effet 50% des patients atteints de tuberculose sont séropositifs. Le nombre de cas de tuberculose progresse de 10 % chaque année depuis l'avènement du SIDA. Ainsi, de 11 000 cas en 1997, l'on a totalisé 17 011 cas en 2001. L'enquête de résistance effectuée en 1995 révèle un taux de résistance primaire de 5,3% à la Rifampicine et l'Isoniazide.

Le Paludisme sévit de façon endémique avec une recrudescence en saison de pluie. Toutes les régions sont touchées. La morbidité est de 70% au niveau national. La mortalité dû au paludisme est de 15% par an. La létalité spécifique est de 3% en pédiatrie et de 1,67% chez la femme enceinte. La chloroquino-résistance est de l'ordre de 15%. La pauvreté élevée et le poids de la culture rendent difficile la disponibilité de l'utilisation systématique de la moustiquaire imprégnée.

### 19. Décrivez la situation économique actuelle et l'état de pauvreté

De 1960 à 1980, l'économie ivoirienne a connu une performance remarquable caractérisée par des taux de croissance à deux chiffres. Cette croissance exceptionnelle a été impulsée par le dynamisme de l'agriculture d'exportation relayée par la suite par l'industrie de substitution à l'importation et les services. A la fin des années 1970, cette évolution a été stoppée par deux orientations principales de la politique économique : l'endettement extérieur considérable et l'engagement direct de l'Etat dans le processus d'accumulation du capital à travers les entreprises publiques.

La montée des déséquilibres financiers sur fond de crise économique qui est apparue dès la baisse des cours des produits agricoles en 1977, a entraîné l'économie ivoirienne dans une spirale de pression sur la balance des paiements, de récession économique et de développement de la pauvreté. La réponse des autorités ivoiriennes à cette crise a été le lancement d'un train de réformes à travers les Plans d'Ajustements Structurels inspirés par les institutions de Bretton Woods. Suite à ces mesures, et après la dévaluation du franc CFA en 1994, l'économie ivoirienne a amorcé un redressement marqué par la reprise de la croissance de 1994 jusqu'en 1999. Par la suite, ces efforts ont été remis en cause par une crise socio politique des années 1999 – 2000. Le retour à une situation normale dès 2001 a permis au gouvernement de relancer le processus de réformes inscrit dans les Plans d'ajustement structurels et de renouer avec les bailleurs de fonds.

*De 1995 à 2001, au plan macroéconomique, la Côte d'Ivoire passe par une phase d'expansion où le taux de croissance varie de 4 à 6 %.*

*Le rapport du PNUD établissait le PIB per capita à 763 USD en 2001 et l'IDH à 0,42 en 1998.*

En matière de santé, les tensions et conflits de cette période se sont traduits par une stagnation des programmes, notamment du programme de lutte contre le SIDA.

Sur le plan social, toutes ces années de crise ont débouché sur l'aggravation du phénomène de la pauvreté. Le taux de pauvreté qui était de 10% en 1985 est passé à 33,6 en 1998. Les populations les plus pauvres sont dans les zones rurales (42% en 1993 et en 1998) et plus de 50% des pauvres sont des femmes.

## 20. Décrivez l'engagement politique actuel face à ces maladies

L'engagement politique dans la lutte contre les trois maladies est réelle et se matérialise par de nombreux faits :

- dès la conférence Internationale sur le SIDA et les MST de Vancouver en 1996, la Côte d'Ivoire s'est distinguée en réclamant de façon active, l'accès des populations des pays en développement aux trithérapies. Deux années plus tard, le pays s'est engagé dans l'Initiative ONUSIDA d'accès aux soins notamment par les ARV pour les PVVIH et a mis en place une subvention annuelle de 750 000 000 Fcfa.
  - Le 24 janvier 2001, le pays a créé une première mondiale par la création d'un ministère délégué auprès du Premier Ministre, chargé de la lutte contre le SIDA.
  - L'engagement personnel de l'épouse du Chef de l'Etat dans la lutte contre le VIH/SIDA a créé une dynamique nouvelle qui favorise l'implication de toutes les catégories socioprofessionnelles dans la lutte contre cette pandémie.
  - L'existence au sein du ministère de la santé de programmes spécifiques consacrés à la lutte contre les trois maladies ( Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Programme National de Prise en charge Médicale des PVVIH) malgré un contexte financier difficile.
  - Le Programme National de lutte contre la Tuberculose a été créé par arrêté n° 386 du 17 Décembre 2001. L'engagement de la Côte d'Ivoire, à lutter contre la tuberculose se traduit depuis de longues années par la gratuité des médicaments antituberculeux sur tout le territoire.
  - En ce qui concerne le paludisme l'engagement de la Côte d'Ivoire se traduit par la création d'une direction de coordination des activités de lutte contre le paludisme par arrêté 133/MSP/CAB. Ce programme bénéficie d'une ligne budgétaire dégagée par l'Etat.
- Par ailleurs le lancement officiel le 29 avril 1999 à Abidjan de l'initiative mondiale de « faire reculer le paludisme », par le Directeur Général de l'OMS a permis à la Côte d'Ivoire d'indiquer son engagement de lutter contre le paludisme
- La Côte d'Ivoire a adhéré également aux différentes stratégies régionales de lutte contre le paludisme : déclaration d'Harare en 1998 et déclaration d'Abuja en 2000.

## 21. Contexte financier

### 21.1. Indiquez le pourcentage du budget public total alloué à la santé\*\*:

Le pourcentage du budget public alloué à la santé était de **7,5 %** pour l'année 2002

### 21.2. Indiquez dans le tableau III.21.2\*\* les dépenses de santé publique pour 2001 ou la dernière année disponible:

Tableau III.21.2

	Dépenses totales de santé publique Précisez l'année: (USD) _2000	Dépenses par habitant (USD)
<b>Public</b>	98 600 000	9
<b>Privé</b>	428 900 000	45
<b>Total</b>	527 500 000	54
<b>Dans ce total, combien provient de donateurs extérieurs?</b>		

Les dépenses privées sont estimées sur la base d'une dépense moyenne par habitant de 18 882 FCFA. (26,97 USD)

**21.3. Précisez dans le tableau III.21.3, si possible, les dépenses réservées consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et/ou le paludisme (dépenses des services de santé, éducatifs, sociaux et autres secteurs concernés)\*\*:**

Tableau III.21.3

Total des dépenses réservées par les pouvoirs publics, les donateurs extérieurs, etc. Précisez l'année:	En dollars US:
<b>VIH/SIDA</b>	4 042 068,762
<b>Tuberculose</b>	84 142
<b>Paludisme</b>	352 714,28
<b>Total</b>	4 478 925,042

**21.4. Le pays bénéficie-t-il d'une aide budgétaire extérieure, Initiatives en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE)\*, Approches sectorielles? Si oui, comment ces procédures contribuent-elles à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et/ou le paludisme? (1–2 paragraphes) : Non**

## 22. Contexte programmatique national

**22.1. Décrivez les possibilités nationales actuelles (état des systèmes et services) qui existent en réponse au risque de VIH/SIDA, tuberculose et/ou paludisme**

Le système de santé ivoirien offre 3 niveaux d'intervention en réponse au VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme :

- Le niveau central représenté par les directions centrales, les coordinations des programmes et des hôpitaux de référence de niveau 3 (CHU, Instituts spécialisés et Centres de Recherche)
- Le niveau régional représenté par les Directions Régionales et les Centres Hospitaliers Régionaux
- Le niveau périphérique représenté par les districts sanitaires, les Hôpitaux Généraux et les Centres de Santé.
- Il existe par ailleurs des programmes nationaux de santé pour le Paludisme et la Tuberculose.
- Un ministère délégué est chargé de gérer et coordonner les interventions dans le domaine du VIH/SAIDA.

A chacun de ces niveaux les ressources humaines restent insuffisantes tant en nombre qu'en qualification. Les fonds alloués sont notoirement insuffisants.

Le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques permet de gérer les fonds publics alloués aux différents programmes.

\* PPTE est une initiative d'allègement de la dette en faveur des pays pauvres très endettés coordonnée par la Banque mondiale

\*\* Option pour les ONG

**22.2. Nom des principales institutions nationales et internationales engagées dans la lutte nationale contre le VIH/SIDA, la tuberculose et/ou le paludisme et leurs principaux programmes\*\* :**

Tableau III. 22.2

**COMPOSANTE VIH/SIDA**

Nom de l'institution	Type d'institution	Principaux programmes	Budget (2002-2004)
UNICEF	Multilatérale	VIH/SIDA PTME (2001 – 2003) OEV (2001 – 2004)	600 000 USD 335 000 USD
PNUD	Multilatérale	Plaidoyer, Appui institutionnel et aux initiatives communautaires, Promotion des droits de l'homme	530 000 USD
OMS/CDC	Multilatérale	Atelier de planification décentralisé au niveau des principales régions de Cote d'Ivoire	120 000 USD
OMS	Multilatérale	Programme de lutte contre le SIDA de Cote d'Ivoire	60 000 USD
OMS/Italie	Multilatérale	VIH/SIDA PTME, traitement ARV des mères	500 000 USD
BANQUE MONDIALE	Multilatérale	Appui logistique à la lutte contre le SIDA Achats réactifs de Laboratoire Formation à l'utilisation des kits IST Appui aux initiatives communautaires Sensibilisation en milieu scolaire Prévention chez les routiers Formation de Comités villageois de lutte contre le SIDA Appui à la lutte contre le SIDA dans le secteur du transport	2 246 000 USD (2002 – 2004)
FNUAP	Multilatérale	Promotion de la santé sexuelle et de la reproduction et prévention des IST parmi les adolescents et les jeunes Soutien institutionnel et renforcement des capacités de lutte contre le SIDA des militaires et leurs proches Intégration des CIDV dans les services de PF	960 000 USD (2002-2004)
ONUSIDA	Multilatérale	Plans sectoriels des, plans décentralisés, renforcement des capacités des ONG, banque de données, prévention en direction des militaires, de leurs familles et des jeunes  Enquêtes de séroprévalence, enquêtes ethno-sociologiques et socio-comportementales, activités de prévention en direction des jeunes	500 000 USD  150 000 USD
FNUAP/Coopération Française	Bilatérale	PPP	146 550 USD
SFPS	bilatérale	IST/SIDA	5 000 000 USD

\*\* Pour les ONG, indiquez ici vos propres organisations partenaires  
Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial

Coopération Canadienne	Bilatérale	IST/PS	3 000 000 USD
Coopération Allemande technique (GTZ)	Bilatérale	IST/SIDA	5 000 000 USD (1996- 2004)
Coopération Allemande financière (Kfw)	Bilatérale	Marketing social du préservatif	18 000 000 USD (1996-2004)
Coopération française/ministère de la recherche (PAC CI)	Bilatérale	PTME, utilisation ARV, histoire de la maladie, prévention	3 220 285 USD (1999-2002)
(PASSI)		Appui à la prévention (création de CIDV et campagne adhoc	714 286 USD (1998-2002)
		Appui à la lutte contre le VIH/SIDA (communication, dépistage, centre de formation, appui aux ONG, appui au Cedres	2 142 857 USD (2002-2005)
FSTI		Lutte contre les maladie transmissibles dont le VIH à Abidjan	142 857 USD (2001-2004)
		PTME/ARV	616 582 USD (2002)
Coopération Belge	Bilatérale	IST	357 142 USD (2002)
Fondation GLAXO Smith Kline	Privé	PTME	208 138 USD (2002)
Family Health International	ONG	Appui à la lutte contre le VIH/SIDA	1 425 050 USD (2002)
Coopération américaine (Projet Retro-ci/CDC)	bilatérale	PTME,CDV,mobilisation communautaire, surveillance et monitoring, formation et renforcement de capacités, projet prostituées, programme ARV	15 000 000 USD (2002-2005)
Coopération japonaise	bilatérale	Projet corridor Abidjan-Lagos	440 000 USD (2002)
		Projet de lutte multisectorielle contre le VIH/SIDA	1 000 000 USD (approuvé en 2002)
		Tour de la Côte d'ivoire contre le SIDA	93 536 USD (2001)
		Sensibilisation et prévention chez les migrants	100 000 USD (2002)
		Construction d'un bâtiment pour l'hospitalisation de jour des malades du SIDA	23 438 USD (2002)
		Fourniture d'équipement pour le traitement des malades du SIDA	70 614 USD (2002)

## COMPOSANTE TUBERCULOSE

Nom de l'institution	Type d'institution	Principaux programmes	Budget (2002-2003)
OMS	multilatérale	Appui financier à la formation des infirmiers pour l'extension de la DOTS Appui technique	54 000 USD
UICMR	multilatérale	Appui technique par la consultante, chaque année	Pour mémoire
Coopération américaine (RETROCI/CDC)	Bilatérale	Appui technique pour le dépistage et le suivi des patients tuberculeux porteurs du VIH Recherche et formation	Pour mémoire
PASSI (coopération française)	Bilatérale	Equipement des laboratoires de microscopie dans le cadre de la décentralisation du dépistage à Abidjan Appui pour le contrôle de qualité des laboratoires de microscopie	142 857 USD
COOPERATION BELGE	Bilatérale	Appui technique et financier à la direction de la région sanitaire, le moyen comoré.	Pour mémoire
COMITE ANTITUBERCULEUX DE COTE D'IVOIRE	ONG	Equipement en outils de gestion Appui financier à la formation Appui financier à la mobilisation sociale lors de la journée mondiale de la tuberculose	28 285 USD

## COMPOSANTE PALUDISME

Nom de l'institution	Type d'institution	Principaux programmes (dans la prévention paludisme)	Budget	
			2001	2002
Institut de développement et de la Recherche	Privée	Prévention du paludisme	PM	PM
Institut Pierre Richet	Gouvernementale	Prévention du paludisme	PM	PM
Universités	Gouvernementale	Recherche, Prise en charge et prévention du paludisme	PM	PM
Centre Entomologie Médicale et Vétérinaire	Gouvernementale	Recherche, prévention du paludisme	PM	PM
Institut National d'Hygiène Public	Gouvernementale	Recherche, prévention du paludisme	PM	PM
Institut National de Santé Public	Gouvernementale	Recherche, prévention du paludisme	PM	PM
Centre Suisse de Recherche Scientifique	Privée bilatérale	Recherche, prévention du paludisme	PM	PM
Centre National de Recherche Agronomique	Privée multilatérale	Recherche, prévention du paludisme	PM	PM
OMS	Privée multilatérale	Recherche, Prise en charge et prévention du paludisme	71 316,67	385 000

UNICEF	Privée multilatérale	Recherche, Prise en charge et prévention du paludisme	PM	PM
Coopération belge	Privée bilatérale	Recherche, Prise en charge et prévention du paludisme	PM	PM
Coopération allemande	Privée bilatérale	Recherche, Prise en charge et prévention du paludisme	PM	PM
Coopération japonaise	Privée bilatérale	Recherche, Prise en charge et prévention du paludisme	PM	PM
Banque Africaine de Développement	Privée multilatérale	Recherche, Prise en charge et prévention du paludisme	PM	PM

**22.3. Décrivez les principaux déficits d'intervention programmatique et les déficits de financement dans la réponse actuelle du pays face au VIH/SIDA, à la tuberculose et/ou au paludisme (Lignes directrices par. III.41 – 42), (2–3 paragraphes):**

**COMPOSANTE VIH/SIDA**

La lutte contre le VIH a été l'objet d'une revue avec l'analyse de la situation et de la réponse. Dans l'analyse de la situation, on note :

- une insuffisance du budget annuel alloué à l'achat des médicaments antirétroviraux (l'Etat octroie une subvention de 750 millions de francs CFA qui ne peuvent traiter que 1 000 patients par an) ;
- une insuffisance des centres de dépistage (il n'existe que 4 sur le l'ensemble du territoire) ;
- une insuffisance des centres de PMI avec la prévention de transmission mère-enfant (16) ;
- la faiblesse des systèmes de distribution des préservatifs en milieu rural
- une absence de décentralisation/déconcentration de la lutte contre le VIH ;

La présente proposition tend donc à combler ces déficits et permettrait de faire une décentralisation des activités en particulier une facilitation de l'accès aux soins et une mobilisation communautaire plus forte.

A travers le CCM il s'agit également de faire parvenir rapidement les fonds aux bénéficiaires pour une plus grande efficacité.

**COMPOSANTE TUBERCULOSE**

De 1995 à 2000, le programme national de lutte contre le SIDA, les Maladies Sexuellement Transmissibles et la Tuberculose (PNLS/MST/TUB) avait en charge les activités de lutte contre la tuberculose en Côte d'Ivoire. En l'an 2000 un Ministère chargé de la lutte contre le SIDA a vu le jour à la place du PNLS/MST/TUB. Un an plus tard le Programme National de lutte contre la tuberculose a été créé par Arrêté n°386 du 17 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre la Tuberculose.

La nouvelle direction du programme national de lutte contre la tuberculose doit faire face aux contraintes majeures que sont :

- L'absence d'un siège fonctionnel.
- L'insuffisance de moyens logistiques de supervision du niveau central vers les régions et des régions vers les districts,
- Le niveau stationnaire du financement de l'achat des médicaments antituberculeux par l'état face à l'augmentation du nombre de cas et des besoins liés à la décentralisation.
- La nécessité d'adapter les plans de couverture DOTS ainsi que les outils de gestion conformément aux directives de l'OMS et de l'UICMR.
- La faible implication des associations communautaires dans la sensibilisation, le suivi et le soutien aux malades et leurs familles,
- La faiblesse de la détection des cas de tuberculose à frottis positifs du fait de la faible couverture du réseau de laboratoire ;
- Le faible taux de guérison des malades à frottis positifs.

Un financement supplémentaire est nécessaire pour lever ces contraintes. Il servira au renforcement des capacités de diagnostic et de l'accès aux soins à tous les malades traités dans les centres de santé notamment dans 45 districts restants où la stratégie DOTS n'est pas encore appliquée. L'implication de la communauté sera ainsi renforcée et permettra d'optimiser les résultats du dépistage et de suivi du traitement. Les activités de lutte contre la tuberculose seront ainsi intégrées aux soins de santé primaires.

**COMPOSANTE PALUDISME**

Depuis octobre 1997, la Côte d'Ivoire a opté pour un plan accéléré de lutte contre le paludisme avec une ligne budgétaire dégagée par l'Etat . Ce budget en plus de son insuffisance a du mal à être décaissé à cause de notre système de gestion des finances publiques (SIGFIP). Il y a aussi : un déficit de coordination des activités et de financements des différents partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme. Tout cela explique le manque de maîtrise réelle des fonds des autres partenaires à part l'OMS. En définitive le niveau d'exécution est peu satisfaisant (besoins non couverts : budget acquis très inférieur à la prévision).

Nous pensons que ce financement supplémentaire du fonds mondial avec son mécanisme de décaissement avec la structure de coordination des partenaires mis en place permettra au Programme National de lutte contre le Paludisme d'atteindre ses objectifs et tracer ainsi la voie de pérennisation de ses activités.

## SECTIONS IV – VIII: Informations détaillées sur chaque composante de la proposition

### SECTION IV – Champ d'application de la proposition

23. Identifiez la composante détaillée dans cette section (marquez d'une croix):

Tableau IV.23

Composante	X	VIH/SIDA
(marquez d'une croix):		Tuberculose
		Paludisme
		HIV/TB

### 24. Résumez brièvement la composante

Depuis 1985 l'infection à VIH sévit en Côte d'Ivoire avec un impact de plus en plus accru dans tous les secteurs .La prévalence est de 10% au plan national . Le taux d'occupation des lits d'hôpitaux d'au moins 50%. Le VIH/SIDA est la principale cause de décès dans la population adulte.

Cette situation a conduit les autorités sanitaires nationales avec l'appui des partenaires (Système des nations unies et les coopérations bilatérales ) à développer des stratégies pour la prise en charge des PVVIH/SIDA . Dans cette dynamique la Côte d'Ivoire s'est engagée en 1997 , dans l'initiative ONUSIDA d'accès aux traitements du VIH/SIDA et en particulier aux antirétroviraux. Cela a nécessité la formation du personnel, la négociation des prix des médicaments, l'implication des associations de PVVIH/SIDA dans le soutien psychosocial et la mise en place d'un processus de subvention des malades avec un apport gouvernemental financier annuel d'un million de dollars US. Avec cette initiative 2000 patients ont été mis sous ARV; ce qui correspond au 1/3 de la demande exprimée ,soit 1/500 des sujets séropositifs.

L'évaluation de cette Initiative réalisée par l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le SIDA- France) et par le CDC d'Atlanta (Center for Diseases Control ) a mis en évidence les insuffisances et proposé des recommandations en vue de passer à grande échelle.

Par ailleurs les essais de PTME avec l'AZT et de prévention des infections opportunistes par le Cotrimoxazole entrepris en Côte d'Ivoire par le CDC et l'ANRS se sont révélés concluants.

C'est fort de ces recommandations et du résultat de ces essais que la Côte d'Ivoire propose la présente soumission au fonds global en vue de faciliter l'accès au CDV, à la PTME , aux antirétroviraux et aux médicaments des infections opportunistes sur toute l'étendue du territoire.

Grâce à un Programme de Marketing Social lancé en 1995, la diffusion des préservatifs atteint 30 000 000 d'unités par an. Le réseau de distribution est bien implanté dans les villes mais reste peu efficace en milieu rural.

La Côte d'Ivoire est à la recherche de ressources financières additionnelles pour étendre et intensifier avec l'implication de la communauté et des PVVIH , la PTME, le CDV et la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH et la diffusion des préservatifs. Le financement recherché viendra renforcer les ressources actuelles provenant du gouvernement et des autres partenaires nationaux et internationaux.

Les partenaires nationaux prennent une part active à la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

- Organisations non-gouvernementales qui sont coordonnées par les Collectif des ONG de Lutte Contre le SIDA en Cote d'Ivoire (COSCI) et le Réseau Ivoirien des personnes vivant avec le VIH (RIP/P+)
- Organisations confessionnelles
- Secteur prive (Cliniques et entreprises)

En Côte d'Ivoire, la contribution des partenaires internationaux est fort appréciable.

- Coopérations bilatérales avec la France (PTME , CDV, communication), les Etats-Unis (PTME, IST, Suivi biologique, surveillance épidémiologique), la Belgique (IST), l'Allemagne (IST et Marketing Social de Préservatifs), l'Italie (PTME, ARV des mères ), le Canada (IST), et la Banque Mondiale (IST)
- Système des Nations Unis: UNICEF(PTME), FNUAP (Prise en charge des prostituées et de leur partenaires) OMS (prise en charge des IST, PTME ) , ONUSIDA (Initiative d'accès aux traitements), PNUD ( appui institutionnel au Ministère de la lutte contre le SIDA, prévention, prise en charge socio-économique des groupes vulnérables), BIT (Intégration au groupe thématique)

L'**objectif général** de la composante VIH/SIDA est de réduire la prévalence, la morbidité et la mortalité de l'infection à VIH ou liées au VIH/SIDA.

**Les objectifs spécifiques** sont :

1. Renforcer les activités de prévention et l'implication de la communauté dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici décembre 2007
2. Améliorer l'accès et la qualité du conseil et dépistage volontaire sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici à décembre 2007
3. Assurer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici décembre 2007
4. Améliorer la qualité et l'accès à une prise en charge globale des PIAVIH dans toutes les régions de la Côte d'Ivoire d'ici 2007

25. Indiquez la durée estimée de la composante:

*Tableau IV.25*

<b>De</b> (mois/année):	Janvier 2003	<b>A</b> (mois/année):	Décembre 2007
-------------------------	--------------	------------------------	---------------

26. **Description détaillée de la composante pendant tout SON CYCLE:**

**26.1. But et impact attendu** (Décrivez le but général de la composante et son impact attendu, le cas échéant, sur les populations cibles, le poids de la maladie, etc.), (1–2 paragraphes):

Le but général de la composante VIH/SIDA est de réduire la prévalence, la morbidité et la mortalité de l'infection à VIH/SIDA

L'impact attendu des différentes interventions mises en œuvre est en rapport avec les objectifs spécifiques à savoir :

*Tableau IV.26.1*

<b>But:</b>	Réduire la prévalence, la morbidité et la mortalité de l'infection à VIH/SIDA	
<b>Indicateurs d'impact</b> (Voir annexe II)	<b>Base</b>	<b>Objectif chiffré</b> (dernière année de la proposition)
	<b>Année:2001</b>	<b>Année:2007</b>
<i>Pourcentage de femmes enceintes de 15 à 24 ans infectées par le VIH</i>	10%	5%
<i>Réduire de 60% l'incidence de l'écoulement uréthrale</i>	33%	13%

27. **Objectifs et résultats attendus** (Décrivez les objectifs spécifiques et les résultats attendus qui contribueront à la réalisation du but déclaré), (1 paragraphe par objectif spécifique):

**Les objectifs spécifiques de la composante VIH/SIDA sont :**

- Renforcer les activités de prévention et l'implication de la communauté dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici décembre 2007
- Améliorer l'accès et la qualité du conseil et dépistage volontaire sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici à décembre 2007
- Assurer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici décembre 2007
- Améliorer la qualité et l'accès à une prise en charge globale des PIAVIH dans tous les régions de la Côte d'Ivoire d'ici 2007

Tableau IV.27

<b>Objectif 1:</b>	Renforcer les activités de prévention et l'implication de la communauté dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici décembre 2007				
<b>Indicateurs de résultats/couverture</b> (Voir annexe II)	<b>Base</b>	<b>Objectif chiffré</b>			
	<b>Année: 2002</b>	<b>Année 2: 2004</b>	<b>Année 3: 2005</b>	<b>Année 4: 2006</b>	<b>Année 5: 2007</b>
% de district avec ONG/OBC/syndicats opérationnels	30 % répertoire des ONGs	40%	50%	60%	70%
% des associations de PIAVIH et ONG qui assurent des activités de soutien psychosocial	10 %	20 %	30	40	50
Nombre d'entreprises ayant un comité de lutte contre le VIH/SIDA opérationnel	20	100	200	350	500
Nombre d'ONG/OBC qui assurent la PEC et le soutien des OEV	20	40	50	60	70
Nombre de structures confessionnelles impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA	30	50	60	70	80
% de jeunes de 15 à 24 ans utilisant le préservatif de façon systématique	43	55	65	80	90

<b>Objectif 2</b>	Améliorer l'accès et la qualité du conseil et dépistage volontaire sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici à décembre 2007				
<b>Indicateurs de résultats/couverture</b> (Voir annexe II)	<b>Base</b>	<b>Objectif chiffré</b>			
	<b>Année: 2002</b>	<b>Année 2: 2004</b>	<b>Année 3: 2005</b>	<b>Année 4: 2006</b>	<b>Année 5: 2007</b>
Nombre de centres de CDV avec des conseillers formés	4	16	23	30	30

**Tableau IV.27**

<b>Objectif 3:</b>	Assurer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici décembre 2007				
Indicateurs de résultats/couverture (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré			
	Année:2002 ( <sup>1</sup> )	Année 2: 2004	Année 3: 2005 ( <sup>2</sup> )	Année 4: 2006	Année 5: 2007 ( <sup>3</sup> )
Pourcentage de régions avec des services de PTME ( <sup>4</sup> )	21% (4/19)	100%	100%	100%	100 %
Pourcentage de centres de santé publiques offrant les services PTME	1.1%	10%	25%	40%	50%
% de femmes enceintes VIH-positives dépistées ayant reçu une prophylaxie antirétrovirale	35%	85%	90%	95%	98%

*Tableau IV.27*

<b>Objectif 4:</b>	Améliorer la qualité et l'accès à une prise en charge globale des PIAVIH dans toutes les régions de la Cote d'Ivoire d'ici 2007				
Indicateurs de résultats/couverture (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré			
	Année: 2002	Année 2: 2004	Année 3: 2005	Année 4: 2006	Année 5: 2007
Nombre de régions disposant d'au moins une structure de dispensation d'ARV	1	10	19	19	19
Nombre de districts avec une PEC des IOs	10	45	55	65	65
Nombre de chef-lieux de régions avec OCB faisant des soins à domicile	2	15	19	19	19
Nombre de régions capables d'assurer un suivi biologique	1	10	19	19	19
Nombre de bénéficiaires de Traitement antirétroviral subventionné	2000	12 000	17 000	22 000	27 000

### 27.1. Activités générales relatives à chaque objectif spécifique et résultat attendu

<sup>1</sup> Information de Enquête démographique et de santé proposée pour 2003 (base)

<sup>2</sup> Information de Enquête de surveillance de comportements pour les jeunes ages de 15 a 19 ans

<sup>3</sup> Information de Enquête démographique et de santé proposée pour 2003 (base) et 5 ans après (en fin du projet)

<sup>4</sup> services PTME comprenant CDV, prophylaxie ARV, conseil et soutien pour alimentation infantile

Tableau IV.27.1

<b>Objectif 1:</b>	<b>Renforcer les activités de prévention et l'implication de la communauté dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici décembre 2007</b>				
<b>Activités générales</b>	<b>Indicateurs de procédure/produit</b> <i>(un par activité)</i> <i>(Voir l'annexe II)</i>	<b>Base</b>	<b>Objectifs chiffrés</b>		<b>Institutions responsables/chargées de l'exécution</b>
		<b>(2002)</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	
Promotion du préservatif au travers de campagne de communication et d'animation en milieu rural	Vente de préservatifs à un prix subventionné	<b>1 000 000</b>	4 000 000	4 750 000	AIMAS en concertation avec le MLS et structures publiques en milieu rural
Former les membres des ONG/ OCB/Entreprises/ syndicats en prévention des IST/VIH/SIDA et en mobilisation communautaire	Nombre de membres d'ONG/OCB/syndicats formés.		200	300	MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires Patronat, FNISCI Syndicats
Former les membres ONG /OCB/Entreprises, syndicats à la prise en charge psychosociale	Nombre de membres d'ONG/OCB/syndicats formés.		200	300	MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires Patronat, FNISCI Syndicats
Former les membres ONG / OCB/Entreprises, syndicats en élaboration et gestion des projets	Nombre de membres d'ONG/OCB/syndicats formés.		200	300	MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires Patronat, FNISCI Syndicats
Former les membres ONG/ OCB/entreprises, syndicats en technique de plaidoyer et mobilisation des ressources	Nombre de membres d'ONG/OCB/syndicats formés.		200	300	MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires Patronat, FNISCI Syndicats
Renforcer les capacités de coordination de suivi des deux réseaux d'ONG	Nombre de réseaux et ONG renforcés		2	17	MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires
Organiser des activités de prévention en direction des femmes	Nombre d'activités de prévention organisées	<b>10</b>	100	300	MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires, RIOF
Organiser des activités de prévention en direction des professionnels du sexe	Nombre d'activités de prévention organisées	<b>3</b>	30	70	MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires
Organiser des activités de prévention en direction des jeunes	Nombre d'activités de prévention organisées	<b>10</b>	100	300	MLS, MSP, MEN, M de la Jeunesse, COSCI, RIP, Partenaires, Forum des ONG, Fédérations de jeunes
Organiser des activités de prévention en direction des migrants et routiers	Nombre d'activités de prévention organisées		20	40	MSSSS, MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires

Organiser des activités de prévention en direction des OEV	Nombre d'activités de prévention organisées	5	10	15	MSSSS, MLS, MSP, MAS, COSCI, RIP, Partenaires, MEN, CEROS
Organiser des activités de prévention en direction des structures et associations religieuses	Nombre d'activités de prévention organisées	4	10	15	MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires, Forum des religieux
Aider les entreprises à mettre en place des comités de lutte contre le SIDA	Nombre d'entreprises avec comité de lutte contre le SIDA en place	20	50	100	MLS, MSP, COSCI, RIP Patronat, FNISCI Syndicats
Organiser des activités de prévention en direction des organisations syndicales	Nombre d'activités de prévention organisées	2	60	80	MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires, Centrales Syndicales
Financer des activités génératrices de revenu au profit des PIAVIH	Nombre de projets financés	5	10	15	MSSSS, MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires
Organiser des activités de soins à domicile	Nombre d'activités de soins organisées	2	10	15	MSSSS, MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires
Organiser des activités d'appui aux Orphelins et enfants vulnérables	Nombre de structures encadrant les OEV	10	20	30	MSSSS, MLS, MSP, COSCI, RIP, Partenaires

<b>Objectif 2: Améliorer l'accès et la qualité du conseil et dépistage volontaire sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici à décembre 2007</b>					
Activités générales	Indicateurs de procédure/produit (un par activité) (Voir l'annexe II)	Base	Objectifs chiffrés		Institutions responsables/chargées de l'exécution
		2002	2003	2004	
Produire des spots radio et TV	Nombre de spots produits	1	4	4	M. Communication, PSI/AIMAS, JHU
Produire des affiches et des dépliants de panneaux indicateurs et routiers	Nombres de panneaux indicateurs		56	92	M. Communication, PSI/AIMAS, JHU
Organiser des animations publiques et communautaires	Nombre d'animations organisées (1/site/mois sur 11 mois)	-	154	253	M. Communication, AIMAS, MLS, MSP, COSCI, RIP, PSI/AIMAS, JHU
Mise à disposition de préservatifs	Nombre de préservatifs distribués (5 000/sites)		70 000	115 000	PSI/AIMAS
Rénover, meubler les locaux pour l'installation des centres de CDV	Nombre de centres rénovés et meublés	6	14	23	MSSSS, MSP, MLS
Equiper les laboratoires pour l'installation des centres de CDV	Nombre de laboratoires fonctionnels	6	14	23	MSSSS, MSP, MLS

Former ou recycler le personnel nécessaire aux activités de counseling	Nombre de conseillers formés	50	100	150	MSSSS, MSP, MLS
Former ou recycler les bio technologistes	Nombre de bio technologistes formés (2/sites)		28	46	MSSSS, MSP, MLS
Recycler les biologistes des laboratoires régionaux	Nombre de biologistes formés (1/région)		14	?	MSSSS, MSP, MLS
Approvisionner les sites en matériel IEC	Nombre de sites approvisionnés	6	14	23	MSSSS, MSP, MLS
Approvisionner les sites en kits de test de dépistage	Fréquence de rupture de stock par site	2	0	0	MSSSS, MSP, MLS
Intégrer le module de counseling dans la formation du personnel médico social	Module intégré		oui	oui	UFR Sciences médicales, UFR d'odonto-stomatologie, UFR de sciences pharmaceutiques INFES, INFAS

Tableau IV.27.1

<b>Objectif:3 Assurer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sur toute l'étendue de la Côte d'Ivoire d'ici décembre 2007</b>					
<b>Activités générales</b>	<b>Indicateurs de procédure/produit</b>	<b>Base</b>	<b>Objectifs chiffrés</b>		<b>Institutions responsables/chargées de l'exécution</b>
			<b>2002</b>	<b>2003</b>	
	(un par activité) (Voir l'annexe II)				
Confectionner 20000 dépliant sur la prévention du VIH et PTME	Nombre de dépliant confectionnés et distribués	0	4000	8000	MLS Société Civile(AIMAS)
Confectionner de 10000 affiches sur la prévention du VIH et PTME	Nombre d'affiches confectionnées et exposés dans des lieux publics	0	2000	4000	MLS Société Civile(AIMAS)
Organisation de sessions de sensibilisation sur la PTME par an au profit des leaders : politiques et administratifs, communautaires, traditionnels et religieux (50 personnes par session et par région ou district)	Nombre de leaders touché	0	950	2000	MLS Partenaires Société civile
Confection d'une pièce théâtrale sur la prévention du VIH et la PTME et Représentation de la pièce théâtrale dans 13 districts par an avec 65 districts sanitaires couverts en fin 2007	Nombre de personnes touchées	0	4000	8000	MLS Partenaires Société Civile

Confection de 2 spots radio et TV par an sur la PTME et diffusion des spots 2 fois par mois	Nombre de diffusionS	0	24	48	MLS Ministère de la Communication Projet RETROCI, Société Civile
Confection et diffusion d'un film sur la PTME	Nombre de projections par région	0	11	22	MLS Ministère de la Communication PSI Projet RETROCI UNICEF Société Civile
Education communautaire sur importance des soins prénatals	Nombre de séances d'éducation communautaires	0	10	20	MLS, partenaires, société civile
Approvisionner les structures sanitaires en kits IST	Nombre de structures sanitaires avec stock > 1 mois	0	50	100	MSP/PSP
Formation des accoucheuses traditionnelles en PTME	Nombre d'accoucheuses traditionnelles formées	90	200	300	MLS, MSP, partenaires
Renforcement des capacités des agents de santé en techniques d'accouchements sûres	Nombre d'agents formes	0	100	200	MSP
Assurer l'approvisionnement régulier en Kits d'accouchement	Pourcentage de centres PTME sans rupture de stock d'ocytocines et gants > 1 semaine	-	80%	90%	MSP/PSP
Améliorer le plateau technique des salles d'accouchement et des blocs opératoires	% de structures sanitaires avec plateaux améliorés		30	50	MLS, MSP, partenaires
Renforcer la gestion des déchets	% de structures avec containers		60	100	MLS, MSP, partenaires
Elaboration d'un guide de l'utilisation des antirétroviraux en PTME	Document matériels élaborés et diffusés	0	Documents matériels élaborés et diffusés dans tous les centres PTME	Documents diffusés dans tous les centres PTME	MLS, MSP Partenaires
Formation de formateurs à la PTME et à l'utilisation de la prophylaxie ARV pendant la grossesse	Nombre de formateurs formés	0	20	40	MSP UFR Sciences Médicales, UFR Odontostomatologie, UFR des sciences pharmaceutiques Partenaires

Formation du personnel de santé des sites PTME à l'utilisation de la prophylaxie ARV pendant la grossesse	Nombre de personnel formés	0	500	1000	MSP UFR Sciences Médicales UFR Odonto-Stomatologie, UFR des sciences pharmaceutiques Partenaires
Approvisionnement des sites PTME en ARV (NVP)	Stock PSP > 6 mois par rapport à l'estimation nationale	Non	oui	oui	PSP/MSP Partenaires
Approvisionnement par PSP de seringue opaques BAXA de 1ml	Stock PSP > 6 mois par rapport à l'estimation nationale	Non	oui	oui	PSP/MSP Partenaires
Evaluer l'impact de la prophylaxie ARV parmi les enfants nés de mères VIH positives et recevant les ARV	Echantillon d'enfants de 6 semaines pour l'infection à VIH	0	200	200	Unité de suivi et évaluation Retroci
Evaluer la résistance à la Névirapine, AZT*	Nombre de mères et d'enfants développant une résistance à la NVP	0	150	300	Unité de suivi et évaluation Retroci
Former les membres des ONG au soutien des personnes VIH infectées	Nombre de personnes formées	0	50	100	MLS MSP COSCI, RIP
Renforcer la prise en charge médicale et thérapeutique des conjoints des femmes séropositives vues en CPN	Nombre de conjoints référés vers centres de suivi ou accrédités	0	100	200	MLS MSP

<b>Objectif: 4</b>					
<b>Améliorer la qualité et l'accès à une prise en charge globale des IST/VIH/SIDA dans toutes les régions de la Cote d'Ivoire d'ici 2007</b>					
Activités générales	Indicateurs de procédure/produit <i>(un par activité) (Voir l'annexe II)</i>	Base	Objectifs chiffrés		Institutions responsables/chargées de l'exécution
		2002	2003	2004	
Révision production et diffusion de guides de PEC IST/VIH/SIDA	Guides nationaux révisés et diffusés		4 types de guides	4 types de guides	MSP Partenaires
Formation et mise à niveau de 10 personnels/district de santé au diagnostic syndromique et traitement des IST/VIH/SIDA	Nombre de personnes formées et mises à niveau	50	100	200	MSP MLS
Approvisionnement régulier des centres en médicaments pour la PEC des IOs/IST	Fréquence de rupture par centre de PEC en Cotrimoxazol/kits IST	4	2	0	MSP

Conception d'un module d'éducation à l'observance du traitement antirétroviral (DOT) à l'endroit de la communauté/ONG	Module produit et diffusé	0	oui	oui	MSP MLS ONG/OAC
Intégration de la prescription des ARV dans 17 nouveaux centres régionaux et équipement de ces centres	Nombre de centres opérationnels	0	5	15	MSP MLS ONG/OAC
Approvisionnement régulier en ARVs des centres dispensant les traitements ARV	Fréquence et durée des ruptures de stock au niveau des centres	4	2	0	MSP MLS
Promouvoir la PEC des IST/VIH/SIDA en entreprises	Nombre d'entreprises impliquées dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA				MSP MLS Secteur privé/ONG Fédérations syndicales Partenaires
Mise en place d'un mécanisme de pérennisation des traitements subventionnés	Mécanisme de pérennisation opérationnel	0	oui	oui	MSSSS MSP MLS
Équipement des laboratoires régionaux pour la réalisation des CD4, du bilan hématologique et biochimique	Nombre de laboratoires équipés	3	6	9	MSP Partenaires
Renforcer l'équipement des laboratoires de district pour la réalisation correcte du bilan hématologique et biochimique.	Nombre de laboratoires équipés	0	15	30	MSP Partenaires
Approvisionnement régulier en réactifs	Fréquence des ruptures	x	2	0	MSP MLS Partenaires
Formation par région de biologiste et de techniciens de laboratoire pour la réalisation des CD4	Nombre de techniciens formés	0	18	27	Partenaires (RETROCI) MSP
Négociation pour la réduction des coûts des réactifs	Niveau de réduction obtenue	0	20%	50%	MSP Ministère des finances
Soutien à 17 ONG/OAC en matériel roulant, Kits et guides de SAD, équipement informatiques, frais de terrain* pour les activités de soins à domicile en fonction de leurs besoins	Nombre d'ONG/OAC soutenues et opérationnelles	4	5	8	MSP ; MLS ONG/OAC

Formation des personnels de santé aux moyens de prévention des AES	Nombre de personnes formées	0	30	60	MSP ; MLS UFR des Sciences médicales, UFR d'Odonto-stomatologie,
Mise en place de structures prenant en charge des AES et des violences sexuelles	Nombre de personnes prises en charge				MSP MLS

**28. Expliquez en quoi la composante ajoute ou complète des activités déjà entreprises par les autorités publiques, les donateurs extérieurs, le secteur privé ou tout autre partenaire concerné:**

Les activités ici décrites, sont conformes à l'objectif du plan de développement sanitaire (PNDS :1995-2005) qui est d'intensifier la lutte contre le VIH/SIDA. Cet objectif est repris par le Document de stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Les activités décrites dans le cadre du Fonds Global s'appuient sur l'existant :

- L'extension de l'accès aux soins s'appuie sur l'initiative ONUSIDA d'accès aux ARV. Les huit centres de traitements par les ARV sont situés à Abidjan et permettent le suivi de 2000 patients sous ARV. La présente proposition vise à étendre la capacité de prise en charge des patients à toutes les régions sanitaires du pays.
- L'extension de la PTME : Il existe déjà 16 sites de PTME répartis sur 3 régions sanitaires. La proposition de la Côte d'Ivoire au Fonds Global, dans ce domaine est d'étendre progressivement les centres de PTME, par la mise en place d'un centre dans chaque région sanitaire puis dans tous les centres où sont pratiqués des CPN.
- L'extension des CDV : 4 CDV sont déjà fonctionnels dans 3 régions sanitaires et dépistent chacun 2 000 personnes par an. Le Fonds Global doit permettre la pratique du dépistage volontaire dans 15 régions sanitaires et dans 30 districts.
- Le renforcement de la mobilisation communautaire s'appuie sur l'existence d'un collectif des ONG de lutte contre le SIDA (COSCI), d'un réseau ivoirien des PVVIH (RIP+) et des syndicats. La présente proposition renforcera les capacités institutionnelles des collectifs et suscitera l'élargissement de leurs activités sur tout le territoire.
- L'extension de la promotion de l'utilisation du préservatif au milieu rural : le programme de Marketing Social du MSP/MLS mis en œuvre par l'AIMAS diffuse près de 30 000 000 de préservatifs par an. Il se concentre essentiellement sur les villes. Le fond global doit permettre d'atteindre les populations rurales par des actions spécifiques

**29. Décrivez brièvement comment la composante répond aux préoccupations suivantes (1 paragraphe par point):**

**29.1. Le concours des bénéficiaires comme les personnes atteintes du VIH/SIDA:**

Les PVVIH participent aux activités de soins par leur intégration aux équipes de prise en charge où elles assurent le soutien psychosocial. Par ailleurs, dans les CDV et les centres de PTME, les PVVIH assurent le counseling pré et post-test au côté des professionnels de santé. Ceci est d'ailleurs un des acquis de l'initiative d'accès aux soins, des expériences pilotes dans la PTME et du fonctionnement des CDV existants. Les anciens tuberculeux guéris de leur tuberculose, participeront aux visites à domicile dans le cadre de la stratégie DOTS.

**29.2. La participation des communautés:**

Depuis 1992, les ONG sont regroupés au sein d'un collectif de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire (COSCI) C'est un cadre d'échange et de formation en vue d'actions synergiques. Le plan, d'action actuel vise la décentralisation à l'ensemble du territoire. Il existe également un réseau ivoirien de PVVIH qui regroupe une dizaine d'associations ayant pour but la défense des intérêts matériels et moraux ainsi que des syndicats qui s'impliquent de plus en plus dans la lutte contre le SIDA.

A terme, ce projet doit permettre, l'implication des familles et des communautés dans l'accompagnement à l'observance, aussi bien pour le traitement antituberculeux que les ARV.

### 29.3. Les questions d'égalité des sexes

Les femmes dépistées positives dans le cadre de la PTME sont prioritaires dans l'accès aux soins y compris les ARV avec une subvention de 95%. Les associations de femmes, surtout de femmes séropositives sont au centre de la mobilisation communautaire en tant qu'actrices et bénéficiaires sans oublier la nécessaire implication des partenaires

### 29.4. Les questions d'égalité sociale

Le Fonds Global permettra à tous les programmes d'atteindre leurs cibles en priorité en milieu rural plus pauvres que les grands centres urbains. La gratuité ou la subvention des médicaments aux sujets démunis, vise à obtenir une meilleure équité dans l'accès aux soins

### 29.5. Le développement des ressources humaines:

La mise en œuvre de ce projet nécessite un renforcement des capacités dans le domaine de la prise en charge psychosociale, clinique et biologique du personnel de santé, des ONG et de la communauté. Les capacités de plaidoyer pour la mobilisation communautaire et la mobilisations de ressources doivent être également renforcées afin de mieux appuyer la réponse multisectorielle. Les activités de coordination et de supervision devant être accrues, il sera nécessaire de renforcer les capacités en gestion de projets par la formation des Equipes Cadres de Districts à la supervision et à l'évaluation intégrées des différents programmes.

### 29.6. Pour les composantes concernant des médicaments et remèdes essentiels, décrivez quels produits et protocoles de traitement seront utilisés et comment une utilisation rationnelle sera garantie (notamment pour maximiser l'adhésion au programme et suivre les réticences), (*Lignes directrices par. IV.55*), (1–2 paragraphes):

1) L'accès aux médicaments s'insère dans un concept de prise en charge globale dont la composante essentielle est le traitement ARV. Celui-ci comporte le traitement des PVVIH, la chimioprophylaxie dans la PTME et dans la prévention des AES.

#### •Traitement des patients symptomatiques, sujets pauci-symptomatiques avec $CD4 < 350$ et sujets asymptomatiques avec $CD4 < 200/mm^3$ .

En première ligne, 2 INRT + EFV (ou 3 INRT ou 2 INRT + IP (IDV ou + NFV) si EFV ne peut pas être prescrit). : AZT+ 3TC + EFV sera privilégié car moins coûteux et plus accepté par les patients.

#### En deuxième ligne justifiée par un échec (plutôt clinique, immunologique que virologique) :

- 2 nouveaux INRT + 1 IP, si le régime initial associait 2 INRT + EFV ;

- 2 nouveaux INRT + EFV ou 2 nouveaux INRT + 1 IP si le régime initial était 3 INRT ;

- 2 nouveaux INRT + EFV ou 2 nouveaux INRT + 1 nouvel IP si le régime initial était 2 INRT+ 1 IP

En cas d'échec du traitement , les schémas contenant 2 IP tels que Saquinavir/Ritonavir ou Indinavir/Ritonavir ou lopinavir/ritonavir seront aussi utilisés.

L'observance des patients sous ARV est moyenne en Côte d'Ivoire : les raisons sont financières, sociales et culturelles. On espère que l'adoption de schémas simples et maniables, l'introduction d'ARV à coût réduit, la diminution de la contribution financière des patients, le renforcement du soutien psychosocial et de l'accompagnement, l'implication des PVVIH et la baisse de l'influence des tradipraticiens peuvent aider à améliorer le taux d'adhésion des patients à leurs traitements.

En mars 2001, des négociations avec les firmes pharmaceutiques ont abouti à une réduction importante des prix de certaines molécules. Cette baisse a vu croître le nombre de patients sollicitant le traitement ARV dans les centres accrédités.

L'observance des patients sous ARV est moyenne en Côte d'Ivoire (50-60%) : les raisons sont multiples mais les plus fréquentes sont financières, sociales, comportementales et culturelles. On espère que l'adoption de schémas simples et maniables se limitant à 1-2 prises par jour, l'introduction d'ARV à coût réduit, la diminution de la contribution financière des patients, les interruptions thérapeutiques programmées si elles démontrent leur intérêt, le renforcement du soutien psychosocial et de l'accompagnement, l'implication des PVVIH et de leur famille et la baisse de l'influence négative des tradipraticiens peuvent aider à optimiser l'observance et l'adhésion des patients à leurs traitements.

En ce qui concerne les génériques, en 1999 les experts ivoiriens avaient estimé que l'introduction des génériques d'ARV en Côte d'Ivoire n'était pas urgente puisqu'ils n'avaient pas assez d'informations sur leur

qualité, leur tolérance, leur provenance et leur efficacité clinique. Aujourd'hui vu la visibilité qui est donnée à ces génériques à travers les rapports fournis par la DPM depuis 2000 (visites des usines de fabrication, disponibilité de dossiers techniques d'agrément par l'OMS, évaluation clinique dans des essais selon les standards internationaux et les règles d'éthique, contrôles périodiques des échantillons par des structures techniquement équipées), vu le moindre coût affiché de certains génériques, la Côte d'Ivoire s'engage à utiliser dès 2003, les génériques d'ARV qui seront retenus, en appel d'offre, non seulement pour leur prix mais également pour leur qualité technique (stabilité, bio-équivalence). Cette disposition permettra, grâce au financement sollicité au Fonds Mondial, d'assurer le traitement des 27 000 patients d'ici à 2007.

Un financement est nécessaire pour renforcer l'effort du gouvernement qui met en place depuis 1997 un budget annuel insuffisant réservé à l'achat des ARV. Cet achat porte sur les ARV recommandés par l'initiative ; il est opéré par la Pharmacie de Santé Publique (PSP), seule structure de l'Etat habilitée à assurer ce circuit des ARV dans le pays. Il est exonéré de tout frais de douane et de détaxe, contrairement aux autres médicaments. Aucune officine privée n'est autorisée à commander des ARV afin d'éviter la majoration des prix négociés avec les firmes pharmaceutiques. En Côte d'Ivoire, les ARV sont prescrits et dispensés dans les centres accrédités sélectionnés sur leur capacité à offrir un service conforme aux normes techniques exigées par le Ministère de la santé. Ces centres, desservis par des pharmaciens ou des gestionnaires en pharmacie s'approvisionnent en ARV mensuellement à la PSP. Ainsi, après la consultation, les patients achètent leurs médicaments sur place à la pharmacie du centre, qui restitue par la suite l'argent à la PSP. Dans les centres accrédités, les ARV sont rétrocédés aux patients sans marge bénéficiaire, c'est à dire aux prix négociés avec les firmes pharmaceutiques. Mais pour des questions d'égalité sociale, la contribution financière des patients est fixée selon leur situation socio-économique, de telle sorte que les sujets démunis soient plus bénéficiaires. Ainsi, dans le souci d'une large accessibilité à des prestations de qualité, la contribution de ces patients est forfaitaire : 10 000 FCFA par mois (14 \$ US). Mais les patients ayant un revenu mensuel supérieur à 500 000 FCFA (715 \$ US) ne bénéficient pas de subvention ni pour les ARV ni pour le bilan biologique. Les enfants de moins de 15 ans sont subventionnés à 100%. Les patients ayant participé à des essais (HAART, PTME) et ceux faisant partie des associations de PVVIH, sont subventionnés à hauteur de 95 %.

Conformément aux conclusions de l'atelier international tenu à Abidjan le 03 décembre 2001, le bilan biologique de suivi a été simplifié. Désormais, seul le taux des lymphocytes CD4 est reconnu comme critère biologique de mise sous traitement. Les autres examens tels que l'hémogramme, la créatininémie, la glycémie, les transaminasémies et l'amylasémie servent plutôt d'éléments d'orientation dans le choix des molécules ARV.

Désormais on connaît le coût de ce bilan de suivi : 27 000 FCFA (38 \$ US) par visite à M0, M6 et M12, soit un total de 81 000 FCFA (114 \$ US). Il reste à trouver un consensus afin que ce bilan biologique de suivi puisse être couvert à hauteur de 80 % par l'Assurance Maladie Universelle (AMU), les 20 % restants étant à la charge du patient.

- **PTME, deux régimes adoptés** : Zidovudine : 300 mg deux fois par jour à partir de la 36<sup>e</sup> semaine de grossesse jusqu'au début du travail, puis 600 mg dès le début du travail en une prise ; Névirapine : 200 mg en dose unique à la mère pendant le travail, puis 2 mg/kg (soit environ 6 mg) à l'enfant dans les 24 à 72 heures de vie.

- **Chimioprophylaxie ARV des AES** : 2 INRT + IP (IDV, NFV) pendant 1 mois : AZT+ 3TC + Indinavir sera privilégié, avec comme alternative : AZT+ 3TC + EFV

- **Prophylaxie primaire des IOs** : Cotrimoxazole forte : 1 comprimé par jour chez les patients ayant un taux de CD4 < 350 /mm<sup>3</sup>. La prophylaxie secondaire des IOs reposera soit sur les médicaments utilisés lors de l'épisode initial, soit sur le cotrimoxazole mais à doses réduites de moitié.

## 2) Traitement des principales IOs :

- **Tuberculose** : isoniazide + rifampicine + pyrazinamide + éthambutol pendant 2 mois puis isoniazide + rifampicine pendant 4 mois.

- **Salmonelloses non typhiques** : Péfloxacin ou ofloxacin : (400 mg 2 fois /jour) ou ciprofloxacine ou cefotaxime ou ceftriaxone.

- **Pneumonie bactérienne** : Amoxicilline : 100 mg/kg/jour/10 jours, les alternatives sont les céphalosporines (cefadroxil, cefuroxime) ou les macrolides.

- **Candidoses** : Candidoses cutanéomuqueuses : kétoconazole (200 mg/jour). Les cas réfractaires sont traités par du fluconazole oral. Candidoses viscérales et disséminées : amphotéricine B (1 mg/kg/jour en IV). L'alternative est le fluconazole.

- **Cryptococcose neuroméningée** : Amphotéricine B (0.7 - 1 mg/kg/jour en perfusion IV), ou fluconazole IV (400 mg par jour). Le traitement d'entretien à vie est réalisé par le fluconazole.
- **Toxoplasmose cérébrale** : .Pyriméthamine + sulfadiazine + acide folinique ou pyriméthamine-clindamycine+acide folinique. En prophylaxie secondaire, doses réduites des associations précédentes ou du cotrimoxazole forte
- **Herpès génital** : Application locale : éosine à 1 % ou solution de Milian ou aciclovir en pommade. En cas de formes étendues ou récurrentes ou d'encéphalite : acyclovir IV.
- **Zona** : Application locale : éosine aqueuse ou solution de Milian et macrolide pour traiter la surinfection des lésions. En cas de zona récurrent, sévère, disséminé ou ophtalmique : aciclovir iv
- **Cryptosporidiose, microsporidiose, cyclosporiose, isosporose** : Cotrimoxazole forte, paramomycine , métronidazole,
- **Pneumocystose** : Cotrimoxazole forte, prednisone en cas de dyspnée importante. Les alternatives sont la pentamidine, et la dapson. En traitement d'entretien : cotrimoxazole.
- **Mycobactérioses atypiques** : clarithromycine ou azithromycine+éthambutol ou isoniazide+rifampicine+éthambutol .
- **Infection à cytomégalovirus (CMV)** : Ganciclovir;
- **Histoplasmose, aspergillose** : Amphotéricine B (0,50 – 1 mg/kg par jour) dans les formes disséminées. Les alternatives sont l'itraconazole et le fluconazole à raison de 400 mg par jour.
- **Anguillulose ou strongyloïdose** : Thiabendazole à raison de 50 mg/kg

3) Kits IST (Approche syndromiques/algorithmes) Les médicaments suivants seront utilisés :

- **ciprofloxacine, pefloxacine, doxycycline, métronidazole, ceftriaxone, benzathine-benzylpénicilline, erythromycine, argyrol collyre, butoconazole, amoxicilline-acide clavulanique, rifamycine collyre, aciclovir,**
- **Autres : duofilm, podophylline 10%, éosine aqueuse 2%, benzochlorine solution, N-buthylhyoscine, tiemonium, kétoprofène.**

#### **SECTION IV – Champ d'application de la proposition**

23. Identifiez la composante détaillée dans cette section (marquez d'une croix):

Tableau IV.23

Composante		VIH/SIDA
(marquez d'une croix):	X	Tuberculose
		Paludisme
		HIV/TB

24. Résumez brièvement la composante (**Précisez la logique, le but, les objectifs, les activités, les résultats attendus, la manière dont ces activités seront réalisées et les partenaires concernés**) (2–3 paragraphes):

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire. Pour améliorer la qualité de soins et réduire les effets de cette affection sur la population en terme de morbidité et de mortalité, la stratégie DOTS a été adoptée en Côte d'Ivoire depuis 1997. Cette stratégie a été développée progressivement et couvre actuellement 20 districts sur 65. Dans les autres districts non couverts, la prise en charge des cas de tuberculose n'est pas assurée dans les centres de santé en dehors d'un seul centre spécialisé qui assure le diagnostic et le traitement. Dans ces districts, la proportion des abandons de traitement est plus élevée ( au moins 17% ) tandis que le taux de succès ne dépasse pas 64%. Le risque de progression de l'endémie demeure avec l'existence de malades à frottis positifs non dépistés car le taux de détection n'atteint pas 50% des cas attendus. De plus, l'irrégularité ou l'abandon du traitement augmente le risque de développement de résistance bactérienne aux médicaments antituberculeux.

**Le but** de cette proposition est de réduire la morbidité, la mortalité et la transmission de la tuberculose en Côte d'Ivoire.

## Les objectifs sont :

- 1 Accroître l'accès au dépistage de la tuberculose
- 2 Etendre la stratégie DOTS
- 3 Impliquer la communauté dans la lutte contre la tuberculose

Les activités retenues seront réalisées en partenariat avec des structures communautaires que sont les ONG, les partenaires bilatéraux ou multilatéraux. A travers les comités de santé des structures privées, des activités seront développées dans le secteur privé.

## Résultats attendus

Augmentation du taux de détection de 44 à 70%.

Augmentation du taux de succès du traitement des tuberculeux à frottis positifs de 64% à au moins 85%.

Couverture par la stratégie DOTS de tous les districts de Côte d'Ivoire

Les associations communautaires et le secteur privé interviennent dans le dépistage et le suivi des malades selon la stratégie DOTS.

## Calendrier

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de districts couverts	10	30	40	50	60	65
Proportion de TPM+ guéris	64	66	70	75	80	85
Taux de détection	44	50	56	62	68	70
Nbre de laboratoires de microscopie	79	91	103	115	127	139
Nombre d'ONG impliqués	3	6	8	8	10	12

Plusieurs **partenaires** soutiennent les activités de lutte contre la tuberculose :

- L'Organisation mondiale de la santé ( OMS ) apporte un appui technique à l'extension de la stratégie DOTS
- Le Comité national antituberculeux de Côte d'Ivoire ( CNACI ) apporte un appui pour la mobilisation sociale, la formation et l'équipement.
- L'union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICTRM) apporte un appui technique par la consultance sur la décentralisation
- Le projet ivoiro-américain, RETROCI pour la prise en charge et la surveillance de l'infection à VIH chez les tuberculeux
- Le projet ivoiro-belge d'appui à la région sanitaire du Moyen Comoé
- Les ONG ( SIDALERTE, FRATERNITE ) assurent le suivi communautaire du traitement de la tuberculose

## 25. Indiquez la durée estimée de la composante:

Tableau IV.25

De (mois/année):	Janvier 2003	A (mois/année):	Décembre 2007
------------------	--------------	-----------------	---------------

## 26. Description détaillée de la composante pendant tout SON CYCLE:

Remarque: chaque composante ne doit avoir qu'UN seul but général qui devrait viser une série d'objectifs spécifiques. Chaque objectif spécifique devrait être ventilé en plusieurs activités générales nécessaires pour atteindre les objectifs spécifiques. Bien que les activités ne doivent pas être trop détaillées, leur description doit être suffisante pour permettre de comprendre comment vous envisagez d'atteindre les objectifs fixés.

**Indicateurs:** outre une brève description, vous devez préciser un ensemble d'indicateurs qui mesurent le résultat attendu pour chaque niveau de résultat par rapport au but, aux objectifs et aux activités. Veuillez vous reporter aux Lignes directrices, par. VII.77 – 79 et à l'annexe II pour des exemples d'indicateurs nationaux.

**Données de base:** les données de base doivent être indiquées en chiffres absolus (si possible) et/ou en pourcentages. Si les données de base ne sont pas disponibles, veuillez vous reporter aux Lignes directrices,

paragraphe VII.80. Les données de base doivent porter sur la dernière année disponible et la source doit être indiquée.

**Finalités:** des finalités précises doivent être précisées en chiffres absolus (si possible) et en pourcentage.

**Pour chaque niveau de résultats, veuillez préciser la sources des données, les méthodes de collecte des données et la fréquence des collectes.**

Un exemple de la manière de compléter les tableaux des questions 26 et 27 est donné dans l'annexe III aux Lignes directrices pour l'établissement des propositions.

**26.1. But et impact attendu** (Décrivez le but général de la composante et son impact attendu, le cas échéant, sur les populations cibles, le poids de la maladie, etc.), (1–2 paragraphes):

Le but est de réduire la morbidité, la mortalité et la transmission de la tuberculose en Côte d'Ivoire.

**Impact :**

- Augmentation du taux de détection des cas attendus à 70 % au moins.
- Réduction du taux de décès
- Augmentation du taux de succès du traitement chez les malades tuberculeux à frottis positifs.

L'augmentation de la détection des cas et l'accroissement du taux de succès des tuberculeux à frottis positifs va réduire la transmission de la maladie dans la population générale. A la longue l'incidence des nouveaux cas d'infection va baisser.

Tableau IV.26.1

<b>But:</b> Réduire la morbidité, la mortalité et la transmission de la tuberculose		
<b>Indicateurs d'impact</b> (Voir annexe II)	<b>Base</b>	<b>Objectif chiffré (dernière année de la proposition)</b>
	<b>Année : 2000<sup>5</sup></b>	<b>Année:2007</b>
Nombre de cas de TPM+ pour 100000 habitants	<b>63/100000</b>	157/100000
Nombre de décès dû à la tuberculose pour 100000 habitants	<b>5/100000</b>	3/100000

**27. Objectifs et résultats attendus** (Décrivez les objectifs spécifiques et les résultats attendus qui contribueront à la réalisation du but déclaré), (1 paragraphe par objectif spécifique):

Tableau IV.27

<b>Objectif:1</b> Accroître l'accès au dépistage de la tuberculose					
<b>Indicateurs de résultats/couverture</b> (Voir annexe II)	<b>Base</b>	<b>Objectif chiffré</b>			
	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Proportion de tous les nouveaux cas estimés de tuberculose frottis positifs détectés sous DOTS	15%	20%	45%	50%	60%
Proportion de cas dépistés validés par le centre de référence au cours du contrôle de qualité		100%	100%	100%	100%

L'objectif spécifique, accroître l'accès au dépistage de la tuberculose vise à accroître le taux de détection des cas attendus de la tuberculose de 44 à 70%. Les activités de cet objectif visent l'extension du

<sup>5</sup> Rapport d'activité PNL T année 2000

réseau de laboratoire pour passer de 79 centres de microscopie à 139, le renforcement des laboratoires de 9 centres antituberculeux régionaux pour la microscopie à fluorescence et du laboratoire national de référence. La formation des biologistes pour l'assurance qualité et le recyclage des techniciens de laboratoire permettra de pérenniser des activités de qualité dans les laboratoires.

Tableau IV.27

<b>Objectif:2</b>	<i>Etendre la stratégie DOTS</i>				
<b>Indicateurs de résultats/couverture</b> (Voir annexe II)	<b>Base</b>	<b>Objectif chiffré</b>			
	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<i>Proportion de cas de tuberculose détectés par frottis positifs, enregistrés par DOTS et traités avec succès</i>	<b>20%</b>	40%	60%	80%	100%
<i>Proportion des centres de santé mettant en œuvre le traitement de la tuberculose selon la stratégie DOTS</i>	<b>41</b>	60	80	90	100
<i>Proportion des équipes cadre qui supervisent les activités de tuberculose dans les centres de santé</i>	<b>31</b>	54	100	100	100

Le projet dans le domaine de l'accès aux soins vise à décentraliser jusqu'au centre de santé des villages, le traitement de la tuberculose par la stratégie DOTS. Il s'agira de recycler les agents de santé et d'équiper les centres de santé en outils de gestion. Le suivi des activités et la formation continue sous forme de supervision doivent donc être renforcés de la coordination nationale vers les centres antituberculeux régionaux, des centres antituberculeux régionaux vers le district et du district vers les centres de santé.

La prévention et la prise en charge des infections opportunistes chez les tuberculeux porteurs de l'infection à VIH seront intégrées à toutes les activités de formation et de prise en charge.

Tableau IV.27

<b>Objectif 3</b>	<b>Impliquer la communauté dans la lutte contre la tuberculose</b>				
<b>Indicateurs de résultats/couverture</b> (Voir annexe II)	<b>Base</b>	<b>Objectif chiffré</b>			
	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<i>Proportion de cas de tuberculose à frottis positif détectés par les ONG selon la stratégie DOTS</i>	<b>10%</b>	20%	25%	30%	35%
<i>Proportion de cas de tuberculose à frottis positif suivis par les ONG et déclarés guéris selon la stratégie DOTS</i>	<b>72%</b>	75%	78%	81%	85%

Il s'agit de promouvoir l'implication des associations communautaires dans la détection des cas suspects et le suivi des soins antituberculeux par le traitement directement observé.. Les associations contribueront aussi à la mobilisation sociale.

**27.1. Activités générales relatives à chaque objectif spécifique et résultat attendu** (Décrivez les principales activités à entreprendre telles que les interventions spécifiques, afin d'atteindre les objectifs fixés) (1 bref paragraphe par activité générale):

Le but de cette composante est de **Réduire la morbidité, la mortalité et la transmission de la tuberculose en Côte d'Ivoire.**

Les Objectifs spécifiques :

1. Accroître l'accès au dépistage de la tuberculose
2. Etendre la stratégie DOTS
3. Impliquer la communauté dans la lutte contre la tuberculose

Tableau IV.27.1

<b>Objectif : 1</b>		<i>Accroître l'accès au dépistage de la tuberculose</i>			
<b>Activités générales</b>	<b>Indicateurs de procédure/produit</b>	<b>Base</b>	<b>Objectifs chiffrés</b>		<b>Institutions responsables/chargées de l'exécution</b>
	<i>(un par activité) (Voir l'annexe II)</i>	<b>Année 2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	
Equiper et approvisionner 12 nouveaux laboratoires en microscopes et consommables de laboratoires par an.	Nombre de laboratoires équipés et approvisionnés	79	91	103	Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
Equiper 6 centres antituberculeux de région en microscopes à fluorescence.	Nombre de CAT de région équipés en microscope à fluorescence	2	8	8	Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
Equiper le laboratoire Régional de référence d'Adjamé en matériels et consommables de culture.	Laboratoire équipé	0	1	1	Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
Renforcer les équipements du laboratoire national de référence.	Nombre de centrifugeuses achetées  Le système électrique du LNR réhabilité	0	1	1	Laboratoire national de référence (LNR) Direction de l'équipement et de la maintenance (DIEM)
Former l'équipe des superviseurs des Laboratoires de microscopie (20 personnes en 2 ateliers de 5 jours chacun).	Nombre de superviseurs formés	0	20	20	LNR PNLT
Recycler les techniciens de laboratoire pour la microscopie des crachats	Nombre de techniciens recyclés	0	44	84	LNR PNLT
Recycler 200 agents de santé par an à la détection des cas suspects et au traitement directement observé	Nombre d'agents formés	416	616	816	PNLT Médecin chef de district Médecins chef de CAT OMS, RETROCI,

Elaborer, imprimer et diffuser les outils de gestion du laboratoire ( 1000 affiches sur les procédures et modes opératoires du Laboratoire et 500 référentiels de laboratoire )	Nombre d'affiches confectionnées	0	1000	1000	Programme national de lutte contre la tuberculose
	Nombre de référentiels disponibles	0	500	500	Laboratoire national de référence OMS
Elaborer et diffuser 500 guides de supervision des activités de tuberculose.	Nombre de guides imprimés et diffusés	0	500	500	Programme national de lutte contre la tuberculose Laboratoire national de référence
Superviser les laboratoires de microscopie existant chaque année	Nombre de laboratoires supervisés	79	91	103	Programme national de lutte contre la tuberculose Centre antituberculeux régionaux
Imprimer et diffuser 3000 guides techniques de la tuberculose.	Guides diffusés	0	3000	0	Programme national de lutte contre la tuberculose
Organiser un atelier de consensus de 5 jours sur l'introduction de l'enseignement du programme dans le curricula des écoles de formation en santé (32 participants).	Atelier de consensus réalisé	0	1	1	Programme national de lutte contre la tuberculose UFR des sciences médicales Institut national de formation des agents de santé
Introduire dans le curricula des enseignants du primaire et du secondaire , la prise en charge du VIH/SIDA et paludisme - plaidoyer - consensus	Plaidoyer réalisé  Atelier de consensus réalisé  Enseignement des 3 pathologies intégré dans les écoles de formation	0	1		Programme national de lutte contre la tuberculose ( ministère de la santé publique ) Ministère de la lutte contre le sida  Ministère de l'éducation nationale

Tableau IV.27.1

<b>Objectif:2</b>					
Etendre la stratégie DOTS					
<b>Activités générales</b>	<b>Indicateurs de procédure/produit</b>  <b>(un par activité) (Voir l'annexe II)</b>	<b>Base</b>	<b>Objectifs chiffrés</b>		<b>Institutions responsables/chargées de l'exécution</b>
		<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	
Recycler 600 médecins des centres de santé urbains des districts au suivi des tuberculeux et à la supervision des activités antituberculeuses selon la stratégie DOTS et à la prise en charge des infections opportunistes chez les tuberculeux en 10 sessions de 12 personnes en 3 jours par an pendant 5 ans.	Nombre de médecins recyclés	0	120	240	Programme national de lutte contre la tuberculose (MSP)  Médecins chef de district  Médecin chef de centre antituberculeux régionaux  Ministère de la lutte contre le SIDA (MLS)  RETROCI
Former les équipes cadres de 65 districts à la supervision des activités de la tuberculose en 22 sessions de 15 personnes en 5 jours sur 5 ans.	Nombre d'équipes cadres formés	0	15	30	Programme national de lutte contre la tuberculose  Médecin chef de Centres antituberculeux Organisation non gouvernementale
Former 50 assistants sociaux des CAT régionaux à l'IEC (CCC) et à la prise supervisée des médicaments en 2 sessions de 3 jours.	Nombre de personnes formées		50	50	Programme national de lutte contre la tuberculose Organisation non gouvernementale  Direction de la promotion de la santé (Ministère de la santé publique )
.Assurer l'approvisionnement de la pharmacie du programme en médicaments antituberculeux pour le traitement des malades ( nouveaux cas et les malades à souches MDR ) .	Durée moyenne pendant laquelle les médicaments sont disponible à la pharmacie du programme	<b>12 mois</b>	<b>12 mois</b>	<b>1é mois</b>	<b>Pharmacie de la santé publique</b>  Programme national de lutte contre la tuberculose
Réaliser une étude sur la résistance bactérienne aux antituberculeux	Résultats de l'étude disponible	0	1	1	Programme national de lutte contre la tuberculose (MSP")  Laboratoire national de référence

Organiser la surveillance des souches MDR.	Répertoire des malades présentant une MDR disponible et accessible	0	1	1	Programme national de lutte contre la tuberculose (MSP)  Laboratoire national de référence  Partenaires ( RETROCI, CEDRES, OMS)
Réaliser une étude sur la conversion bacillaire au 2 <sup>ème</sup> mois après l'introduction du nouveau schéma thérapeutique.	Rapport disponible	0	1	1	LNR PNLT Partenaires ( RETROCI, CEDRES, OMS)
Réaliser une étude sur le devenir des malades transférés.	Rapport disponible	0	1	1	PNLT MCCAT Directeur départementaux
Equiper en matériel informatique la coordination du programme (9 CAT régionaux et 5 ONG )	Nombre d'ordinateurs informatique	0	16	16	DIEM PNLT
Réhabiliter le siège du Programme National de Lutte contre la Tuberculose.	<i>Le siège du PNLT est réhabilité</i>	0	1	1	PNLT ( service approvisionnement ) DIEM (MSP)
.Former les médecins des CAT/PPH/LNR et des responsables des services de surveillance épidémiologique à la recherche opérationnelle, 50 personnes en 5 sessions de 6 jours.	<i>Nombre de personnes formées</i>	0 0	2 20	5 50	PNLT Institut national de santé publique UICTMR
Recruter un informaticien statisticien pour mettre en place le système informatique et la gestion des données.	Contrat d'embauche signé	0	1	1	Programme national de lutte contre la tuberculose
Recruter un assistant administratif pour le compte de la coordination du programme	Contrat d'embauche signé	0	1	1	Programme national de lutte contre la tuberculose
Organiser une réunion annuelle d'évaluation des activités de tuberculose avec 30 personnes comprenant les médecins de CAT et les partenaires du PNLT sur 4 jours.	Nombre de rapports annuels disponibles	1	2	3	PNLT  Partenaires ONG

Organiser 9 réunions annuelles d'évaluation des activités régionales pendant 4 jours, 20 participants / région.	Nombre de rapports annuels régionaux disponibles	0	9	18	DR DD MCAT PNLT ONG
Equiper la coordination nationale et les 9 coordinations régionales en 11 véhicules de supervision	Nombre de véhicules livrés	0	11	11	PNLT ( service approvisionnement ) DIEM (MSP)
Equiper 9 CAT de région en Motos de supervision	Nombre de motos livrés	0	9	9	DIEM PNLT

<b>Objectif:3</b>	<b>Impliquer la communauté dans la lutte contre la tuberculose</b>				
<b>Activités générales</b>	<b>Indicateurs de procédure/produit</b>  (un par activité) (Voir l'annexe II)	<b>Base</b>	<b>Objectifs chiffrés</b>		<b>Institutions responsables/chargées de l'exécution</b>
		<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	
Répertorier les associations, leurs activités et faire un diagnostic communautaire	Nombre d'ONG répertoriés	2	4	6	PNLT ONG
Réviser le plan quinquennal de lutte contre la tuberculose	Plan quinquennal révisé, disponible et mise en œuvre	0	1	1	PNLT ( service prise en charge et prévention ) Direction de la santé communautaire (MSP) ONG Partenaires ( OMS, )
Produire les supports didactiques et pédagogiques pour l'IEC	Nombre de supports didactiques et pédagogiques disponibles		15 000 affiches 25 000 dépliants	10 000 affiches 25 000 dépliants	PNLT ONG OMS
Equiper en matériels audiovisuels la coordination du programme, 9 CAT et les ONG	Nombre de CAT équipé en matériel audio visuel	0	9	9	PNLT ( service approvisionnement ) ONG
Former 650 auxiliaires de santé ( 200 ASC , 200 relais communautaires, 200 volontaires des ONG 50 tuberculeux guéris en tenant compte du genre) chaque année	Nombre de personnes formées  ASC Relais communautaires Volontaires Tuberculeux guéris	15	200 200 200 50	400 400 400 100	PNLT ONG  MLS OMS
Organiser 3 séances de sensibilisation par mois et par 6 ONG	Proportion de séances de sensibilisation planifiées et réalisées	0	100%	100%	ONG Partenaires

Sensibiliser et former 6500 enseignants du primaire des districts pendant 5 ans à raison de 1300 enseignants par an.	Nombre d'enseignants sensibilisés et formés	0 0	1300	2600	ONG Partenaires PNLT ( service prise en charge et prévention ) MLS
Mettre en place un cadre de concertation avec les partenaires intervenant dans la lutte contre la tuberculose	Cadre de concertation mis en place et fonctionnel	0	1	1	PNLT ( service prise en charge et prévention ) Direction de la santé communautaire (MSP) ONG Partenaires MLS
Organiser le suivi communautaire des malades à l'administration des médicaments antituberculeux sous supervision directe	Nombre d'ONG assurant le suivi communautaire	2	6	8	ONG PNLT Médecins chefs de district
Superviser les activités <sup>6</sup> des ONG 1 fois par trimestre.	Proportion de supervisions planifiées et réalisées	<b>100 %</b>	100 %	100 %	Médecins chefs de district
Former 200 agents des cliniques privées à la prise en charge de la tuberculose selon la stratégie DOTS à raison de 40 / an sur 5 ans, en 2 sessions de 3 jours.	Nombre de personnes formées	0	100	100	PNLT ( service prise en charge et prévention ) Médecins chef de district  Médecin chef de CAT
Réaliser une étude d'évaluation du traitement directement observé dans les zones couvertes.	Rapport d'évaluation disponible	0		1	Programme national de lutte contre la tuberculose Médecin chef du centre antituberculeux régional Médecin chef de district ONG
Editer et diffuser un bulletin d'information trimestriel sur la tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA	Nombre de numéro de bulletin diffusé	0	4	8	PNLT ( service prise en charge et prévention ) Direction de la promotion de la santé ONG
Organiser des émissions de sensibilisation dans les médias une fois par trimestre	Nombre d'émissions réalisées et diffusées	0	4	8	PNLT ( service prise en charge et prévention ) Direction de la promotion de la santé ONG et partenaires MLS

<sup>6</sup> Activité pris en compte par le budget de l'état  
Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial

**28. Expliquez en quoi la composante ajoute ou complète des activités déjà entreprises par les autorités publiques, les donateurs extérieurs, le secteur privé ou tout autre partenaire concerné:**

La présente proposition émane du plan stratégique et vient compléter les lacunes suivantes : Retard dans l'extension de la stratégie DOTS qui ne couvre que 20 districts sur 65.

La mise en œuvre du plan stratégique quinquennal élaboré pour la période 2001-2005 a vu son exécution ralentie par la situation socio-économique et politique vécue dans la période 2000-2002. Ce plan qui reposait sur l'acquisition d'équipement et l'extension de la stratégie DOTS dans tous les districts du pays a été partiellement exécuté à cause de la suspension de l'aide extérieure. Seuls les appuis techniques de l'OMS , de l'UICMR , du projet RETROCI et du CNACI ont permis de soutenir l'effort insuffisant de l'Etat.

L'extension de la stratégie DOTS va renforcer la politique générale qui consiste à renforcer les districts .

**29. Décrivez brièvement comment la composante répond aux préoccupations suivantes (1 paragraphe par point):**

**29.1. Le concours des bénéficiaires comme les personnes atteintes du VIH/SIDA:**

La contribution des anciens malades tuberculeux, comme pairs -éducateurs sera réalisée par leur formation et leur intégration aux activités des associations communautaires.

**29.2. La participation des communautés:**

La participation des communautés se fera par la formation dans les écoles , par la sensibilisation dans les communautés et à travers les mass média, par la formation des volontaires et relais communautaires.

**29.3. Les questions d'égalité des sexes (Lignes directrices, paragraphe IV.53):**

Les membres des associations féminines seront sensibilisés et formés pour donner plus de chance de succès au suivi et au soutien des malades dans la communauté.

**29.4. Les questions d'égalité sociale (Lignes directrices, paragraphe IV.53):**

En milieu urbain ou rural, les malades sont issus des milieux pauvres et défavorisés. La gratuité des médicaments antituberculeux distribués aux malades sera maintenue. De même que, les consultations pour le suivi du traitement des tuberculeux seront toujours gratuites.

**29.5. Le développement des ressources humaines:**

Le recyclage permettra de renforcer les compétences du personnel de santé. Il s'agit de garantir la pérennité en investissant dans la formation.

**29.6. Pour les composantes concernant des médicaments et remèdes essentiels, décrivez quels produits et protocoles de traitement seront utilisés et comment une utilisation rationnelle sera garantie (notamment pour maximiser l'adhésion au programme et suivre les réticences), (Lignes directrices par. IV.55), (1-2 paragraphes):**

Les protocoles de traitement utilisés pour les nouveaux cas de tuberculose sont :

2RHZE/4RH ( Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide +,Ethambutol ) pendant 2 mois puis Isoniazide +Rifampicine pendant 4 mois.

Les cas de retraitement utilisent le protocole

2RHZES/1RHES/5RHE ( Rifampicine , Isoniazide , Pyrazinamide ,Ethambutol , streptomycine )

Les malades présentant les souches MDR reçoivent : l'ofloxacin la kanamycine , le pyrazinamide le PAS, la cyclosérine et l'éthionamide pendant 3 mois et. l'ofloxacin le PAS, la cyclosérine ,l'éthionamide pendant 18 mois.

L'achat des médicaments sera fait par la pharmacie de la santé publique (PSP). Le stockage se fera à trois niveaux. Au niveau central, la pharmacie du centre antituberculeux régional d'Adjamé est le lieu de stockage

. Les pharmacies des centres antituberculeux régionaux s'approvisionnent dans ce centre. Elles approvisionnent à leur tour les centres de diagnostic et de traitement des districts.

#### **SECTION IV – Champ d'application de la proposition**

**23. Identifiez la composante détaillée dans cette section** (marquez d'une croix):

Tableau IV.23

Composante (marquez d'une croix):	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA
	<input type="checkbox"/>	Tuberculose
	<input checked="" type="checkbox"/>	Paludisme
	<input type="checkbox"/>	HIV/TB

#### **24) Bref résumé des composantes**

Ce projet de renforcement des activités de contrôle de l'endémie palustre se déroulera dans les districts sanitaires où sont déjà mis en œuvre des activités de lutte contre le paludisme mais qui nécessitent pour l'atteinte de leurs objectifs un appui institutionnel et matériel.

**Le but** de ce projet est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité imputables au paludisme et plus particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

**Ses objectifs spécifiques** sont : l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme et le renforcement de la prévention contre le paludisme,

**Les résultats attendus d'ici 2007** en rapport avec l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme sont qu'au moins 80 % des malades du paludisme reçoivent un traitement antipaludique correcte, qu'au moins 80% des laboratoires des hôpitaux des districts confirment les diagnostics de paludisme conformément à la politique nationale ; tandis que les résultats attendus du renforcement de la prévention contre le paludisme seraient qu'au moins plus de la moitié des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de 5 ans reçus en consultation dorment sous une moustiquaire imprégnée et qu'au moins 60% des femmes enceintes fréquentant les centres de consultations maternelles et infantiles suivent une protection médicamenteuse correcte

**La mise en œuvre** des activités planifiées, leur suivi, et leur évaluation seront exécutés dans un cadre décentralisé prenant en compte les différents niveaux du système sanitaire c'est à dire central, régional et du district, intégrant sur le terrain les autres activités de lutte contre la maladie notamment le sida au niveau des consultations prénatales ( transmission mère enfant), au niveau des laboratoires avec la tuberculose. Cette mise en œuvre sera multisectorielle avec un développement de partenariat prenant en compte le public, le privé, les ONG, les instituts de recherche, les universités, la coopération bilatérale et multilatérale, avec une large implication des communautés bénéficiaires dont la participation détermine leur adhésion et conditionne le succès et la pérennisation des activités. La supervision se fera avec des équipes pluridisciplinaires pour ces 3 pathologies

25) **Durée estimée de la composante**

De Janvier 2003

A Décembre 2007

26.1 **But et impact attendu**

<b>But</b>	Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité imputable au paludisme et plus particulièrement chez les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes.		
	<b>Indicateurs d'impact d'ici 2006</b>	<b>Base Année 2002</b>	<b>Objectif chiffré Année 2007</b>
	Taux de femmes enceintes anémiées	60%	30%
	Taux d'enfants de faible poids de naissance	20%	10 %
	Taux de létalité hospitalière dans les services de pédiatrie	3 %	1.5 %
	Taux brut de morbidité parmi le groupe cible	70%	30%

27. **Objectifs et résultats attendus**

<b>Objectif 1</b>	<b>Améliorer la prise en charge des cas de paludisme</b>					
<b>Indicateurs de résultats / couverture</b>	<b>Base</b>	<b>Objectifs chiffrés</b>				
	<b>Année 2002</b>	<b>Année 2003</b>	<b>Année 2004</b>	<b>Année 2005</b>	<b>Année 6 2006</b>	<b>Année7 2007</b>
% des malades du paludisme recevant un traitement antipaludique correcte	55%	60%	65 %	70 %	75%	80%
% des laboratoires des hôpitaux des districts confirmant le diagnostic de paludisme conformément à la politique nationale	47%	55%	60%	65%	70%	80%

<b>Objectif 2</b>	<b>Renforcer la prévention contre le paludisme,</b>					
<b>Indicateurs de résultats / couverture</b>	<b>Base</b>	<b>Objectifs chiffrés</b>				
	<b>Année 2002</b>	<b>Année 2003</b>	<b>Année 2004</b>	<b>Année 2005</b>	<b>Année 6 2006</b>	<b>Année7 2007</b>
% des femmes enceintes fréquentant les centres de consultations maternelles et infantiles et qui suivent une protection médicamenteuse correcte	46%	50%	55%	60%	65%	75%
% des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de 5 ans reçus en consultation et dormant sous une moustiquaire imprégnée	15%	20%	25%	30%	40%	60%

## 27.1 Activités générales relatives à chaque objectif spécifique et résultat attendu

Objectif 1	Améliorer la prise en charge des cas de paludisme				
Activités générales	Indicateurs procédure /produit	Base	Objectifs chiffrés		Institutions responsables/chargées de l'exécution
		2002	2003	2004	
Identifier les relais communautaires des 65 districts	Nombre de relais communautaires	674	650	650	ECD
Organiser des sessions de formations des relais communautaires	Nombre sessions	27	26	26	ECD, PNLP, DRS,
Former les formateurs des relais communautaires (3 sessions par district)	Nombre de formateurs formés	65	65	0	PNLP, DR, Districts
Former les ASC	Nombre d'ASC formés	674	650	650	PNLP, DR, District
Recycler les techniciens de laboratoire aux techniques de diagnostic biologique du paludisme	Nombre de techniciens recyclés	78	60	60	ECD, PNLP, IPCI
Recycler 30 agents de santé (IDE/SF) en 2 sessions par district par an)	Nombre d'agents de santé formés	541	1950	1950	ECD, PNLP, DRS, Fonds Global
Former 30 accoucheuses traditionnelles par district aux activités de lutte antipaludique ( 2 sessions par district par an)	Nombre d'accoucheuses traditionnelles formées	0	1950	1950	ECD, PNLP, DRS
Équiper 30 laboratoires de référence de 30 districts sanitaires en : -giemsa 1 l -méthanol ( 500 ml) -lames -huile à immersion (500) -microlances -chevalets-bac à coloration -microscopes -compteur mécanique à 3 unités ( compte cellules )	Nombre de laboratoires équipés				ECD,PSP,PNLP
		65	30	30	
		130	30	30	
		150	150	150	
		65	30	30	
		150	150	150	
		30	30	30	
		30	30	30	
		30	30	30	
Équiper les ASC et les structures associatives en caisses à pharmacie et en moustiquaires	Les bordereaux de livraison	50	650	650	ECD, PNLP-ONG partenaires bilatéraux et multilatéraux
Équiper les structures de coordination en logistique (2 ordinateurs portables) et en matériel roulant (1 véhicule 4 x 4)	Les bordereaux de livraison	0 (portable) 1 véhicule	2 1	0 0	PNLP
Approvisionner régulièrement les PMI en Sulfadoxine-Pyriméthamine	Nombre de jours de rupture par an et par structure	00	00	00	PSP, District sanitaire, ECD, PNLP
Développer les supports de communications	Nombre de support développés	1 0	3 65	0 0	ECD, DRS, PNLP
Sensibiliser les femmes enceintes aux respects des prises de médicaments prescrits,	Nombre de femmes enceintes qui prennent correctement les médicaments prescrits	404800	440000	484000	District, Médecins, IDE, SFDE, ASC
Suivi et supervision des activités par an - PNLP : 2 - DRS : 45 - ECD : 195 - IDE : 390	Rapports de suivi et de supervision	0	1 15 65 390	2 45 195 390	ECD, DRS, PNLP

Évaluation des activités	Rapports d'évaluation	1	0	1	ECD, DRS, PNLP, DSC
Réaliser les recherches opérationnelles planifiées en appui à la prise en charge des cas de paludisme (efficacité des antipaludiques, observance du traitement et études comportementales)	Nombre de recherches opérationnelles réalisées	3	3	3	PSP, Institut Pierre Richet Universités

<b>Objectif 2</b>		Renforcer la prévention contre le paludisme			
<b>Activités générales</b>	Indicateurs procédure /produit	Base Objectifs chiffrés			Institutions responsables/ chargées de l'exécution
		2002	2003	2004	
Création de 10 nouveaux sites d'imprégnation par an par district	Le nombre de sites d'imprégnation opérationnels	125	650	650	PNLP/District sanitaire
Identifier les relais communautaires par village	Nombre de relais communautaires identifiés	674	650	650	ECD
Organiser des sessions de formations des relais communautaires	Nombres de sessions organisées	27	26	26	ECD, PNLP, DRS, Fonds Global
Former les formateurs de district	Nombre de formateurs formés	65	65	65	PNLP, DR, District
Former les ASC	Nombre d'ASC formés	674	650	650	PNLP, DR, District
Former les agents d'hygiène municipaux et techniciens d'assainissement à l'identification et aux traitements des gîtes larvaires	Nombre d'agents formés	31	65	65	PNLP, DR, District
Former les membres des structures associatives et communautaires, y compris les ONG	Nombre de membres formés	98	195	195	ONG. District PNLP.
Introduire les moustiquaires imprégnées dans les kits de grossesse pour les CPN	Nombre de centres de consultation prénatale avec kits moustiquaires imprégnés	0	700 000	700 000	PNLP, District/PMI
Équiper les ASC et les structures associatives en boîte à images (650/an), en moustiquaires (16 250/an) et en matériels d'assainissements (650/an)	Bordereaux de livraison - boîtes à images - MI - Matériel d'assainissement	10 0 0	70 3 900 650	70 3 900 650	ECD, PNLP –ONG – partenaires Bilatéraux et multilatéraux
Équiper les structures de coordination en logistique de sensibilisation (1 camion-podium, vidéo-projecteur, caméra, cassette-vidéo, TV grand écran)	Bordereaux de livraison - camion-podium - vidéo-projecteur - caméra - cassette-vidéo - TV grand écran	0 0 0 0 0	1 1 1 70 1	0 0 0 0 0	ECD, PNLP
Développer les supports de communications : spot-TV, spot-radio, affiches, affichettes, dépliants, auto-collants	Nombre de support de communications développés : - spot-TV - spot-radio - affiches - affichettes - dépliants - auto-collants	60 60 4 000 0 0 0	365 160 5 000 10 000 10 000 10 000	365 160 5 000 10 000 10 000 10 000	ECD, DRS, PNLP

Sensibiliser les femmes enceintes aux respects des prises de médicaments prescrits,	Nombre de femmes enceintes qui prennent correctement les médicaments prescrits	204 000	204 000	210 000	District, Médecins, IDE, SFDE, ASC, ONG
Sensibiliser, Mobiliser les communautés	Rapports de sensibilisation	0	3 900	3 900	ASC, leaders communautaires, ONG, ECD, DRS, PNLP
Disponibiliser 1 300 moustiquaires imprégnés auprès des 65 districts	Nombre de moustiquaires imprégnés distribués	240	1 300	1 300	PSP, PNLP, District
Suivi et supervision des activités par an : - PNLP : 2 - DRS : 45 - ECD : 195	Rapports de suivi et de supervision	1 15 65	2 45 195	2 45 195	ECD, DRS, PNLP
Évaluation des activités	Rapports d'évaluation	1	0	1	ECD, DRS, PNLP, DSC, ONG
Organiser un atelier de consensus après deux ans de mise en œuvre (suivi chimiosensibilité)	Le rapport d'atelier	0	0	1	ECD, DRS, PNLP, DSC,
Réaliser les activités de recherche opérationnelle d'appui à la prévention (acceptabilité de la moustiquaire, études comportementales, efficacité chimioprophylaxie et insecticides )	Le nombre de recherche menées	3	3	3	PNLP/District Université et Institut de recherche

## 28) Ajout ou complément de la composante aux activités déjà entreprises.

Ces activités financées viendront renforcer celles déjà existantes :Prise en charge correcte des cas de paludisme dans les formations sanitaires et au niveau communautaire ;la prévention du paludisme à travers la chimioprophylaxie chez les sujets à risque et la lutte antivectorielle avec l'assainissement et la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnés.

Ce fond permettra :

-Un meilleur appui des laboratoires au diagnostic biologique du paludisme . Ces laboratoires qui ont reçu leurs derniers microscopes du programme depuis 1992 grâce à l'USAID, connaissent aussi des ruptures fréquentes de réactifs

-Une amélioration de l'accessibilité géographique et financière de la population aux antipaludiques et à la moustiquaire imprégnée car le renforcement des activités à base communautaire et l'implication des différents partenaires vont fortement soulager plus de la moitié de la population qui ne dispose pas encore d'un établissement sanitaire dans un rayon de moins de 5 Km,

-une promotion/sensibilisation plus accrue sur la prévention du paludisme pour une meilleure observance de la chimioprophylaxie chez la femme enceinte, protégeant ainsi les deux cibles les plus vulnérables :la femme enceinte et son enfant

-Une amplification des activités de lutte contre la reproduction des gîtes larvaires (assainissement ) avec mise en place de brigades de salubrité en collaboration avec les ONG et le Ministère de l'environnement.

-Une prise en charge correcte et précoce des cas de paludisme nettement améliorée au niveau communautaire

-l'intégration des activités et le développement de l'inter et de l'intrasectorialité au niveau des 3 maladies cibles.

Ce projet résoudra en outre l'insuffisance du niveau de réalisation des activités liée au retard dans la mise en place et le décaissement des fonds de l'Etat et des partenaires. Il permettra aussi d'amplifier les interventions au niveau communautaire, de contribuer à la lutte contre la pauvreté

## 29) Description brève de la manière dont la composante répond aux préoccupations suivantes :

### 29.1 Concours des bénéficiaires

Les bénéficiaires sont entièrement impliqués comme partenaires privilégiés dans la mise en œuvre du projet.

### 29.2 Participation des communautés

Les communautés participeront à ce projet en termes de sensibilisation, de prise en charge communautaire, d'évaluation et de suivi, de promotion de la moustiquaire, de recouvrement des coûts des actes de santé, dans l'achat des moustiquaires imprégnées et les frais de re-imprégnation des moustiquaires.

L'acceptation des ASC à leurs domiciles et le suivi correct des conseils des agents de santé et des ASC garantissent les résultats attendus et déterminent l'adhésion des populations aux différentes stratégies mises en œuvre.

### 29.3 Questions d'égalité de sexe

Le paludisme touche tous les sexes avec la même fréquence. Toutefois le projet met un accent particulier sur les couches vulnérables (les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans) pour lesquelles la prévention et l'accès aux soins se situent encore en deçà de ce qui est accordé aux autres catégories.

### 29.4 Questions d'égalité sociale

Pour permettre à toutes les couches sociales du pays d'arriver à se soigner, le recouvrement des coûts des actes se fait autour des médicaments essentiels à coût réduit et de moustiquaires imprégnées bénéficiant d'un hors taxe et hors douane. L'accessibilité financière de la population à nos interventions reste une préoccupation permanente

### 29.5 Développement des ressources humaines

Le projet permettra de renforcer les capacités des ressources humaines au niveau central, régional, départemental et des communautés bénéficiaires (ASC, RC, femmes enceintes, père de famille).

### 29.6 Description des produits et protocoles de traitements utilisés

#### 29.6.1 Médicaments et remèdes essentiels

- **Kit de grossesse** : Les moustiquaires imprégnées seront incluses dans les kits de grossesse qui seront livrés à moindre coût aux femmes enceintes lors des CPN1
- Les insecticides et le matériel d'imprégnation seront disponibles au niveau des sites d'imprégnation. L'imprégnation et la re imprégnation se feront à un coût accessible
- Les caisses à pharmacie seront tenues par les relais communautaires dont les activités (la prise en charge des cas de paludisme et la gestion des stocks) seront supervisés par les IDE, ECD.

#### 29.6.2 Protocoles de traitement

Les produits et les médicaments intéressés dans ce programme sont :

- la chloroquine
- la sulfadoxine-pyriméthamine
- les moustiquaires imprégnées
- les insecticides
- kit d'imprégnation , kit à pharmacie
- Chloroquine , c'est un protocole de l'OMS qui donne une dose de 25 mg/kg répartie sur trois jours  
1<sup>er</sup> jour et 2<sup>ème</sup> jour 10mg/kg, 3<sup>ème</sup> jour 5mg/kg

Chez la femme enceinte un traitement curatif initial à la 1<sup>ère</sup> consultation prénatale suivie de doses préventives de 5mg/kg jusqu'à deux mois après l'accouchement est conseillée.

- La sulfadoxine-pyriméthamine est utilisée à raison de 1 comprimé pour 20 kg de poids. Chez la femme enceinte elle est conseillée à partir du deuxième trimestre de la grossesse en traitement présomptif intermittent.

- La moustiquaire imprégnée disponible au niveau des structures sanitaires publiques selon le circuit de la PSP est vendue à la population à 3500 F l'unité pour les adultes et à 1500 F pour berceau. Quand à leur acceptabilité des études sont faites dans ce sens pour déterminer les facteurs socioculturels qui entravent leur utilisation massive. Les résultats de ces études serviront pour lever ces barrières culturelles.

Par rapport aux insecticides et aux médicaments, les supports didactiques seront à la disposition des ASC après les formations pour les rappels des protocoles et des directives seront élaborés et diffusés.

Les médicaments antipaludiques, les insecticides, les moustiquaires imprégnées, les réactifs des laboratoires sont achetés à travers le circuit de la pharmacie de la Santé Publique (PSP) : qui les stocke et les distribue dans les formations sanitaires.

## **SECTION V – Informations budgétaires**

**30. Indiquez en résumé les ressources financières demandées au Fonds mondial par année et par catégorie budgétaire, (Veuillez vous reporter aux Lignes directrices, paragraphes V.56 – 58):**

(en dollars)

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
<b>PALUDISME</b>						
<b>Autres (sensibilisation, mobilisation sociale)</b>	208	143	143	143	143	780
<b>Equipements et infrastructures</b>	263 864	12 607	2 321	2 321	2 321	283 434
<b>Formation</b>	367 509	346 249	67 891	67 891	67 891	917 431
<b>Frais administratifs</b>	1 429	1 429	1 429	1 429	1 429	7 145
<b>Marchandises et produits</b>	3 102 202	3 080 071	3 056 270	3 054 270	37 619	12 330 432
<b>Médicaments</b>	32 786	32 786	0	0	0	65 572
<b>Monitoring et Evaluation</b>	6 571	17 584	6 571	6 571	17 584	54 881
<b>Ressources humaines</b>	99 349	91 721	31 557	31 557	31 578	285 762
<b>TOTAL</b>	<b>3 873 918</b>	<b>3 582 590</b>	<b>3 166 182</b>	<b>3 164 182</b>	<b>158 565</b>	<b>13 945 437</b>
<b>TOTAL 2 premières années</b>	<b>7 456 508</b>					
<b>TUBERCULOSE</b>						
<b>Autres</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Equipements et infrastructures</b>	859 280	43 200	37 286	34 286	34 286	1 008 338
<b>Formation</b>	383 568	345 582	335 531	397 338	335 531	1 797 550
<b>Frais administratifs</b>	61 714	66 107	61 214	61 807	61 807	312 649
<b>Marchandises et produits</b>	70 493	75 144	72 708	77 101	77 494	372 940
<b>Médicaments</b>	439 985	483 942	547 936	583 439	619 565	2 674 867
<b>Monitoring et Evaluation</b>	227 485	177 562	164 583	166 640	168 698	904 968
<b>Ressources humaines</b>	111 643	73 046	71 314	61 637	61 860	379 500
<b>TOTAL</b>	<b>2 154 168</b>	<b>1 264 583</b>	<b>1 290 572</b>	<b>1 382 249</b>	<b>1 359 241</b>	<b>7 450 813</b>
<b>TOTAL 2 premières années</b>	<b>3 418 751</b>					
<b>VIH/SIDA</b>						
<b>Autres</b>	33 571	35 571	35 571	38 571	38 571	181 855
<b>Equipements et infrastructures</b>	2 651 590	2 562 276	575 710	551 132	298 561	6 639 269
<b>Formation</b>	1 757 176	799 536	938 393	650 537	647 123	4 792 765
<b>Frais administratifs</b>	253 169	257 741	236 627	236 627	236 627	1 220 791
<b>Marchandises et produits</b>	321 363	228 026	200 954	205 954	148 946	1 105 243
<b>Médicaments</b>	6 027 143	10 324 285	14 664 286	18 994 292	23 325 714	73 335 720
<b>Monitoring et Evaluation</b>	369 600	360 600	385 600	435 600	435 600	1 987 000
<b>Ressources humaines</b>	560 251	345 643	343 871	345 371	345 371	1 940 507
<b>TOTAL</b>	<b>11 973 863</b>	<b>14 913 678</b>	<b>17 381 012</b>	<b>21 458 084</b>	<b>25 476 513</b>	<b>91 203 150</b>
<b>TOTAL 2 premières années</b>	<b>26 887 541</b>					

(en dollars)

Tableau V.30

<b>TOTAL DES TROIS COMPOSANTES</b>						
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAL
<b>Autres</b>	33 779	35 714	35 714	38 714	38 714	182 635
<b>Equipements et infrastructures</b>	3 774 734	2 618 083	615 317	587 739	335 168	7 931 041
<b>Formation</b>	2 508 253	1 491 367	1 341 815	1 115 766	1 050 545	7 507 746
<b>Frais administratifs</b>	316 312	325 277	299 270	299 863	299 863	1 540 585
<b>Marchandises et produits</b>	3 494 058	3 383 241	3 329 932	3 337 325	264 059	13 808 615
<b>Médicaments</b>	6 499 914	10 841 013	15 212 222	19 577 731	23 945 279	76 076 159
<b>Monitoring et Evaluation</b>	603 656	555 746	556 754	608 811	621 882	2 946 849
<b>Ressources humaines</b>	771 243	510 410	446 742	438 565	438 809	2 605 769
<b>TOTAL</b>	<b>18 001 949</b>	<b>19 760 851</b>	<b>21 837 766</b>	<b>26 004 515</b>	<b>26 994 319</b>	<b>112 599 399</b>
<b>TOTAL 2 premières années</b>	<b>36 407 935</b>					

**30.1. Pour les médicaments et les marchandises/produits, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous les coûts unitaires, les quantités et les coûts totaux, pour LA PREMIERE ANNEE UNIQUEMENT:**

COMPOSANTE VIH/SIDA

Tableau V.30.1

Article/objet	Coût unitaire (USD)	Quantités (comprimés/ boîte)	Coût total (USD)
Zidovudine 300 mg	0.80 \$	60 comprimés/boîte	48 \$ / mois
Didanosine 50 mg	0.17 \$	60 comprimés/boîte	10.2 \$ / mois
Didanosine 100 mg	0.22 \$	60 comprimés/boîte	13.2 \$ / mois
Didanosine 150 mg	0.32 \$	60 comprimés/boîte	19.2 \$ / mois
Didanosine 200 mg	0.45 \$	60 comprimés/boîte	27 \$ / mois
Stavudine 30 mg	0.07 \$	56 comprimés/boîte	3.9 \$ / mois
Stavudine 40 mg	0.08 \$	56 comprimés/boîte	4.5 \$ / mois
Lamivudine 150 mg	0.32 \$	60 comprimés/boîte	19 \$ / mois
Abacavir	1.83 \$	60 comprimés/boîte	110 \$ / mois
Zidovudine/lamivudine 300/150 mg	1.03 \$	60 comprimés/boîte	62 \$ / mois
Zidovudine/lamivudine/abacavir	3.26 \$	60 comprimés/boîte	196 \$/mois
Névirapine 200 mg	-	60 comprimés/boîte	
Efavirenz 200 mg	0.50 \$	90 comprimés/boîte	45 \$ / mois
Saquinavir (invirase) 200 mg	0.21 \$	270 comprimés/boîte	58 \$ / mois
Saquinavir (fortovase) 200 mg	?	180 comprimés/boîte	
Indinavir 400 mg	0.30 \$	180 comprimés/boîte	54 \$ / mois
Ritonavir 100 mg	0.18 \$	84 comprimés/boîte	15 \$ / mois
Nelfinavir 250 mg	1.01 \$	270 comprimés/boîte	273 \$ / mois
Nelfinavir soluté (50 mg/g)		1 flacon	10 \$ / mois
Lopinavir/ritonavir (133/33 mg)		1 boîte	331 \$ / mois

Pour les principales combinaisons d'ARV dont les prix ont baissé depuis mars 2001, le prix mensuel d'une trithérapie varie entre 72 \$ et 115 \$ avec une moyenne de 107 \$ par mois.

Au total, pour 5 000 patients traités pendant la première année, le coût total est de 6 420 000 \$

COMPOSANTE TUBERCULOSE

Tableau V.30.1

Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial

Article/objet	Coût unitaire (USD)	Quantités (précisez l'unité)	Coût total (USD)
RH300 (cp)	0.01	480 000	24 686
RHZ (cp)	0 .06	384 000	21 943
E400 (cp)	0.02	288 000	6 994
KANAMYCINE (fl)	0.36	3 600	1 306
PAS (cp)	0.69	75 600	52 488
ETHINAMIDE (cp)	0.82	75 600	62 208
CYCLOSERINE (cp)	3.11	75 600	235 008
PYRAZINAMIDE (cp)	0.04	100 800	4 176
OFLOXACINE (cp)	0.62	50 400	31 176

### **COMPOSANTE PALUDISME**

Article / objet	Coût unitaire (\$ US)	Quantités	Coût total (\$ US)
Sulfadoxine-Pyriméthamine 500-25mg/cp blister	0,01	2 550 000	25 500
Moustiquaire imprégnée	4,29	703 900	3 019 731
<b>Matériel de Laboratoire :</b>			0
compteur mécanique à 3 unités	208,33	1	208
Giemsa 1 l	80,00	30	2 400
Méthanol RP	45,43	30	1 362,9
Lames porte-objet	5,00	150	750
huile à immersion 500 ml	90,71	30	2 721,3
Microlance BD	28,57	150	4 285,5
Matériel éducatif	173,86	450	718 237,3
TOTAL			3 134 988

Taux 1USD = 700 Fcfa

**30.2. Dans les cas où les ressources humaines (RH) constituent une part importante du budget, expliquez dans quelle mesure les dépenses en RH renforceront la capacité des systèmes sanitaires au niveau du patient/de la population cible et comment ces salaires seront garantis après la période couverte par la proposition (1 paragraphe):**

#### **Composante Paludisme**

La composante proposée au Fond Mondial mobilisera les ressources humaines :

- Existantes
- Complémentaires (1 spécialiste en sociologie de la santé ; 1 consultant Fonds Global ; 1 secrétaire ; 2 chauffeurs et des ASC / relais communautaires)

1) **Ressources humaines existantes** : le salaire est payé par le ministère de la santé publique.

2) **Ressources humaines complémentaires** :

- \* Consultant spécialiste en sociologie de la santé sera utilisé sous contrat à durée déterminée
- \* Consultant fonds global sera pris en charge par le bureau de coordination mondial

**Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial**

\* 1 secrétaire et 2 chauffeurs auront un traitement lié à la gestion des propositions.

Au terme du cycle, leur rémunération sera assurée par l'Etat

\* Les ASC et les relais communautaires : leur intéressement est inclus dans le fonctionnement des activités du Fonds Global la première année.

Leur prise en charge les années suivantes pendant et après la gestion des stratégies dépendra de la gestion de leurs activités au niveau communautaire (gestion des sites d'imprégnation : sur les 500 FCFA pour l'imprégnation des moustiquaires une partie sera réservée pour la motivation de l'agent imprégnateur et il en est de même du recouvrement fait sur les caisses à pharmacie pour les ASC).

**31. Si vous recevez une subvention de la part d'autres sources que le Fonds mondial pour des activités relatives à cette composante, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous en dollars US la subvention générale reçue au cours des trois dernières années ainsi que celle attendue jusqu'en 2005 (Lignes directrices par. V.62):**

**Contribution de la composante VIH/SIDA en millier de dollars**

Tableau V.31

US\$	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nationale (publique et privée)		1123 , 725	1 166, 363	1 166, 363	1 166, 363	1 166, 363
Extérieure		2918,343	3633,343	3633,343	3633,343	3633,343
<b>Total</b>		<b>4042, 068</b>	<b>4799, 707</b>	<b>4799,707</b>	<b>4799,707</b>	<b>4799,707</b>

**Contribution de la composante tuberculose en millier de dollars**

Tableau V.31

US\$	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nationale (publique et privée)		57,142	85,428	85,428	85,428	85,428
Extérieure		27,000	27,000	377,000	377,000	377,000
<b>Total</b>		<b>84,142</b>	<b>92,428</b>	<b>462,428</b>	<b>462,428</b>	<b>462,428</b>

**Contribution de la composante paludisme en millier de dollars**

Tableau V.31

US\$	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nationale (publique et privée)		291,428	216,428	201,428	201,428	201,428
Extérieure		61,285	330,000	33,000	33,000	33,000
<b>Total</b>		<b>352,713</b>	<b>546,428</b>	<b>234,428</b>	<b>234,428</b>	<b>234,428</b>

**32. Joignez un budget complet et détaillé qui reprend les catégories budgétaires générales indiquées ci-dessus ainsi que les activités des composantes. Le cas échéant, il doit comprendre des coûts unitaires et des quantités.**

Le budget détaillé est joint en annexe (annexe référence 32)

**33. Indiquez dans le tableau ci-dessous comment les ressources nécessaires seront allouées aux partenaires chargés de l'exécution, en pourcentage (Reportez-vous aux Lignes directrices par. V.63):**

**COMPOSANTE VIH/SIDA**

Tableau .33

Allocation des ressources aux partenaires chargés de l'exécution* (%)	Année 1	Année 2	Année 3 (Estimation)	Année 4 (Estimation)	Année 5 (Estimation)	Total
Gouvernement	21%	20%	7%	5%	4%	9,66%
ONG / Org. communautaires	18%	5%	4%	3%	2%	5,21%
Secteur privé	4%	1%	1%	1%	1%	1,39%
Personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose/ du paludisme	3%	2%	1%	1%	1%	1,43%
Organisations universitaires / éducatives	2%	2%	2%	1%	1%	1,49%
Organisations confessionnelles	2%	1%	1%	1%	1%	1,13%
Autres (ARV)*	50%	69%	84%	88%	90%	79,70%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Total en USD</b>	<b>11 973 863</b>	<b>14 913 678</b>	<b>17 381 012</b>	<b>21 458 084</b>	<b>25 476 513</b>	<b>91 203 150</b>

\* L'exécution du budget consacré aux ARV sera confiée à la pharmacie de la santé publique qui est établissement public national. La gestion de cette partie du budget se fera de façon participative avec les ONG et notamment celles de PVVIH.

### **COMPOSANTE TUBERCULOSE**

*Tableau V.33*

Allocation des ressources aux partenaires chargés de l'exécution* (%)	Année 1	Année 2	Année 3 (Estimation)	Année 4 (Estimation)	Année 5 (Estimation)	Total
Gouvernement	87%	83%	81%	81%	81%	<b>82,6%</b>
ONG / Org. communautaires	11%	15%	17%	17%	17%	<b>15,4%</b>
Secteur privé	0,5%	1%	1%	1%	1%	<b>1%</b>
Personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose/ du paludisme						
Organisations universitaires / éducatives	1%					
Organisations confessionnelles	0,5%	1%	1%	1%	1%	<b>1%</b>
Autres (veuillez spécifier)						
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Total en USD</b>	<b>2 154 168</b>	<b>1 264 583</b>	<b>1 290 572</b>	<b>1 382 249</b>	<b>1 359 241</b>	<b>7 450 813</b>

### **COMPOSANTE PALUDISME**

Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial

<b>Allocation des ressources aux partenaires chargés de l'exécution (%)</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
Gouvernement : PNLP DRS DSC ECD CCM	25%	24%	25%	26%	26%	24,98%
ONG / Org Communautaires	39%	42%	42%	42%	42%	41,17%
Secteur privé	1%	2%	1%	1%	1%	1,26%
Personnes atteintes du paludisme	1%	1%	1%	1%	1%	1,00%
Organisations universitaire/ éducatives	24%	26%	26%	25%	25%	25,21%
Organisations confessionnelles	4%	2%	2%	2%	2%	2,56%
Autres	6%	3%	3%	3%	3%	3,83%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Total en USD</b>	<b>3 873 918</b>	<b>3 582 590</b>	<b>3 166 182</b>	<b>3 164 182</b>	<b>158 565</b>	<b>13 945 437</b>

## **SECTION VI – Informations sur la gestion programmatique et financière**

### **34. Décrivez les accords de gestion proposés**

La gestion financière et programmatique sera confiée à une institution financière désignée par le Ministre de l'Economie et des Finances en fonction de son expérience en matière de gestion des projets similaires.

Les relations entre cette institution financière et les autres organes (CCM, groupe technique d'examen de projet, administration locale du fonds) et les sous-bénéficiaires seront définis dans un manuel de procédures administratives, financières et comptables. Les procédures qui seront élaborées permettront d'assurer une gestion décentralisée, transparente, flexible et rapide des ressources du fonds.

Dans ce cadre, l'institution financière aura pour principale mission de recevoir et de centraliser les ressources financières, de les sécuriser et de les mettre à la disposition des porteurs de projets qui auront été agréés par le CCM et après signature des contrats avec les sous-bénéficiaires.

L'institution financière sera responsable de la comptabilité générale, de la comptabilité analytique (par composante et par centre de coût), de la réception des demandes de financement, de la passation des marchés, du règlement des dépenses, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités des sous-bénéficiaires ainsi que de l'élaboration des rapports d'exécution financière des activités financées par le fonds.

Le CCM s'assurera avant tout ordre de décaissement que les montants mis à la disposition des composantes ont fait l'objet de justification.

Ainsi, le rôle de l'institution financière sera entre autre, d'assurer :

- la gestion financière du projet (mobilisation des ressources et règlement des dépenses) sous la supervision du CCM et dans le respect du manuel de procédures ;
- l'assistance aux ONG et autres bénéficiaires dans la gestion des projets ;

- le suivi et l'évaluation du projet en mettant en œuvre le plan de suivi évaluation de composantes décrites dans le manuel d'exécution. Le suivi et l'assistance seront assurés par une équipe pluridisciplinaire de spécialistes qui sera logée en son sein ;
- la tenue de la comptabilité du projet conformément aux règles comptables généralement admises et l'élaboration des rapports d'activités des états financiers et comptables du projet.

Les opérations du projet seront soumises à un double contrôle : un contrôle interne (audit interne) et un contrôle externe (audit externe) exercé par un cabinet d'expertise comptable de renommée internationale.

Les mécanismes de contrôle interne seront décrits dans le manuel de procédures. Ce contrôle, qui sera assuré par les services compétents de l'institution financière, portera non seulement sur les opérations financières mais également sur les procédures d'exécution du programme. La gestion financière sera soumise à un audit externe annuel commandité par le CCM et l'administrateur local du Fonds Mondial. Les différents contrôles qui seront effectués s'étendront aux fonds alloués aux sous-bénéficiaires pour s'assurer de l'utilisation appropriée de ces fonds.

### 34.1 Expliquez la logique à la base des accords proposés).

Les accords proposés devraient permettre la transparence dans la gestion du projet, une meilleure coordination des activités avec une définition claire et lisible des tâches et des responsabilités de chaque intervenant.

### 35. Indiquez votre première et votre deuxième suggestion de bénéficiaire principal (Principal Récipient) (Veuillez vous reporter aux Lignes directrices par. VI.65–67):

Tableau VI.35

	Première suggestion	Deuxième suggestion
<b>Nom du PR</b>	CAISSE AUTONOME D'AMORTISSEMENT (CAA)	Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement
<b>Nom du contact</b>	Victor Jérôme NEMBELESSINI - SILUE (Président Directeur Général)	Ahoua DON MELLO (Directeur Général)
<b>Adresse</b>	01 BP 670 Abidjan 01 Immeuble SCIAM, Av. Marchand, Abidjan – Plateau	04 BP. 945 Abidjan 04
<b>Téléphone</b>	(225) 20 20 98 00	(225) 22.44.28.05
<b>Télécopie</b>	(225) 20 21 35 78	(225) 22.44.56.66
<b>Adresse électronique</b>	<a href="mailto:caadg@aviso.ci">caadg@aviso.ci</a>	<a href="mailto:donmello@bnetd.ci">donmello@bnetd.ci</a>

	Troisième suggestion
<b>Nom du PR</b>	UNOPS
<b>Nom du contact</b>	SARASSORO Fidel
<b>Adresse</b>	01 BP 1784 ABIDJAN 01
<b>Téléphone</b>	(225) 22-40-49-00 / 48-69-09
<b>Télécopie</b>	(225) 22-40-49-49
<b>Adresse électronique</b>	<a href="mailto:fideles@unops.org">fideles@unops.org</a>

**35.1. Décrivez brièvement pourquoi vous croyez que cette (ces) organisation(s) convient (conviennent) particulièrement pour assumer le rôle de Bénéficiaire principal de votre proposition/composante**

35.1.1. La Caisse Autonome d'Amortissement, fondée en 1959, est depuis plus de 40 ans une banque au service du développement de la Côte d'Ivoire et banque conseil du gouvernement ivoirien. Elle est inscrite sur la liste des banques sous le numéro 0092V, donc soumise pour son activité à la réglementation bancaire et au contrôle de la Commission Bancaire et aux autorités monétaires de l'Union Monétaire Ouest Africaine (UMOA). Ses opérations font aussi l'objet de contrôle tant interne qu'externe (cabinet d'expertise comptable et commissaire aux comptes).

Entre autres activités, la CAA est une agence d'exécution de missions contractuelles de service public. A ce titre, la CAA a eu pendant près de 40 ans la gestion de la dette publique (dette intérieure, dette externe). En outre, depuis plusieurs décennies, l'Etat a confié à la CAA notamment, la gestion des ressources destinées au financement de secteurs jugés prioritaires à travers les Fonds nationaux (agriculture, eau et assainissement, emploi salarié et auto-emploi, collectivités locales, habitat, téléphonie rurale, électrification rurale, environnement, etc.), l'animation du Point Focal Opérationnel du Fonds de l'Environnement Mondial (PFO/FEM) et de comités d'octroi de financements à des petites et moyennes entreprises (PME/PMI).

Au total, dans le cadre de ses missions, la CAA a acquis une longue expérience en matière de gestion de projets avec les partenaires au développement, le secteur privé, la société civile, l'administration et les collectivités locales (mobilisation des ressources, passation des marchés, règlements aux bénéficiaires, suivi des financements, suivi et contrôle des projets financés etc.)

35.1.2. Le BNETD, bureau d'études national existant depuis 25 ans, constitue un pôle d'expertise en matière d'études et de maîtrise d'œuvre des grands projets d'investissements publics et privés. Dans ce contexte, il a assuré la gestion, le suivi et l'évaluation de grands projets de développement tels que le Projet d'Appui à la Conduite d'Opérations Municipales (PACOM), le Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH), le Projet BAD-Ouest, le Projet de Développement Urbain, le Programme de Gestion Urbaine (PGU), le Plan Foncier Rural (PFR). A ce titre, en tant que gestionnaire de projet, le BNETD a été ordonnateur des dépenses, les fonds étant logés à la CAA.

35.1.3. L'UNOPS, Agence des NU spécialisée dans la gestion des projets constituerait une alternative aux deux autres propositions de bénéficiaires principaux.

**35.2. Décrivez brièvement comment votre (vos) candidat(s) Bénéficiaire(s) principal(aux) travaillera(ont) avec la CCM et les autres partenaires chargés de l'exécution**

D'une manière générale les relations entre le bénéficiaire principal, le CCM et les autres partenaires chargés de l'exécution du projet seront définies dans un manuel de procédures approuvé par le CCM et le Fonds Mondial. En tout état de cause, le cadre institutionnel ( Décret portant création, organisation, attributions et fonctionnement du CCM) définit clairement le rôle de chaque intervenant.

La CAA ou le BNETD, en tant qu'agence d'exécution, agira conformément aux directives générales du CCM ( organe de décision ) et à l'accord de financement signé avec le Fonds Mondial. Le bénéficiaire principal rendra compte de sa gestion au CCM par des rapports périodiques.

En ce qui concerne les sous-bénéficiaires (porteurs de projets) les relations seront clairement définies dans les contrats qui seront signés avec le bénéficiaire principal . Il s'agit notamment :

- des modalités de décaissement et les délais de règlement ;
- de la supervision, du suivi, du contrôle et de l'évaluation de activités des sous-bénéficiaires ;
- de la présentation par les sous-bénéficiaires de rapports périodiques et des justificatifs de l'utilisation des ressources mises à leur disposition ;
- etc.

**36. Indiquez brièvement les liens entre les accords d'exécution généraux décrits ci-dessus et d'autres accords existants** (y compris, par exemple, des détails sur l'examen annuel et autres échéances). **Si nécessaire, indiquez les domaines pour lesquels vous demandez des ressources supplémentaires au Fonds mondial afin de renforcer les capacités de gestion et d'exécution**, (1–2 paragraphes):

Dans le cadre par exemple, des micro-financements du Fonds de l'Environnement Mondial (FEM), les bénéficiaires sont des communautés de base et des ONG qui bénéficient de ressources sous forme de subventions. Les critères d'éligibilité, de sélection des dossiers et les modalités de décaissement sont identiques à ceux décrits dans les accords généraux proposés.

Des missions périodiques de suivi et de contrôle sont effectuées avant tout décaissement afin de s'assurer de l'exécution et de la réalisation du projet par les bénéficiaires. Un rapport d'évaluation est élaboré à la suite des missions. A la fin du projet, il est élaboré un rapport final.

La CAA, établissement financier, ne disposant pas de spécialistes dans le domaine médical, il faut l'appuyer par une formation en matière de gestion des projets de santé. En outre, il faut aider les ONG dans la formulation et la gestion de leurs projets par des formations appropriées.

## **SECTION VII – Informations sur le monitoring et l'évaluation**

### **37. Esquissez le plan de monitoring et d'évaluation en incluant les informations suivantes,**

Etant donné la nature des épidémies, l'accent sera mis sur la vitesse, sur l'élargissement des programmes existants et le renforcement des capacités, sur l'apprentissage par l'action et une mise en œuvre continue, plutôt que sur une analyse technique exhaustive des différents projets.

#### **37.1. Systèmes d'informations sanitaires actuels et les études en cours ou existantes qui fournissent des informations pertinentes**

Il existe un dispositif de gestion de l'information sanitaire dénommé SIG (Système d'Information et de Gestion), qui dépend de la DIPE (Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation) du MSP. Il est chargé de recueillir les données de routine sur les activités des structures sanitaires et des programmes de santé retenus dans le cadre du PNDS.

Cependant en l'état actuel du système, les items de surveillance du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme sont insuffisants pour suivre et évaluer effectivement les interventions des programmes. Il existe cependant des données de séroprévalence fournies par la surveillance nationale sentinelle des femmes enceintes et des patients tuberculeux. La séroprévalence du VIH chez les professionnelles du sexe est également notifiée chaque année pour Abidjan la capitale économique.

Les Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées régulièrement avec la participation de l'Institut National de Statistique et de l'École Nationale de Statistique et d'Économie Appliquée, permettent de suivre les principaux indicateurs.

Une réorganisation du système d'information est en cours dans le cadre du nouveau système de surveillance épidémiologique. Le Sida, la Tuberculose et le Paludisme font partie des 22 maladies prioritaires retenues pour un contrôle régulier et continu.

Le système d'alerte précoce a comme point focal l'Institut d'Hygiène Publique.

Dans le cadre du suivi des activités du Fonds Global, les deux systèmes seront mis à contribution selon leurs avantages respectifs.

Des formulaires standardisés et simplifiés sont déjà disponibles pour collecter les données et les informations sur les interventions dans les domaines du VIH/SIDA, de la Tuberculose et du Paludisme. Ils seront utilisés pour renseigner les bases de données du Système de Gestion d'Informations, qui sera mis en place pour le suivi-évaluation des projets soumis au Fonds Mondial.

*N.B. : Les formulaires recommandés par l'OMS et l'UICMR pour le recueil des données sur le diagnostic et le traitement de la Tuberculose sont actuellement utilisés. Il est cependant nécessaire de renforcer le processus pour améliorer la complétude et la validation des données.*

Pour le Paludisme, les formulaires de recueil des données sont utilisés et les indicateurs sont validés et régulièrement suivis.

Le programme national de lutte contre le paludisme recueille chaque six mois des informations sur la prise en charge du paludisme ( morbidité, létalité hospitalière, mortalité, imprégnation des moustiquaires).

Les données socioculturelles et la perceptions, leurs comportements et pratiques des populations face au paludisme et à sa prévention et traitement (utilisation de la moustiquaire imprégnée) sont recueillies par des enquêtes CAP et au focus groupe.

Les formulaires de recueil des données pour le VIH/SIDA ont été élaborés avec la collaboration de différents partenaires (OOAS, SFPS-USAID). Ils prennent en compte les modules suivants : Prévention primaire, Soutien psychosocial, Soins palliatifs, Traitement ARV, Formation, Recherche.

#### **37.2. La procédure suggérée, y compris les méthodes et la fréquence de collecte des données**

Le système de suivi et évaluation des interventions dans le cadre du Fonds Mondial s'appuie sur le SIG. Il est constitué par un système de gestion de l'information médicale et par un autre outil spécifique qui fera la collecte, la vérification, la saisie et l'analyse des données relatives aux interventions communautaires et non médicales. L'information médicale peut être recueillie au niveau des structures sanitaires et assimilées par le système actuel géré par le SIG.

Le système spécifique de S&E des interventions communautaires est sous la responsabilité du secrétariat permanent du CNCF-STP qui devra s'appuyer sur les compétences des Directions en

**Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial**

charge du suivi et de l'évaluation aux Ministères délégués chargés de la lutte contre le SIDA et de la Santé, ainsi que sur celles des groupes techniques du CNCF-STP.

Le système aura donc deux composantes : l'une pour le suivi des interventions qui s'appuient directement sur le secteur de la santé (PEC des cas de Tuberculose, PEC des cas de Paludisme, pour le VIH/SIDA : PTME, PEC médical sous ARV, soins palliatifs et des Infections opportunistes; suivi biologique ; sécurité transfusionnelle, ...) ; et l'autre pour le suivi des interventions sectorielles et décentralisées, de prévention primaire et d'éducation pour la santé menées par les secteurs publics, privés et par la société civile (ONGs / OAC) et également pour les interventions communautaires.

L'évaluation des interventions du Fonds se fera par des structures externes, indépendantes du CNF-STP, pour mesurer l'impact des interventions sur les 3 pandémies ( ex. : enquêtes sérologiques et socio-comportementales dites de deuxième génération pour le VIH/SIDA).

Des directives nationales sur les procédures de suivi et évaluation, ainsi que les manuels de suivi et évaluation des programmes SIDA / TUB / PALU sont en cours d'élaboration.

Des formations en suivi et évaluation doivent être effectuées pour les gestionnaires des programmes/projets et pour les exécutants des projets qui soumissionnent au Fonds.

Le système de suivi des interventions retenues dans le cadre du Fonds Mondial est décentralisé : des unités régionales et départementales de gestion des informations sur les interventions sont prévues à ses différents niveaux, suivant l'organisation du système sanitaire actuel, comme prévu par le SIG.

Au niveau départemental les données collectées sur les activités intégrées aux structures sanitaires ou assimilées sont transmises tous les 15 jours ou tous les mois (selon les activités), sous la responsabilité du responsable sanitaire départemental.

Le niveau régional assure la collecte des formulaires de collecte et la saisie des données dans le SIG pour chaque région de manière régulière (mensuelle).

Pour renseigner le SIG au niveau central, des rapports mensuels, trimestriels et annuels doivent être produits.

Pour assurer la rétro-information des bulletins d'informations et autres publications sont prévus. Un site WEB sera fonctionnel (fin 2002) pour accroître la diffusion des informations sur les interventions.

### 37.3. Calendrier

Période couverte par le projet : 2003 - 2007

Janvier – mai 2003 :

- Processus participatif pour intégrer les différentes sources d'information au projet.
- Formation au suivi et évaluation des intervenants par secteur et par Composante
- Consensus sur les indicateurs minimaux du dispositif d'information

Juin 2003 : Finalisation des manuels de procédures de système de suivi-évaluation

Juillet 2003 : début de production des rapports d'activités et de suivi des plans sectoriels

Période couverte par la demande de financement : 2003 - 2007

### Calendrier prévisionnel de recueil des données et informations

Activités	périodicité	responsables
<b>Composante Tuberculose</b>		
Etude de conversion bacillaire au 2 <sup>ème</sup> mois	biennale	PNLT et Unité de suivi évaluation
Etude sur le devenir des malades transférés	2004	PNLT et Unité de suivi évaluation
Etude sur la résistance bactérienne aux antituberculeux	2003-2004	PNLT et Unité de suivi évaluation
Surveillance des souches multirésistantes de bacilles tuberculeux (MDR)	continue	
Révision du plan quinquennal 2001 - 2005	Fin 2005	PNLT

<b>Composante Paludisme</b>		
Surveillance de la létalité hospitalière due au paludisme	bisannuelle	PNLP, Unité de suivi évaluation
Surveillance de la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes venant en CPN		PNLP, Unité de suivi évaluation
Etude sur la résistance aux antipaludéens	2005	PNLP, Unité de suivi évaluation
<b>Composante VIH/SIDA</b>		
Evaluation des algorithmes de PEC	2004	MSP
Surveillance sentinelle chez : les femmes enceintes, porteurs de MST, Tuberculeux, populations exposés (Travailleurs du sexe, étudiants, migrants routiers...)	bisannuelle	MSP, Autres secteurs, PNLT (Transport, Education nationale, ...) et Unité de suivi évaluation
Surveillance sentinelle chez les donneurs de sang	continue	CNTS et unité de suivi évaluation
Etude sur la résistance au Cotrimoxazole	2005	MSP, Universités nationales, autres partenaires
Etude sur la résistance aux ARV	2005	MSP, Universités nationales, autres partenaires
Surveillance du respect des droits humains Rapport de l'observatoire	annuel	RIEDS, RIP, CIREJ
<b>Pour les trois composantes</b>		
Suivi des processus sectoriels (indicateurs de processus, et de résultats)	Mensuel / Trimestriel / Bisannuel	Secteurs concernés et unité de suivi évaluation
Mesures d'impact sanitaire Enquêtes sérologiques et socio-comportementales	Biennale	FHI, INS, ENSEA, Universités nationales, Unité de suivi évaluation
Mesures d'impact social et économique Enquêtes sociales et économiques	Biennale	INS, CIREJ, Universités nationales
Contrôle de la qualité des médicaments par le Laboratoire National de la Santé Publique et Audit du Laboratoire	Biennale	Auditeur externe et unité de suivi évaluation
Audit qualité et audit technique et financière du projet	bisannuelle	Auditeur externe et unité de suivi évaluation

#### **37.4. Rôles et responsabilités dans la collecte et l'analyse des données et des informations :**

Au niveau départemental, le responsable du district a la responsabilité de la collecte des données et des informations et de leur transmission au niveau régional.

Le responsable régional est chargé de la collecte des données des départements et de la saisie des données dans la base régional du SGI.

Au niveau central du SGI, le secrétariat permanent du CNF-STP s'assure que toutes les interventions programmées dans les projets du fonds sont incorporées dans la composante suivi du système. Il est responsable de l'analyse des données primaires et prévoit l'analyse finale par l'agence externe spécialisée dans l'analyse des données.

#### **37.5. Plan d'intéressement de la population cible a la procédure**

Le système prévoit la mise en place d'un observatoire des bénéficiaires (existant, mais a réactiver) et des enquêtes pour recueillir les indices de satisfaction.

**Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial**

Les associations de personnes vivant avec le VIH et les collectif des ONGs sont propriétaires de l'information au même titre que les différents intervenants qui alimentent le dispositif d'informations. La diffusion des informations sur les activités menées dans le cadre du Fonds, ainsi que la publication des résultats obtenus concernera également les populations cibles.

### 37.6. Stratégie du contrôle de qualité et de validation des données

Le contrôle de la qualité des données se fera par le SGI pour les collectes des niveaux périphériques et par l'agence externe spécialisée pour les données agrégées par le SGI. Elle vérifie la complétude et l'exactitude des données collectées.

Une évaluation externe (audit qualité) sera prévue tous les 2 ans.

### 37.7. Utilisation proposée des données du monitoring et de l'évaluation

Le suivi permet d'apprécier le niveau de réalisation des activités programmées dans les différents projets exécutés dans le cadre du Fonds, ainsi que l'affectation réelle des ressources.

Le suivi et la mesure régulière des indicateurs-clés permettent de suivre l'évolution des tendances des pandémies dans la population.

Le suivi et évaluation permettent de déterminer les activités effectives et efficaces qui méritent d'être élargies et celles qui ne le sont pas et doivent être arrêtées ou qui nécessitent un renforcement des capacités.

En terme programmatique, une planification des activités sera faite tous les 2 ans pour chaque secteur en se basant sur les performances.

Les révisions des programmes Paludisme et Tuberculose prévues au cours de la période de mise en œuvre du Fond Mondial, pourront utiliser les données du suivi et évaluation.

**38. Attendu que dans certains cas les demandeurs peuvent ne pas disposer actuellement des capacités suffisantes pour établir et alimenter un système qui produise les données de base et des indicateurs de monitoring et d'évaluation, veuillez préciser, si nécessaire, les activités, les partenaires et les besoins de ressources pour renforcer les capacités de monitoring et d'évaluation.**

### Ressources pour le Suivi-évaluation

*N.B. : La composante VIH/SIDA est encore au stade de la conception pour son système de suivi évaluation. Certains partenaires appuient ce processus (SFPS-USAID ; OOAS ; BM) Par conséquent ses besoins en équipement sont importants.*

Composante VIH/SIDA							
Activités destinées a renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation	Partenaires	Ressources demandées (en milliers de dollars)					
		2003	2004	2005	2006	2007	Total
Processus participatif Set E	SFPS, ENSEA, INS, IPCI, BM, CIREJ, FHI CIREJ, RIP, COSCI	65	15	15	15	15	125
Fonctionnement Unité de suivi évaluation	BM, SFPS	422	191	200	210	210	1233
Formulaire de suivi évaluation	SFPS, ENSEA, INS, IPCI, BM,	15	17	18	19	19	88
Formation du personnel implique	SFPS, BM, DRSE/MLS	15	20	25	30	30	120
Support pour la collecte des données	SFPS, BM, DRSE/MLS	10	12	12	12	12	58
Communication	SFPS, BM, DRSE/MLS	40	50	60	70	70	290
Volet recherche (Enquêtes,	SFPS, ENSEA, INS,	142	285	300	350	350	1427

**Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial**

surveillance épidémiologique)	IPCI, BM, CIREJ, FHI, RETROCI, CIRE, RIP, COSCI						
Volet supervision du système de suivi et évaluation	SFPS, BM, DRSE/MLS, COSCI	20	30	40	40	40	170
Renforcement des capacités	SFPS, BM, DRSE/MLS	15	20	25	30	30	120
<b>Total demandes au fonds mondial</b>	<b>fonds mondial</b>	<b>744</b>	<b>640</b>	<b>695</b>	<b>776</b>	<b>776</b>	<b>3631</b>
<b>Total des autres ressources disponibles</b>	SFPS - USAID	30					
<b>Composante Paludisme</b>							
Activités destinées a renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation	<i>Partenaires</i>	<b>Ressources demandées (x 000 USD)</b>					
		<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
Volet coordination et supervision du système de suivi et évaluation	DRS, District sanitaire, ECD, PNLP, DSC, Unité de suivi évaluation	29	29	29	29	29	145
Etudes d'évaluation	DRS, ECD, PNLP, DSC, Unité de suivi évaluation	93	93	93	93	93	465
<b>Total demandes au fonds mondial</b>	<b>fonds mondial</b>	<b>122</b>	<b>122</b>	<b>122</b>	<b>122</b>	<b>122</b>	<b>610</b>
<b>Total des autres ressources disponibles</b>	PNLP	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	8
<b>Composante Tuberculose</b>							
Activités destinées a renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation	<i>Partenaires</i>	<b>Ressources demandées (x 000 USD)</b>					
		<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
Révision guide de suivi et d'évaluation	OMS, RETROCI, UICTMR, CEDRES,	14.4					14.4
Fonctionnement du système de suivi au niveau communautaire		82	123	123	123	123	574
Volet coordination du système de suivi et évaluation (9 réunions régionales et une réunion nationale / an)		22	22	22	22	22	110
Volet supervision du système de suivi et évaluation des centres de diagnostic		15.6	17.6	19.7	21.8	24	98.7
Volet Recherche et Etudes d'évaluation	OMS, RETROCI, UICTMR, CEDRES,	93.6	15	15	16	16	155.6
Contrôle Qualité des médicaments et Audit du Laboratoire Nationale (pour les 3 composantes)	OMS, IRD, Centre de Pharmacovigilance, Auditeurs externes	143	143	143	143	143	715
<b>Total demandes au fonds mondial</b>	<b>Fonds mondial</b>	<b>370.6</b>	<b>320.6</b>	<b>322.7</b>	<b>325.8</b>	<b>328</b>	<b>1667.7</b>
<b>Total des autres ressources disponibles</b>							

## **SECTION VIII – Informations sur l'achat et la gestion de la chaîne d'approvisionnement**

39. Décrivez les accords actuels sur l'achat et la gestion de la chaîne d'approvisionnement des **produits et équipements de santé publique** intégrés aux interventions sur les maladies proposées par **cette composante**, y compris les produits pharmaceutiques ainsi que le matériel comme les aiguilles d'injection, les tests de diagnostic rapide et les marchandises comme les suppléments d'oligo-éléments, les préservatifs et les moustiquaires (Veuillez vous reporter aux *Lignes directrices par.VIII.86*).

Les médicaments et des consommables utilisés pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme font partie d'un ensemble de produits pharmaceutiques gérés par la PSP pour les besoins des établissements sanitaires. Ils sont soumis aux règles et aux procédures en vigueur à la PSP.

Tableau VIII.39

<b>Composante d'achat et système de gestion de la chaîne d'approvisionnement</b>	<b>Accords existants et capacités (ressources physiques et humaines)</b>
Comment les fournisseurs de produits sont-ils choisis et pré-approuvés?	<p><i>La procédure est basée essentiellement sur l'appel d'offres international ouvert.</i></p> <p><u>Sélection des fournisseurs</u>  <i>Elle se fait en deux étapes : l'ouverture des plis par la commission d'ouverture et de jugement des marchés publics qui a pour mission de statuer sur la régularité des offres. Une commission technique succède à la commission d'ouverture des plis et chargée de pré qualifier les fournisseurs et d'analyser les fiches techniques d'information des médicaments et les prix. Cette dernière commission tien compte de la qualité et de la conformité de l'échantillon, la conformité des délais de livraison et le prix unitaire pondéré le plus faible (DDU).</i></p>
Quelles sont les procédures d'acquisition utilisées pour garantir des appels d'offre ouverts et concurrentiels, accélérer la disponibilité des produits et la cohérence avec les lois/obligations nationales et internationales en matière de propriété intellectuelle?	<p>1. <u>Préparation de l'appel d'offres</u>            Il consiste à faire appel à la concurrence afin de choisir parmi les fournisseurs possibles celui qui accordera les meilleurs conditions, c'est à dire celui qui offre le meilleur rapport <b>QUALITE/PRIX</b>.</p> <p>L'appel d'offres est organisé sous la direction de la Direction des Marchés Publics (DMP). La procédure commence par la rédaction du dossier d'appel d'offres qui sera adopté par la suite par la PSP, la DMP et la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM).</p> <p>2. <u>Lancement de l'appel d'offres</u>            L'appel d'offres fait l'objet d'une publication dans les journaux d'annonces légales, au niveau national et international.</p> <p>3. <u>Attribution et signature des marchés</u>            A l'issu de l'analyse technique, une attribution provisoire est accordée aux produits non enregistrés. Une commission d'enregistrement des visas statuera plus tard sur présentation de dossiers techniques. Quant aux produit retenus, déjà enregistrés, une attribution définitive est accordée. La signature des marchés entre le fournisseur et la PSP constitue l'engagement contractuel.</p> <p>4. <u>Lancement, suivi et réceptions des commandes</u>            Le chronogramme de livraison publié dans le cahier</p>

	<p>des charges peut être revu et adapté. La PSP suit les commandes de façon à faire respecter les délais de livraison des fournisseurs par des relances. La réception des commandes est constituée par les opérations de dédouanement et de transit avant l'enlèvement.</p>
<p><b>Quels sont les mécanismes d'assurance de qualité mis en place pour garantir que tous les produits achetés et utilisés soient sains et efficaces?</b></p>	<p><u>Mécanisme d'assurance de qualité</u>  <i>Les mécanismes d'assurance qualité sont constitués par :</i>  <i>La sélection des fournisseurs (réglementation, bonnes pratiques de fabrication nationales et internationales).</i>  <i>Le contrôle de qualité en laboratoire :</i>  <i>Contrôle qualitatif et quantitatif assuré par le laboratoire National de la Santé Publique de Côte d'Ivoire et le laboratoire de référence de l'OMS (LANSPEX) à Niamey au Niger.</i>  <u>Stockage</u>  <i>La PSP dispose de plusieurs magasins de stockage spécialisés selon le type de produit (médicaments, consommables médicaux, solutés, produits inflammables).</i></p>
<p><b>Quels sont les systèmes de distribution et comment minimisent-ils la disparition de produits et maximisent-ils la fourniture ininterrompue et générale des produits?</b></p>	<p><b><u>MODE DE DISTRIBUTION</u></b>  <i>Les clients de la PSP sont classés dans plusieurs catégories : établissement sanitaires publics, établissements sanitaires parapublics, districts sanitaires.</i>  <i>Pour mener à bien la distribution des produits dont elle à la charge la PSP a basé sa stratégie sur deux modes :</i>  <i>la livraison directe à toutes les structures sanitaires publiques urbaines d'Abidjan, tous les hôpitaux généraux et les centres hospitaliers régionaux.</i>  <i>La livraison aux dispensaires, maternités, centres de santé (CS) par l'intermédiaire des districts sanitaires.</i>  1. <u>Mode de commande des clients</u>  <i>Le délai de revue des besoins des structures sanitaires est de un mois pour les structures de l'intérieur du pays et de deux semaines pour les structures urbaines d'Abidjan. Les commandes sont mensuelles ou bi-mensuelles selon la structure et adressées à la PSP sous forme de bons soit par dépôt direct au siège de la PSP, soit par fax.</i>  2. <u>Les itinéraires de distribution</u>  <i>La distribution se fait selon 8 zones dont la zone urbaine d'Abidjan. Ces zones sont entièrement couvertes mensuellement par les véhicules de livraison de la PSP selon un programme préétabli et communiqué à l'avance à toutes les structures sanitaires concernées. Les frais de distribution sont pris en charge entièrement par la PSP. Les colis sont expédiés par une logistique de 9 camions de 10 tonnes, 4 camions de 5 tonnes, 2 fourgonnettes de 3 tonnes et 5 fourgonnettes de 1,5 tonnes.</i>  <p style="text-align: center;"><b><u>MODES DE RECOUVREMENT</u></b></p> <p>Il existe trois circuits de vente et trois niveaux de recouvrements.</p> </p>

	<p style="text-align: center;"><b>PSP - établissement public - malade</b></p> <p>L'établissement public recouvre auprès du malade et reverse les recettes à la PSP, soit directement soit par l'intermédiaire des trésoreries régionales.</p> <p style="text-align: center;"><b>PSP - district - CS ou dispensaire - malade</b></p> <p>Les CS recouvrent les recettes auprès des malades, les reversent aux districts qui à leur tour les déposent à la PSP soit directement soit par l'intermédiaire des trésoreries régionales.</p> <p style="text-align: center;"><b>PSP-Subvention nationale et/ou internationale</b></p> <p>Le coût global des antituberculeux est subventionné par l'Etat. <i>Le coût des ARVs est partiellement subventionné par l'Etat et le fonds de solidarité international.</i></p> <p>Pour financer la distribution d'autres produits sociaux et la fourniture de médicaments à certains établissements sociaux, la PSP bénéficie d'un appui budgétaire de l'Etat.</p>
--	---

**40. Décrivez les accords actuels de fourniture de services**

Plus de la moitié des agents de la PSP est constitué par du personnel occasionnel (manutention, confection des kits) fourni par un prestataire de service. Le reste du personnel est constitué par des fonctionnaires de l'Etat.

Un programme annuel de formation est exécuté chaque année pour mettre à niveau le personnel chargé de la gestion des dépôts dans les districts sanitaires.

Diverses fournitures de services portent sur divers contrats : Sécurité, entretien, incendie, assurances, maintenance.

**41. Donnez un aperçu des ressources supplémentaires (par ex. l'infrastructure, les ressources humaines) nécessaires pour assurer la fourniture et la distribution des produits et services à utiliser dans cette composante, (2–3 paragraphes):**

Pour garantir la fourniture ininterrompue des produits il est nécessaire de :

Créer 5 dépôts régionaux, les équiper, renforcer la gestion des ressources humaines des dépôts régionaux et la logistique de distribution et financer les médicaments subventionnés.

*1. Création d'antennes*

*Dans le souci de déconcentrer la PSP d'une part et d'améliorer l'accessibilité géographique d'autre part, il faut créer des antennes de la PSP à l'intérieur du pays et les doter d'équipements fonctionnels : matériels de stockage, matériels de manutention, outils de gestion informatique etc... Il faut aussi les doter d'un crédit suffisant pour un niveau de stock optimal.*

*2. Moyens logistiques de distribution*

Il s'agit d'acquérir des véhicules de distribution et d'assurer la maintenance.

*3. Gestion des ressources humaines*

**Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial**

Il s'agit d'appuyer la PSP pour recruter et former des pharmaciens, des préparateurs gestionnaires en pharmacie, et du personnel d'appui.

#### 4. Formation

La formation concernera : la gestion des stocks, les procédures et règles d'approvisionnement en matière de médicament, utilisation des outils de gestion. L'élaboration d'une stratégie de communication sera envisagée.

**42. Veuillez préciser dans le tableau ci-dessous toute source supplémentaire auprès de laquelle le demandeur envisage d'obtenir des produits relatifs à cette composante, que les demandes complémentaires aient été introduites ou non, accordées ou non.**

#### Composante tuberculose

Tableau VIII.42

Nom du programme	Personne à contacter (avec téléphone et adresse électronique)	Ressources demandées (R) ou accordées (G)	Calendrier et durée de la demande ou subvention
Global TB Drug Facility	Dr ADJA (Centre Antituberculeux d'Abidjan) Cel. 07 97 85 88		
	RHZE	97 714 \$	12 mois
	RH 150	68 571 \$	12 mois
	RH 300	123 429 \$	12 mois

#### Composante Paludisme

Tableau VIII.42

Nom du programme	Personne à contacter (avec téléphone et adresse électronique)	Ressources demandées (R) ou accordées (G)	Calendrier et durée de la demande ou subvention
RBM	Dr Coulibaly Adama/ OMS, Abidjan 01 Bp 2494 Abijan 01 E-mail : <a href="mailto:wrci@oms.ci">wrci@oms.ci</a> Tel : (225) 22 51 72 13 Fax : (225) 22 51 72 32		
	Moustiquaires, insecticides, reproduction des modules de formation des médecins	350 000 \$	24 mois

**42.1. Expliquez en quoi les ressources sollicitées auprès du Fonds mondial pour les produits relatifs à cette composante seront complémentaires et non redondantes par rapport aux autres sources décrites, le cas échéant, ci-dessus (1 paragraphe):**

Les ressources sollicités auprès du Global TB Drug Facility ne prennent pas en charge les 16 000 nouveaux malades du fonds mondial.



## **Liste des Abréviations**

**3TC** : Lamivudine  
**AES** : Accidents Exposant au Sang  
**AGR** : Activité Génératrice de Revenus  
**AIMAS** : Association Ivoirienne pour le Marketing Social  
**ANRS** : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (France)  
**ASC** : Agents de Santé Communautaire  
**ARK** : Animation Rurale à Korhogo  
**ARV** : Antirétroviraux  
**AZT** : Zidovudine  
**BM** : Banque Mondiale  
**CAA** : Caisse Autonome d'Amortissement  
**CAT** : Centre Antituberculeux  
**CDC** : Center for diseases Control (Atlanta : USA)  
**CDV** : Conseil Dépistage Volontaire  
**CHR** : Centre Hospitalier Régional  
**CIP** : Côte d'Ivoire Prospérité  
**CIREJ** : Centre Ivoirien de Recherche Juridique  
**CIRES** : Centre Ivoirien de Recherche Economique et Sociale  
**CNCF/STP** : Comité National de Coordination du Fonds Mondial pour le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme  
**COSCI** : Collectif des ONG de Lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire  
**CPN** : Consultation Périnatale  
**CPN1/CPN3** : 1<sup>ère</sup> Consultation Périnatale, 3<sup>è</sup> Consultation Périnatale  
**CRAS** : Centre Rural d'Animation Sanitaire  
**CS** : Centre de Santé  
**D4T** : Stavudine  
**DD** : Direction Départementale de la Santé  
**DDC** : Zalcitabine  
**DDI** : Didanosine  
**DIEM** : Direction des Infrastructures de l'Equipeement et de la Maintenance  
**DIPE** : Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation  
**DITRAME** : Diminution de la Transmission Mère-Enfant  
**DMP** : Direction des Marchés Publiques  
**DOTS** : Directly Observed Traitement Short- Course  
**DPM** : Direction de la Pharmacie et du Médicament  
**DR** : Direction Régionale de la santé  
**DRH** : Direction des Ressources Humaines  
**DRS** : Direction de la Santé Communautaire  
**DRSE/MLS** : Direction de Recherche du Suivi et de l'Evaluation/Ministère chargé de la lutte contre le SIDA  
**DSC** : Direction de la Santé Communautaire  
**DSRP** : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté  
**E** : Ethambutol  
**ECD** : Equipe Cadre de District  
**EFV** : Efavirenz  
**ENSEA** : Ecole Nationale de Statistique et d'Economie Appliquée  
**FHI** : Family Health International  
**FISF** : Fédération Ivoirienne des Scouts Féminins  
**FNISCI** : Fédération Nationale des Industries et Services de Côte d'Ivoire  
**FNUAP** : Fonds des Nations Unis pour la Population  
**FSTI** : Fonds de Soutien Thérapeutique International

**GERES-CI** : Groupe d'Etudes et de recherche sur les accidents d'Exposition au Sang de Côte d'Ivoire  
**H** : Isoniaside  
**IDE** : Infirmier Diplômé D'Etat  
**IDV** : Indinavir  
**IEC** : Information, Education, Communication  
**INFAS** : Institut National de Formation des Agents de Santé  
**INFESS** : Institut National de Formation en Sciences Sociales  
**INNRT** : Inhibiteur Non Nucléosidique de Reverse Transcriptase  
**INRT** : Inhibiteur Nucléosidique de la Reverse Transcriptase  
**INS** : Institut National de Statistique  
**INSP** : Institut National de Santé Publique  
**IO** : Infection Opportuniste  
**IP** : Inhibiteur de la Protéase  
**IPCI** : Institut Pasteur de Côte d'Ivoire  
**IST** : Infection Sexuellement Transmissible  
**JHU** : John Hopkins University  
**LNR** : Laboratoire National de Référence  
**MAS** : Ministère délégué chargé des Affaires Sociales et des Handicapés  
**MCCAT** : Médecin Chef du Centre Antituberculeux  
**MDR** : Multy Drug Resistant  
**MEN** : Ministère de l'Education Nationale  
**MI** : Moustiquaire Imprégnée  
**MLS** : Ministère Délégué chargé de la Lutte contre le VIH/SIDA  
**MSP** : Ministère Délégué chargé de la Santé  
**MSSSS** : Ministère de la Santé, de la Solidarité et de la Sécurité Sociale  
**NFV** : Nelfinavir  
**NVP** : Nevirapine  
**OCB/OAC** : Organisation à Assise Communautaire  
**OEV** : Orphelins et Enfants Vulnérables  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONG** : Organisation Non Gouvernementale  
**ONUSIDA** : Programme Commun des Nations-Unis pour la Lutte contre le VIH/SIDA  
**OOAS** : Organisation Ouest-Africaine de Santé  
**PASSI** : Projet d'Appui au Système de Santé Intégré  
**PEC** : Prise en Charge  
**PF** : Planification Familiale  
**PMI** : Protection Materno-Infantile  
**PND** : Plan National de développement Sanitaire  
**PNL** : Programme de Lutte contre le Paludisme  
**PNLS/MST/TUB** : Programme National de Lutte contre le SIDA, les MST et la Tuberculose  
**PNLT** : Programme National de Lutte contre la Tuberculose  
**PNUD** : Programme des Nations Unis pour le Développement  
**PPH** : Service de Pneumo-phtisiologie Humaine  
**PPP** : Programme de Prévention et de Prise en charge des IST/SIDA chez les femmes libres et leurs partenaires  
**PROJET RETROCI** : Projet Rétrovirus Côte d'Ivoire  
**PS** : Professionnelles du sexe  
**PSI** : Population Service International  
**PSP** : Pharmacie de la Santé Publique  
**PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant  
**PVVIH** : Personnes Vivant avec le VIH  
**R** : Rifampicine  
**RC** : Relais Communautaires  
**RIOF** : Réseau Ivoirien des Organisations Féminines  
**RIP+** : Réseau Ivoirien des Personnes vivant avec le VIH  
**RSB** : Renaissance Santé Bouaké  
**RTV** : Ritonavir  
**Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial**

**S** : Streptomycine  
**SADRR** : Service d'Appui aux Directions Régionales et aux Districts  
**SFPS** : Santé Familiale et Prévention du SIDA  
**SIDA** : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise  
**SIG** : Système d'Information et de Gestion  
**SMIT** : Service de Maladies Infectieuses du CHU de Treichville  
**SQV** : Saquinavir  
**TDO** : Traitement Directement Observé  
**TPM+** : Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive  
**UFR** : Unité de Formation et de Recherches  
**UICTMR** : Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires  
**UMOA** : Union Monétaire Ouest Africaine  
**UNICEF** : Fonds des Nations-Unis pour l'Enfance  
**VIH-1** : Virus de l'Immuno Déficience type 1  
**VIH-2** : Virus de l'Immuno Déficience type 2  
**Z** : Pyrazinamide

## LISTE DES PIÈCES JOINTES

<b>Documents généraux:</b>	<b>Pièce jointe #</b>
1. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP)	_____ x _____
2. Cadre de dépenses à moyen terme	_____
3. Plans stratégiques de secteur	_____
4. Tout rapport sur la performance	_____
<b>Documents spécifiques - VIH/SIDA:</b>	<b>Pièce jointe #</b>
5. Analyse de la situation	_____ x _____
6. Données de base pour suivre les progrès <sup>7</sup>	_____
7. Plan stratégique national pour le VIH/SIDA, avec estimations budgétaires	_____ x _____
8. Plan axé sur les résultats, avec indication du budget et du déficit en ressources (le cas échéant)	_____ x _____
<b>Documents spécifiques - tuberculose:</b>	<b>Pièce jointe #</b>
9. Plan d'expansion pluriannuel de stratégie DOTS et budget pour atteindre les cibles mondiales de lutte antituberculeuse	_____ x _____
10. Documents sur les mesures techniques et opérationnelles du programme national de lutte antituberculeuse, sous la forme de manuels nationaux ou documents similaires	_____ x _____
11. Rapport annuel le plus récent sur la mise en oeuvre du DOTS, son développement et la planification financière (formulaire de collecte systématique de données annuelles de l'OMS sur la tuberculose [et données financières])	_____ x _____
12. Dernière évaluation/examen indépendants des actions nationales de lutte antituberculeuse	_____ x _____
<b>Documents spécifiques - paludisme:</b>	<b>Pièce jointe #</b>
13. Analyse de la situation	_____ x _____
14. Données de base pour suivre les progrès	_____ x _____
15. Plan stratégique national pour faire reculer le paludisme, avec estimations budgétaires	_____ x _____
16. Plan axé sur les résultats, avec indication du budget et du déficit en ressources (le cas échéant)	_____ x _____
<b>Documents/activités communs :</b>	<b>Pièce jointe #</b>

<sup>7</sup> Lorsqu'il n'existe pas de données de base, il devra être prévu dans la proposition d'en établir.

Document d'appel d'offre PSP	
Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté	<u>          x          </u>
Décret N° 9466 du 21 décembre 1994 portant réorganisation de la PSP	<u>          x          </u>
Décret N° 2002/334 portant organisation de la PSP	<u>          x          </u>
Surveillance du VIH/SIDA et la syphilis en Côte d'Ivoire	<u>          x          </u>
Décret N° 98 - 11 du 14 janvier 1998 portant création de la société d'Etat dénommée Caisse Autonome d'Amortissement (CAA)	<u>          x          </u>
Inscription au registre de commerce N° 0793 / 02 du 17 janvier 2002	<u>          x          </u>

BUDGET : Voir ANNEXE pour le BUDGET