

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

Genève, mars 2003

<p><b>Réservé au Secrétariat du Fonds mondial:</b> Date de réception: N° ID:</p>
--

## FORMULAIRE

**Avant de compléter ce formulaire de proposition, veuillez lire attentivement les *Lignes directrices pour l'établissement des propositions*. Pour chaque question du formulaire veuillez vous reporter à la section correspondante indiquée des Lignes directrices.**

### Ce formulaire est divisé en 4 parties:

**SECTION I** est un résumé d'orientation de la proposition et *doit uniquement être complétée APRES les autres sections du formulaire.*

**SECTION II** sollicite des informations sur le demandeur.

**SECTION III** sollicite des informations succinctes sur la situation du pays.

**SECTIONS IV à VIII** sollicitent des informations détaillées sur le contenu de chaque composante de la proposition.

### Comment utiliser ce formulaire:

1. **Répondez consciencieusement à TOUTES les questions.** Des instructions spécifiques sont fournies afin de permettre la réponse.
2. Le cas échéant, des indications sont données sur le **longueur approximative de la réponse** à fournir. Autant que possible, essayez de respecter ces indications.
3. **Sauf indication contraire, toutes les réponses doivent être fournies dans le formulaire.** Si vous joignez des pages, veuillez indiquer clairement la section et le numéro de la question à laquelle elles se rapportent.
4. Pour éviter tout travail inutile, nous vous conseillons vivement d'**utiliser au maximum les informations existantes** (par ex., extraites de documents programmatiques établis par d'autres donateurs/organismes de financement).
5. **Dans les tableaux**, toutes les cellules s'agrandissent à mesure que vous écrivez. Si vous souhaitez **ajouter une nouvelle ligne**, placez le curseur à l'extérieur de la cellule inférieure droite du tableau et appuyez sur ENTREE.

**Pour copier les tableaux**, sélectionnez toutes les cellules du tableau et appuyez sur CTRL+C. Placez le curseur à l'endroit où vous souhaitez insérer le nouveau tableau et appuyez sur CTRL+V.

6. Veuillez NE PAS compléter les cellules grisées.

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

Remarque: le résumé d'orientation sera utilisé pour présenter un aperçu de la proposition à plusieurs membres du Secrétariat, du Groupe d'examen technique et du Conseil du Fonds mondial.

A COMPLETER APRES AVOIR COMPLETE LES AUTRES SECTIONS

### Informations générales:

Tableau I.a

<b>Titre de la proposition</b> (Le titre doit traduire la portée de la proposition) :	<b>Renforcement de la prise en charge de la tuberculose selon la stratégie DOTS</b>	
<b>Pays ou région concernée:</b>	Côte d'Ivoire	
<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 : 4</b>
	<b>Gouvernement – Autres ministères : 2</b>	<b>Institution bilatérale : 8</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 : 1</b>	<b>Autres</b> (veuillez préciser): Institutions Publiques : 2 Centrales syndicales : 3 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>		

\* 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".

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

Tableau 1.b

		Montant demandé au FM par année (en milliers de dollars US)						
		Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007	Année 2008	Total	
Composante(s) (indiquez d'une croix X):		VIH/SIDA						
	X	Tuberculose	950,374	1926,942	338,245	341,195	280,545	3837,301
		Paludisme						
		HIV/TB						
		<b>Total</b>	950,374	1926,942	338,245	341,195	280,545	3837,301
<b>Total des fonds provenant d'autres sources pour les activités relatives à la proposition</b>			<b>2064,630</b>	<b>2064,630</b>	1714,63	1714,63	1714,63	9250,159

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

La Proposition doit être évaluée globalement	<input type="checkbox"/>
La Proposition doit être évaluée comme des composantes séparées	<input checked="" type="checkbox"/>

\*\* 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.

**Bref résumé de la proposition** (1 page)(veuillez inclure des données quantitatives si possible):

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

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

**Les objectifs sont :**

1 - Renforcer les capacités et la qualité du dépistage pour atteindre un taux de dépistage de 75% des cas estimés d'ici 2008.

2 – Renforcer les capacités et la qualité de prise en charge thérapeutique des tuberculeux pour atteindre un taux de succès de 85% d'ici 2008.

3 – Renforcer la sensibilisation de la population et l'implication de la communauté dans les activités du programme de lutte contre la tuberculose

4-Renforcer les activités de planification, de monitoring et d'encadrement à tous les niveaux du système

**Les activités principales sont :**

- Renforcer les équipements du réseau de laboratoire sur l'ensemble du territoire par l'acquisition de microscopes et l'ouverture de 22 nouveaux laboratoires de microscopie pour atteindre 96 pour l'ensemble du pays
- Renforcer les compétences des personnels chargés du diagnostic microscopique de la tuberculose par la formation continue du personnel des laboratoires de microscopie
- Renforcer les capacités d'encadrement et le contrôle de qualité des activités de laboratoires par la formation d'une équipe de biologistes chargés de la supervision des laboratoires et l'acquisition de moyen de supervision.
- Améliorer l'identification et l'orientation des suspects dans les formations sanitaires et dans la communauté par la formation et la supervision des personnels de centres de santé et des relais communautaires
- Augmenter le nombre de CS des districts mettant en application la stratégie du traitement directement observé (DOTS) afin de couvrir les 65 districts existants
- Rationaliser un approvisionnement régulier des CDT / Centres de santé en médicaments antituberculeux par un meilleur monitoring de l'utilisation des médicaments du niveau central vers les centres de santé périphériques
- Améliorer la prise en charge des cas chroniques et des tuberculeux VIH positif par la mise en place d'un système spécifique de surveillance et par l'élaboration de directives de prise en charge conformément aux directives de l'OMS et de l'UICMTR
- Développer la collaboration avec les associations (ONG) pour la sensibilisation de la population et l'implication de la société civile dans le dépistage et le soutien aux malades tuberculeux dans toutes les régions sanitaires (16)
- Développer les compétences des médecins en planification et évaluation des activités de lutte contre la tuberculose à tous les niveaux.

**Les résultats attendus sont :**

- Augmentation du taux de détection de 48 à 75% au moins.
- 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 65 districts de Côte d'Ivoire
- Développement de projets de mobilisation, de sensibilisation et de soutien aux malades gérés et mis en œuvre par des associations communautaires dans toutes les régions sanitaires du pays (16 régions)
- 96 laboratoires de dépistage sont fonctionnels et performants avec des techniciens formés et supervisés

- Les agents de santé de centres de santé périphériques sont formés à la prise en charge du traitement DOTS et à la sensibilisation de la population sur la tuberculose.
- La prévention des infections opportunistes chez les malades tuberculeux VIH+ est assurée dans tous les CDT (96) et les centres de santé

**Calendrier d'exécution :** janvier 2004 à décembre 2008

• **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):

- La population générale : par la sensibilisation, et l'accroissement du taux de détection et du taux de succès du traitement, l'incidence de la tuberculose et la transmission de la tuberculose vont diminuer au sein de la population générale.
- Les malades tuberculeux : ils bénéficieront d'une meilleure prise en charge et un soutien de la communauté. Au moins 16000 cas supplémentaires de TPM+ dépistés seront guéris.
- Les familles des malades : bénéficient d'une sensibilisation et du soutien des associations y compris celles des anciens tuberculeux.
- Les structures de santé : Amélioration de la qualité et de la quantité de l'offre de service avec les CDT et les CAT qui assurent le dépistage et le suivi des tuberculeux et les CS qui assurent le suivi des malades.
- Le personnel de santé : bénéficie de formation/recyclage, d'un encadrement et une mise à disposition de moyens.

• **S'il existe plusieurs composantes, décrivez le cas échéant les synergies attendues de la combinaison des différentes composantes** (Par *synergies*, on entend la valeur ajoutée que les différentes composantes apportent mutuellement ou la manière dont la combinaison de ces composantes peut démultiplier la portée de chaque composante prise individuellement):

Actuellement le test de dépistage de l'infection à VIH est réalisé chez les tuberculeux dépistés dans 8 CAT. Une extension de cette activité dans l'ensemble des CDT se fera par l'introduction du counselling, l'administration de cotrimoxazol et la distribution de préservatifs aux tuberculeux porteurs de l'infection à VIH. Le personnel des centres de santé apprend à référer les anciens tuberculeux porteurs de l'infection à VIH dans les centres accrédités de prise en charge. On espère qu'en traitant efficacement la tuberculose on améliore la qualité de vie des patients VIH positifs. Une meilleure prise en charge des patients infectés par le VIH par la composante VIH/SIDA permettra d'accroître dans cette population vulnérable à la tuberculose, le nombre de cas à frottis positifs dépistés et traités.

• **Indiquez si la proposition est une extension des mesures actuelles ou le début de nouvelles activités. Expliquez comment les enseignements et les bonnes pratiques acquises lors de la phase précédente sont intégrés dans la présente proposition et décrivez les aspects novateurs de la proposition.**

Pour le dépistage des cas à frottis positifs, une extension du réseau de dépistage actuel est proposée avec identification des cas suspects par les centres de santé appliquant la DOT et la communauté. La révision du système de contrôle de qualité actuelle qui est actuellement géré et mis en œuvre par un biologiste de la coordination nationale, par la formation de superviseurs régionaux de laboratoire, la mise à disposition d'un guide de supervision et de véhicules va permettre d'assurer un développement du contrôle de qualité.

Le traitement directement observé dont la mise en œuvre à Abidjan dans des sites pilotes a permis de guérir 80% des tuberculeux sera progressivement étendu à l'ensemble du pays. L'intervention des associations dans les activités de soutien aux tuberculeux jusqu'ici limitée à la capitale sera aussi progressivement étendue à l'ensemble du pays.

Par la formation des superviseurs et la mise à disposition de véhicules va permettre aussi un développement de la supervision des activités de tuberculose.

Le test VIH uniquement proposé dans 8 CAT sera proposé à l'ensemble des tuberculeux du pays avec une référence des anciens tuberculeux porteurs de l'infection à VIH vers les centres de suivi du SIDA.

Le système d'information sera révisé afin de disposer de données informatisées sur la tuberculose permettant d'analyser les données de suivi des centres de santé , CDT et CAT pour réagir à temps face aux irrégularités d'observance du traitement et pour fournir les informations nécessaires au SIG.

## SECTION II: Informations sur le demandeur

Le tableau IIa vous aide à identifier les questions auxquelles répondre dans cette section en fonction des différents types de systèmes de présentation et de proposition.

Pour plus de précision sur les instances habilitées à soumettre une proposition, veuillez vous reporter aux Lignes directrices par. II.8–33

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?	Oui
b). La composition du CCM a-t-elle changé depuis la dernière demande?	Non
c). Si la composition du CCM a changé, indiquez les principales modifications (par ex., liste des nouveaux membres ou représentants de secteur):	

- 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)

- Date de constitution du CCM actuel** (La date à laquelle le CCM a été constitué en vue d'une demande de soutien au Fonds mondial. Si le CCM s'appuie sur des instances existantes ou utilise des systèmes en place (situation vivement

encouragée), veuillez donner des explications dans la Question 3):

**16 Septembre 2002**

**3. Décrivez le contexte et la procédure de constitution du CCM** (y compris si le CCM est un système totalement neuf ou s'il s'appuie sur des instances existantes, comment les autres partenaires ont été contactés et choisis, etc.), (1 paragraphe):

Le CCM est un mécanisme existant depuis la dernière soumission au fonds global et qui a été mis en place à partir d'une large consultation suivie de réunions 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):

Le CCM existe déjà. En septembre 2002, il a fait une soumission pour les trois pathologies (VIH/SIDA, Tuberculose, Paludisme). Seule la composante VIH/SIDA a été déclarée éligible pour le Fonds Mondial.

Des activités spécifiques ont été menées :

- Mise en place d'un Secrétariat Technique Permanent (STP) pour le CCM ;
- Nomination des membres du Secrétariat Technique Permanent;
- Organisation d'assemblées générales ordinaires et extraordinaires du CCM;
- Clarifications des points d'ombre dans la proposition VIH/SIDA pour l'approbation finale
- Plan d'action détaillée 2003-2004
- Plan d'action 2004-2005
- Plan de suivi et évaluation
- Nouvelles soumissions des propositions Paludisme et Tuberculose
- Phase d'évaluation du Bénéficiaire Principal

**3. 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. C'est l'organe** suprême de décision du CCM ;
- **le Secrétariat Technique. Il est l'organe permanent du CCM et assure le fonctionnement quotidien de celui-ci\***;
- **le Groupe Technique d'Examen des Projets qui est une structure indépendante du CCM et composée d'experts des trois pathologies;**
- **le Bénéficiaire Principal qui est membre du CCM;**

**L'Administrateur Local du Fonds choisi par le Fonds Mondial suit et évalue les capacités opérationnelles du Bénéficiaire Principal.**



\* voir copie du règlement intérieur et du décret du conseil des ministres.

**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, (1 paragraphe):**

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):**

**La validation du plan annuel d'activités 2003-2004 et de celui de la 2<sup>ème</sup> année par les membres du CCM.**

**Un plan d'activités du volet SIDA vient d'être finalisé pour l'année 2003-2004 et pour l'année 2004-2005. Ces plans permettront si le financement est effectif d'améliorer le rôle et les fonctions du CCM au cours des 12 prochains mois.**



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

*Remarque: Tous les représentants des organisations membres du CCM doivent signer cette page qui doit être inclus dans la proposition d'origine envoyée sur papier au Secrétariat. Les signatures doivent parvenir au Secrétariat avant la date limite de soumission des propositions.*

*Veillez imprimer des pages supplémentaires si nécessaire, y compris la déclaration suivante:*

**“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 jointes en annexe.**

Tableau II.7

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés (MSSSH)	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 d’Etat, Ministère de la Santé Publique et de la Population	Dr Mabri Toikeuse	Vice Président		
<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	Vice Présidente		
<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	Membre		
<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	Membre		
<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	Membre		
<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	Membre		
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Centrale Dignité	LADOUYOU SIBAH Edouard	Membre		
<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	Membre		
<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	Membre		

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

Rôle principal au sein du CCM				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Chambre des Métiers	Mr KOUASSI Mathurin	Membre		

Rôle principal au sein du CCM				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
CNPI (Conseil National Patronat Ivoirien)	Mr LOBA N'Guessan	Membre		

Rôle principal au sein du CCM				

Organisme/Organisation (y compris le type)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Chambre d'Agriculture	Mme KOUASSI Goubo Félicité	Membre		

Rôle principal au sein du CCM				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
RIOF (Association des femmes )	Mme YEHIRI Valérie	Membre		

Rôle principal au sein du CCM				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Université	Prof N'DRI YOMAN Thérèse	Membre		

Rôle principal au sein du CCM				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature

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

Alliance des Maires contre le SIDA	Mr IBO-BAIN Guié	Membre		
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

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

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

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
CAA	Mr Victor Jérôme NEMBELLESSINI SILUE	Membre		
<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	Membre		
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
Coopération Française	Dr Jean-Pierre LAMARQUE	Membre		
<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.

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

<b>Organisme/Organisation</b> (y compris le type )	<b>Nom du représentant</b>	<b>Titre</b>	<b>Date</b>	<b>Signature</b>
RETROCI	Mme Sassan KADIO-MOROKRO	Membre		
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

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

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

<b>Organisme/Organisation</b> (y compris le type*)	<b>Nom du représentant</b>	<b>Titre</b>	<b>Date</b>	<b>Signature</b>
OMS	Yobouet Kouadio Michel	Membre		
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

<b>Organisme/Organisation</b> (y compris le type )	<b>Nom du représentant</b>	<b>Titre</b>	<b>Date</b>	<b>Signature</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.

RIP ( Personnes vivant avec VIH )	<b>Mme HOUSSOU</b>	Membre		
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

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	<b>ZERBO Petit Jean</b>			
<b>Rôle principal au sein du CCM</b>				

Organisme/Organisation (y compris le type*)	Nom du représentant	Titre	Date	Signature
PNUD	Mr BEN LAMLIH			
<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>				

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



**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

	<b>Président du CCM</b>	<b>Autre président/vice-président</b>
<b>Nom</b>	Mme OHOUOCHI Clotilde	<b>Dr Mabri Touakeuse</b>
<b>Titre</b>	Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés (MSSSH)	<b>Ministère d'Etat, Ministère de la Santé Publique et de la Population</b>
<b>Adresse</b>	BP 775 Cidex 1 Abidjan	Bp V 3
<b>Téléphone</b>	Tél : 22 41 45 38	Bureau : (225) 21 25 52 49
<b>Télécopie</b>		(225) 21 24 29 69
<b>Adresse électronique</b>		
<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

	<b>Contact principal</b>	<b>Contact secondaire</b>
<b>Nom</b>	<b>Pr KADIO Auguste</b>	Dr Lorougnon Félix
<b>Titre</b>	<b>Professeur titulaire, Chef du service de maladies infectieuses du CHU de Treichville</b>	Secrétaire Technique Permanent
<b>Adresse</b>	BP V3	
<b>Téléphone</b>	Cél : (225) 07 07 42 16	Cél : (225) 07 34 54 18

	Domicile : (225) 22 44 91 95 Bureau : (225) 21 25 52 49	Bureau : (225) 20 20 98 92
<b>Télécopie</b>	(225) 21 24 29 69	
<b>Adresse électronique</b>	<a href="mailto:kadioauguste@aviso.ci">kadioauguste@aviso.ci</a>	florougnon@yahoo.fr

**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 (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 (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.**

## Demandeur non-CCM

12. Nom du demandeur:

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

II.13  
Tableau

	Représentant	Substitut
Nom		
Titre		
Adresse		
Téléphone		
Télécopie		
Adresse électronique		

14. 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.14

	Contact principal	Contact secondaire
Nom		
Titre		
Adresse		
Téléphone		
Télécopie		
Adresse électronique		

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

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), (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** (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

---

*Remarque: pour les **propositions régionales**, les informations demandées dans cette section devraient refléter la situation dans tous les pays concernés, soit sous une forme agrégée, soit par pays.*

*Pour les **propositions sous-nationales**, les informations demandées devraient refléter la situation dans cette zone sous-nationale particulière dans le contexte général du pays.*

**18. Décrivez le poids ou le poids potentiel du VIH/SIDA, de la tuberculose et /ou du paludisme:** (Se référer aux données épidémiologiques actuelles sur la prévalence, l'incidence ou l'ampleur des épidémies; leur statut actuel ou le niveau des épidémies; les tendances principales des épidémies ventilées par région et groupes de population, pour autant que les données soient disponibles et/ou pertinentes (1 – 2 paragraphes par maladie couverte dans la proposition))

Selon l'OMS, en 2001, le nombre de cas estimés était de 22 942 TPM+, soit 140 cas pour 100000 habitants (Rapport OMS 2003 who/cds/tb/2003.316). Au cours de la même année, 10 950 cas de TPM+ étaient dépistés, soit 67 cas pour 100000 habitants. Le taux de détection est de 48%. (Rapport d'activités du PNLT 2001, Rapport de mission 2003 UICTMR). Le nombre de cas de tuberculose toute forme était de 17110 soit 103 cas pour 100000 habitants.

A Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire (30% de la population) 5126 cas de TPM+ ont été enregistrés en 2001, soit 47% de l'ensemble des cas de TPM+ dépistés sur l'ensemble du pays. La ville d'Abidjan dispose de 14 laboratoires de microscopie soit 1 laboratoire pour 231 900 habitants, inégalement repartis de telle sorte que 4 communes sur les 10 que compte la ville et dont les populations dépassent 700 000 habitants ne disposent chacune que d'un seul laboratoire.

En 2000, le nombre de cas dépistés était de 15541 ce qui montre un accroissement annuel de 10,1%. Parmi les facteurs qui contribuent à l'aggravation de l'endémie tuberculeuse en Côte d'Ivoire il faut citer :

- l'impact de l'infection à VIH/SIDA : 10 % de séroprévalence dans la population générale et près de 45% des tuberculeux sont porteurs de l'infection à VIH
- la paupérisation de la population.
- l'accroissement démographique.
- la situation de conflits qu'a vécu le pays dans les années 1999-2000 et de nouveau depuis le mois de septembre 2002

L'évaluation des résultats du traitement des malades enrôlés en 2000 montre un taux de succès de 61% pour les nouveaux cas à microscopie positive, un taux de perdu de vue de 15% et un taux de transfert de 9%. La situation de conflit ne permet pas d'avoir les données sur le traitement des malades enrôlés en l'an 2001.

Il ressort de la dernière enquête nationale menée en 1996 sur la résistance bactérienne aux antituberculeux, que la résistance primaire à la rifampicine et à l'isoniazide est de 5,3%.

**19. Décrivez la situation économique actuelle et l'état de pauvreté** (Se référer aux indicateurs officiels tels le PIB par habitant, l'indice de développement humain (IDH), les indices de pauvreté ou d'autres informations sur la disponibilité des ressources; souligner les principales

Le rapport du PNUD établissait le PIB per capita à 763 USD en 2001 et l'IDH à 0,42 en 1998. A partir de 1994, les autorités ivoiriennes ont dû répondre à une récession économique des années précédentes et au développement de la pauvreté, par le lancement d'un train de réformes à travers les Plans d'Ajustements Structurels. Suite à ces mesures, 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 la crise socio politique des années 1999–2000. A partir de cette période, les bailleurs de fonds ont stoppé progressivement leurs appuis. Les conséquences en sont sévères et toujours visibles. Depuis août 2001, après que la situation sociopolitique se soit améliorée, des réformes structurelles sont mises en place et les premiers résultats conduisent à un retour progressif des bailleurs. Une Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et de la Croissance (FRPC) est signée avec le FMI en mars 2002. Un programme est défini pour la période 2002-2004 dont un des objectifs est l'augmentation des dépenses prioritaires de santé. 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. Ce processus a été de nouveau freiné par la dernière crise socio politique qu'a connue le pays en septembre 2002. Depuis le mois de mars 2003, un gouvernement de réconciliation a été constitué et la situation socio politique se normalise à nouveau.

Sur le plan social, toutes ces années de crise ont provoqué une 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 vivent dans les zones rurales (42% en 1993 et en 1998) et plus de 50% des pauvres sont des femmes.

En matière de santé, les tensions et conflits se sont traduits par une stagnation des financements de l'Etat pour les programmes prioritaires et un arrêt des appuis des bailleurs de fonds partenaires. Le financement du programme contre la tuberculose a bénéficié par contre d'un financement complémentaire de l'état 1066666 \$ réservé à la réhabilitation de l'ensemble des 8 CAT.

**20. Décrivez l'engagement politique actuel face à ces maladies** (les indicateurs d'engagement politique comprennent l'existence de comités intersectoriels, des déclarations publiques récentes, des législations adéquates, etc. (1–2 paragraphes))

L'engagement de l'Etat en faveur de la lutte contre la tuberculose se traduit par :

- l'existence d'une politique de lutte contre la tuberculose d'abord mise en œuvre par le Comité National Antituberculeux à partir de 1960.
- la création par le Ministère de la santé du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) en 1980.
- Le financement régulier par l'Etat de médicaments antituberculeux qui permet d'assurer un approvisionnement régulier et de garantir la gratuité du traitement aux malades de la tuberculose ;
- une législation sur la gratuité du traitement contre la tuberculose, réaffirmée lors de la mise en place du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques en 1994.
- l'adoption de la stratégie DOTS en 1995, suivie d'un atelier national en 1996 au cours duquel ont été standardisés et validés les outils de gestion conformément aux recommandations de l'OMS et de l'UICMR.
- l'élaboration en 2001 d'un Plan National de Développement de la lutte antituberculeuse, validé au cours d'un atelier national de consensus regroupant

autour du Ministère de la santé l'ensemble des partenaires du programme (OMS, CNACI, RETROCI, Coopération française, Coopération belge).

- l'organisation, chaque année, d'une journée mondiale contre la tuberculose en présence des hautes autorités de l'état (Président du Parlement, Ministre de la santé,...). Au cours de la dernière journée mondiale, le 19 avril 2002, le Ministre de la santé, dans une intervention radiotélévisée, a réaffirmé l'engagement de l'Etat à soutenir la mise en œuvre de la stratégie DOTS en Côte d'Ivoire.

En 1995, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose a été intégré au Programme National de Lutte contre le Sida, les MST et la Tuberculose dans le but de réduire l'impact de la pandémie du sida sur les activités de lutte contre la tuberculose. En janvier 2001, plusieurs mois après la création d'un Ministère chargé de la lutte contre le SIDA, le Programme de Lutte contre la Tuberculose est de nouveau individualisé et doté d'une Coordination Nationale dont le budget de fonctionnement est financé par l'Etat

**21. Les pays considérés comme "Revenu moyen inférieur et supérieur" par la Banque mondiale sont éligibles à la candidature uniquement s'ils répondent aux critères supplémentaires (Directives par. 8). Les sections ci-dessous sont obligatoires pour les propositions de ces pays. Cette section doit être complétée pour chaque composante demandée (il convient donc de prouver une morbidité actuelle très élevée du VIH/SIDA si on demande des ressources pour le VIH/SIDA; il convient de prouver un niveau de poids actuel très élevé de la tuberculose si on demande des ressources pour la tuberculose; il convient de prouver une morbidité actuelle très élevée si on demande des ressources pour le paludisme).**

## 22. Contexte national

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

4,7% en l'an 2002

source : MSP, IDA, Revue des dépenses publiques dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire (2002)

**22.2. Indiquez dans le tableau III.22.2\*\* les dépenses de santé publique pour 2001 ou la dernière année disponible:**

Tableau III.22.2

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

**22.3. Précisez dans le tableau III.22.3, 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.22.3

Total des dépenses réservées par les pouvoirs publics, les donateurs extérieurs, etc. Précisez l'année: (2003)	En dollars US:
Tuberculose	
Pouvoirs publics	2726011
OMS	27000
CDC/RETROCI	175000
CNACI	28285
<b>Total</b>	<b>2 956 296</b>

**22.4. Le pays bénéficie-t-il d'une aide budgétaire extérieure, Initiatives en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ)\*, 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

**22.5. Quel est le budget total nécessaire pour les différentes maladies, énumérez les sources et montants nécessaires, y compris le montant demandé au Fonds global.**

Composante maladie	Sources	Montant en dollars US:
Tuberculose		
	Fonds global,	<b>3837301</b>
	Ministère de la santé	8296725
	OMS	135000
	RETROCI/CDC	700000
	CNACI	141425
<b>Total</b>		<b>13110451</b>

## 23. Contexte programmatique national

**23.1. Décrivez les possibilités nationales actuelles (état des systèmes et services) qui existent en réponse au risque de VIH/SIDA, tuberculose et/ou paludisme (par ex., niveau des ressources humaines disponibles, infrastructure sanitaire ou autre, types d'interventions fournies, mécanismes de canalisation de fonds, existence de fonds sociaux, etc.) (2–3 paragraphes):**

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

\*\* Option pour les ONG

Le système de santé ivoirien est représenté par 3 niveaux d'intervention :

- le niveau central représenté par les directions centrales, les coordinations des programmes et des hôpitaux de référence nationale (Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), Instituts spécialisés et Centres de Recherche) ; Dans les 3 CHU, des services de Pneumo-physiologie assurent le diagnostic et le suivi hospitaliers des cas de tuberculose chronique et des cas graves nécessitant une hospitalisation. Il existe un Laboratoire National de Référence, qui assure le contrôle de qualité des laboratoires de microscopie pour le diagnostic de la tuberculose. Le LNR a deux objectifs pour les années à venir : La mise en œuvre des sites sentinelles de surveillance des résistances et la surveillance bactériologique et moléculaire des souches MDR isolé chez les patients VIH+ et VIH-, chez les patients en situation d'échec ou de rechute

- le niveau régional représenté par les Directions Régionales et les Centres Hospitaliers Régionaux. Les centres antituberculeux régionaux (CAT) sont des centres de référence de la tuberculose dans les régions sanitaires (8 pour l'ensemble du pays dans 16 régions sanitaires dont 2 à Abidjan). Ils jouent le rôle de centres de diagnostic et de traitement (CDT) : ils assurent le diagnostic microscopique et le suivi du traitement des malades tuberculeux. L'équipe du CAT est composée d'un technicien de laboratoire, de 2 infirmiers, d'un assistant social et de 2 agents journaliers et est dirigée par un médecin chef. En principe, l'équipe du CAT est en charge de la planification, du suivi et de la promotion des activités de l'ensemble de la région, de la formation des personnels du niveau régional et de la supervision des CDT des districts sanitaires. Du fait de l'insuffisance des ressources elle a des difficultés à assumer ces fonctions.

- le niveau périphérique représenté par les districts sanitaires (**65 au total pour l'ensemble du pays**) constitués d'un centre de référence qui est l'hôpital Général et des Centres de Santé. Il existe un laboratoire de microscopie de la tuberculose dans 63 districts. Dans le district, le CDT, assure le diagnostic, la notification des cas, la mise en traitement, la référence dans les centres de santé périphériques et le suivi du traitement. Le personnel y est constitué d'un infirmier, d'un technicien de laboratoire, sous la supervision d'un médecin.

La stratégie DOTS est appliquées dans les CAT et les CDT : le traitement y est directement observé pendant la première phase du traitement pour les malades qui résident dans la capitale du district. Pour les autres, le traitement est délivré pour une semaine ou plus selon la distance de leur lieu de résidence et le chef lieu du district. Depuis une année une expérience pilote est en cours dans 20 districts (480centres de santé) pour décentraliser le suivi du traitement au niveau des centres de santé périphériques

Depuis le conflit armé de septembre 2002, une partie du pays est inaccessible aux services du Gouvernement. Les services de santé n'y sont plus fonctionnels et les équipements de microscopie ont été totalement détruits. Cette zone représente **23** districts et 23 centres de diagnostic et de traitement (CDT) sur les 74. Il existe 14 CDT dans la seule ville d'Abidjan. Parmi ces 23 districts figurent 8 qui faisaient partie de l'expérience pilote de décentralisation du traitement.

Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose a pour mission de planifier, suivre, évaluer et promouvoir les activités de lutte contre la tuberculose. La coordination est assurée par une équipe de 7 personnes dont un 5 cadres supérieurs de santé, tous engagés dans la lutte contre la tuberculose depuis environ 10 ans. A chacun des niveaux d'intervention, les ressources humaines restent insuffisantes tant en nombre qu'en qualification. Les fonds alloués sont notoirement insuffisants pour couvrir tous les besoins.

Le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques permet de gérer les fonds publics alloués aux différents programmes. Pour les dépenses des districts, des CAT, des CDT, la Direction des affaires financières (DAF) engage les délégations de crédits qu'elle fait viser par le contrôle financier et transmis au Trésor Public pour prise en compte . Le trésor retourne les délégations aux différents directeurs pour exécution du budget. Pour les dépenses des programmes, les notifications de crédits sont transmises aux directeurs des programmes qui sont chargés de l'exécution

directe de leur budget. Le directeur de la DAF est l'ordonnateur délégué des dépenses.

**23.2. 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. 23.2

Nom de l'institution	Type d'institution (par ex., gouvernementale, ONG, privée, bilatérale, multilatérale, etc.)	Principaux programmes (par exemple, prévention VIH/SIDA complète; extension de DOTS sur 3 ans, etc.)	Budget (Précisez la période)
UICTMR	Multilatérale ONG	Appui technique annuel Financement de la participation aux congrès et au cours international de COTONOU pour les cadres du programme	Budget inconnu
CDC/RETROCI	bilatérale (coopération américaine)	Appui technique pour le dépistage et le suivi des patients tuberculeux porteurs du VIH Recherche et formation	350 000 USD (2003-2004)
COOPERATION BELGE	Bilatérale	Appui technique et financier à la direction de la région sanitaire du Moyen Comoé.	Budget inconnu
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 (2003)
OMS	Multilatérale	Appui financier à la formation des infirmiers pour l'extension de la DOTS. Appui technique	54 000 USD (2002-2003)
COOPERATION FRANÇAISE	bilatérale	Supervision et contrôle de qualité à Abidjan Appui pour le contrôle de qualité des laboratoires de microscopie Appui aux activités du MSP	142 857 USD Part de la tuberculose inconnue

\*\* Pour les ONG, indiquez ici vos propres organisations partenaires

**23.3. Quel est le budget total nécessaire pour les différentes maladies?  
 Enumérez les sources et montants disponibles et nécessaire, y compris le  
 montant demandé au Fonds mondial<sup>1</sup>**

Tableau III.23.3

Source/Agency	Montant en dollars US:					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Tuberculose</b>						
OMS	27000	27000	27000	27000	27000	27000
CNACI	28285	28285	28285	28285	28285	28285
RETROCI/CDC	175000	350000	350000	0	0	0
ETAT	2726011	1659345	1659345	1659345	1659345	1659345
Demande Fonds mondial		950374	1926942	338245	341195	280545
Besoin non couvert						
Besoin total	2956296	3015004	3991572	2052875	2055825	1995175

**23.4. 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 (2–3 paragraphes):**

**COMPOSANTE TUBERCULOSE**

De 1995 à 2000, le Programme National de Lutte contre le SIDA, les Maladies Sexuellement Transmissibles et la Tuberculose (PNLS/MST/TUB) étaient regroupés au sein d'un programme unique. En 2001, un Ministère chargé de la lutte contre le SIDA a été créé. Un an plus tard est créé le Programme National de lutte contre la tuberculose (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'insuffisance des moyens qui ne permettent pas d'assurer la supervision vers les régions et des régions vers les districts.
- l'insuffisance des moyens financiers qui ne permettent pas de développer les activités prévues dans le plan de développement pour la période 2001-2005 ; le

<sup>1</sup> Sources and Prices of Selected Drugs and Diagnostics for People Living With HIV/AIDS. Copenhagen/Genève, ONUSIDA/UNICEF/OMS-HTP/MSF, 3<sup>e</sup> édition, mai 2002 (<http://www.who.int/medicines/library/par/hivrelateddocs/prices-eng.pdf>); Market News Service, Pharmaceutical starting materials and essential drugs, WTO/UNCTAD/International Trade Centre and WHO (<http://www.intracen.org/mns/pharma.html>); Indicateur de prix internationaux des médicaments sur les produits finis des médicaments essentiels, Management Sciences for Health en collaboration avec l'OMS (annuel) (<http://www.msh.org>); First-line tuberculosis drugs, formulations and prices currently supplied/to be supplied by Global Drug Facility (<http://www.stoptb.org/GDF/drugsupply/drugs.available.html>)

- budget de l'Etat pour les programmes prioritaires a été réduit et les financements des bailleurs de fonds n'ont pas retrouvé le niveau des années précédentes
- la limite actuelle de la mise en application de la stratégie DOTS selon les recommandations de l'OMS et de l'UICMR qui se fait seulement dans les CAT et les CDT et pour les malades habitants le chef lieu de district. Il faut donc l'étendre à l'ensemble des centres de santé pour couvrir le district.
  - l'arrêt des activités dans les zones de conflit qui rend impossible la poursuite et l'extension de la mise en application de la stratégie DOTS et où, de plus les activités du Programme devront être totalement réorganisées puisque les infrastructures sont détruites et que les personnels ne sont plus en poste.
  - la faiblesse du taux de détection des cas de tuberculose à frottis positifs en particulier à Abidjan (ex : dans la commune de Yopougon , en 2002, 359 cas de TPM+ ont été dépistés soit 45 cas pour 100 000 contre 67 cas pour 100000 pour l'ensemble du pays ) du fait de la faible couverture en laboratoires, de l'insuffisance de l'identification des cas suspects dans la communauté et dans les centres de santé.
  - le faible taux de succès des malades à frottis positifs.
  - la faible implication par le Programme des associations communautaires dans la sensibilisation et le soutien aux malades et à leurs familles.
  - la performance moyenne du système d'information due à la fois au retard dans l'acheminement des rapports des CDT vers les CAT puis vers la coordination centrale, à l'absence d'informatisation du système de collecte et d'exploitation et à l'insuffisance de qualification des personnels pour l'analyse et l'évaluation des données qui ne permet pas un monitoring efficace.
  - l'impossibilité qu'il y a actuellement d'avoir des données fiables du niveau des activités du programme.

Un financement supplémentaire est nécessaire pour lever ces contraintes. Il servira au renforcement des capacités de diagnostic. Dans les 45 districts où la stratégie DOTS doit être étendue aux centres de santé périphériques les activités d'identification des suspects, de diagnostic et de suivi du traitement seront décentralisées. L'implication de la communauté sera aussi renforcée et permettra d'optimiser les résultats du dépistage et de suivi du traitement.

**23.5. Si un système d'approche sectorielle (SWAp) ou de concentration similaire existe, décrivez brièvement comment il fonctionne et si vous envisagez de l'utiliser pour gérer la subvention du Fonds mondial.**

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

**VEUILLEZ COMPLETER LES SECTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE COMPOSANTE**

*Copiez les sections IV – VIII autant de fois qu'il y a de composantes*

*Remarque: une composante renvoie à une maladie, en d'autres mots, votre proposition aura plusieurs composantes uniquement si elle couvre plus d'une maladie. Il ne doit y avoir qu'une composante par maladie.*

**S'il existe des activités ou objectifs généraux au sein d'une composante particulière de nature générale tels le renforcement des capacités ou le développement de l'infrastructure qui sont susceptibles de dépasser la portée de ladite composante, veuillez préciser clairement ces aspects et indiquez comment ils sont liés à d'autres composantes de la proposition dans la réponse détaillée aux questions 27.**

*S'il s'agit d'une proposition entièrement intégrée où deux ou plusieurs composantes sont liées d'une manière telle qu'il serait irréaliste ou impossible de les séparer, cochez les cases du tableau IV.23 pour identifier toutes les maladies qui sont directement concernées par cette composante intégrée.*

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

24. 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

25. 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):

**Logique :** Les indicateurs de performance du Programme National sont assez limités. Le faible taux de détection (48%) est la conséquence de l'insuffisance à la fois de centres de microscopie, en particulier à Abidjan, comme de la qualité actuelle du dépistage mais surtout à l'absence de référence des tousseurs chroniques vers les centres de diagnostic. Les centres de santé périphériques ne contribuent que pour une faible part à l'identification des suspects et à leur orientation, La plupart des patients se présentent spontanément dans les centres de diagnostic et de traitement. Le taux de succès du traitement chez les malades à frottis positifs n'est que de 61%. Le traitement directement observé est déjà en cours à titre pilote dans 20 districts (dont 8 non accessibles où l'expérience est actuellement stoppée). Dans un de ces districts, où l'expérience se poursuit depuis plus de 12 mois, une évaluation a montré un taux de guérison de 80%, comparé au taux de 61% observé dans l'ensemble du pays et à 70 % de taux de succès pour la ville d'Abidjan. Le traitement est délivré aux malades par les CDT pour une semaine ou davantage sans avoir l'assurance de la prise effective des médicaments et sans qu'il soit possible de faire une recherche des patients irréguliers. Les tuberculeux des 8 centres antituberculeux bénéficient d'un conseil et du dépistage volontaire pour l'infection à VIH. Le test est acheminé

sur Abidjan et les résultats sont disponibles 2 mois plus tard. Ces malades bénéficient de l'offre de cotrimoxazol au cours de leur traitement antituberculeux.

**Le but** de cette proposition est de contribuer à réduire la morbidité, la mortalité et la transmission de la tuberculose. Les objectifs sont : de remettre à niveau les capacités techniques des personnels affectés au diagnostic et de renforcer la qualité de leurs prestations par un encadrement et une supervision plus rapprochée ; d'étendre progressivement le traitement directement observé au niveau de l'ensemble des formations sanitaires périphériques ce qui permettra un meilleur suivi du patient et contribuera à assurer sa guérison ; d'informer et de sensibiliser la population à la lutte contre la tuberculose et d'impliquer les communautés dans le soutien aux malades et l'identification des suspects.

**Les résultats attendus en sont** : un meilleur taux de dépistage, plus précoce, qui permettra une prise en charge thérapeutique du malade plus efficace ; une amélioration rapide de l'état de santé du malade et un taux de guérison supérieur à ce qu'il est actuellement et un taux de mortalité dû à la maladie plus faible ; une baisse de la transmission de la maladie dans la population générale. Plus globalement, un des résultats attendus est la responsabilisation de l'ensemble des personnels des formations sanitaires périphériques pour la lutte contre la tuberculose au même titre que pour tous les autres programmes de santé prioritaires. Les actions auprès de la communauté mais aussi dans les écoles et dans la population en général contribueront également à rendre cette maladie moins stigmatisante.

Actuellement le programme ne peut être mis en œuvre que dans la moitié du pays et probablement les CDT des zones non accessibles pendant le conflit devront être totalement réhabilités. Le stock de réserve de médicaments, totalement épuisé actuellement, devra être reconstitué pour l'ensemble du pays.

**26. Indiquez la durée estimée de la composante:**

Tableau  
IV.25

<b>De</b> (mois/année):	Janvier 2004	<b>A</b> (mois/année):	Décembre 2008
-------------------------	--------------	------------------------	---------------

**27. 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.*

**27.1. 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):

*Remarque: l'impact peut être lié à des programmes nationaux plus génériques dans lesquels cette composante s'inscrit. Dans ce cas, veuillez vous assurer que les indicateurs d'impact reflètent le programme national général et pas uniquement cette composante.*

*Précisez les données de base dans le tableau IV.27.1. Les objectifs chiffrés qui mesurent l'impact sont uniquement demandés pour la fin de la période de subvention complète.*

Tableau IV.27.1

<i>But:</i>	<i>Réduire la morbidité, la mortalité et la transmission de la tuberculose</i>	
<i>Indicateurs d'impact</i>	<i>Base</i>	<i>Objectif chiffré (dernière année de la proposition)</i>
<i>(Voir annexe II)</i>	<i>Année 2001</i>	<i>Année:2008</i>
Nombre de cas de TPM+ pour 100000 habitants	67/100000 soit 10950	170/100000 soit 37390
Nombre de décès dû à la tuberculose pour 100000 habitants	5/100000 soit 538	3/100000

Les données de base sont relatives à l'année 2001. Elles sont extraites du rapport d'activités du Programme National. Les données sont transmises trimestriellement par les CDT et compilés par le service d'épidémiologie de la Coordination Nationale du Programme qui gère le système d'information du Programme. Ces données sont quasiment identiques à celles obtenues par l'UICMR lors de la dernière mission d'évaluation (rapport de mission d'évaluation n° 3, janvier 2003).

Le but général de la proposition est de réduire la transmission de la maladie dans la population générale en associant un dépistage plus performant et de meilleure qualité, la guérison des malades dépistés par une meilleure prise en charge et un suivi tout au long du traitement.

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

*Il convient de répondre séparément à la question 28 pour chaque objectif. Veuillez copier les questions 28 et 28.1 autant de fois qu'il y a d'objectifs.*

*Remarque: les résultats peuvent être reliés à des programmes plus vastes dans lesquels s'inscrit cette composante. Si c'est le cas, veuillez vous assurer que les indicateurs de résultat/couverture reflètent le programme national général et pas uniquement cette composante.*



Spécifiez dans le tableau IV.28 les données de base qui permettent de mesurer les indicateurs de résultat/couverture. Les objectifs chiffrés sont uniquement demandés pour l'année 2 et après.

Objectif:1	Renforcer les capacités et la qualité du dépistage pour atteindre un taux de dépistage de 75% des cas estimés à la fin de la période				
Indicateurs de résultats/couverture (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré			
	2001	Année2	Année3	Année4	Année5
Proportion des nouveaux cas à frottis positifs dépistés parmi les cas estimés à frottis positifs	48%* soit 10 950 cas	63% soit 13 001	70% soit 17 015	75% soit 22 691	75% soit 28 043
Nombre de CDT	51	96	96	96	96
Nombre de CDT en zone accessible	51	73	73	73	73
Nombre de CDT en zone inaccessible	0	23	23	23	23
Nombre de laboratoires dont les résultats sont validés au contrôle de qualité ***	83% soit 43laborat oires sur 51	90% soit 86 laboratoi res sur 96	95% soit 91 laboratoir es sur 96	100% 96 laboratoir es sur 96	100% 96
Nombre de laboratoires dont les résultats sont validés au contrôle de qualité en zone accessible ***	83% soit 43laborat oires sur 51	90% soit 62 laboratoi res sur 73	95% soit 69 laboratoir es sur 73	100% 73 laboratoir es sur 73	100% 73 laboratoir es sur 73
Nombre de laboratoires dont les résultats sont validés au contrôle de qualité dans les anciennes zones inaccessibles ***	0	83% soit 19 laboratoi res sur 23	95% soit 21 laboratoir es sur 23	100% 23 laboratoir es sur 23	100% 23 laboratoir es sur 23
Proportion de cas dépistés validés par le centre de référence au cours du contrôle de qualité		100%	100%	100%	100%

Tableau  
IV.28

\*rapport OMS2003 WHO/CDS/TB/2003/ Rapport d'activités du programme national de lutte contre la tuberculose (2001)

\*\* 23 laboratoires sont non fonctionnels depuis la crise sociopolitique en Côte d'Ivoire

\*\*\* : Laboratoire dont 95% des lames sont validés

Objectif spécifique 1. Renforcer les capacités et la qualité du dépistage pour atteindre un taux de dépistage de 75%

Cet objectif vise à accroître le taux de détection des cas attendus, d'une part en augmentant la disponibilité des services de dépistage microscopique, en particulier à Abidjan où la moitié des communes dispose d'un laboratoire de microscopie pour au moins 750000 habitants. Il s'agira d'autre part d'améliorer la qualité du dépistage par le renforcement des capacités des techniciens. L'assurance qualité sera renforcée par la formation des biologistes du niveau régional et central et par les activités régulières de supervision et de contrôle de qualité dans les CDT.

Les résultats attendus en seront une couverture de l'ensemble du pays par un réseau de laboratoires fonctionnels avec des personnels bien formés. L'augmentation du taux de détection des cas à frottis positif passera de 48% à 75% parmi les cas estimés.

#### **28.1. Activités générales relatives à l'objectif spécifique 1 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):

*Remarque: les indicateurs de procédure/produit pour les activités générales doivent directement refléter les activités générales spécifiées de CETTE composante.*

*Précisez dans le tableau IV.28.1 ci-dessous les données de base pour mesurer les indicateurs de procédure/produit. Les objectifs chiffrés doivent être indiqués pour les deux premières années de la composante.*

*Pour chaque activité générale, précisez dans le tableau IV.28.1 quelles seront les institutions chargées de l'exécution.*

#### **Objectif spécifique 1. Renforcer les capacités et la qualité du dépistage pour atteindre un taux de dépistage de 75% en 2007**

Cet objectif vise à accroître le taux de détection des cas attendus, en augmentant la disponibilité des services de dépistage microscopique, en particulier à Abidjan, où la moitié des communes dispose d'un laboratoire de microscopie pour au moins 750 000 habitants. Il s'agira d'autre part d'améliorer la qualité du dépistage par le renforcement des capacités des techniciens des CDT et celles des biologistes du niveau régional et central à la supervision et au contrôle de qualité. Les centres de santé périphériques seront davantage impliqués dans l'identification des suspects et leur orientation dans les centres de diagnostic. Ils seront soutenus dans cet effort par les associations et les relais communautaires.

Les résultats attendus en seront une couverture de l'ensemble du pays par un réseau de laboratoires fonctionnels avec des personnels bien formés et un bon système de référence en amont des tousseurs chroniques. L'augmentation du taux de détection des cas à frottis positif passera de 48% à 75% parmi les cas estimés.

#### **28.1. Activités générales relatives à l'objectif spécifique 1 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):

##### **Activité 1.1 : Renforcer les équipements du réseau de laboratoires sur l'ensemble du territoire**

Le nombre de CDT sera doublé dans la ville d'Abidjan : 18 nouveaux CDT seront intégrés dans les Centres de Santé Urbain du Ministère de la santé et 4 seront installés dans les Formations sanitaires à gestion communautaire privée non lucrative (FSU Com). Des microscopes seront fournis ainsi que du petit équipement. Des consommables seront fournis avec tout nouvel équipement pour une durée de un an. Les 23 CDT situés dans les districts actuellement non accessibles et qui ont été vraisemblablement détruits seront à rééquiper. Trois Centres Anti Tuberculeux Régionaux dont 2 à Abidjan, où le nombre d'examen est supérieur à 100 frottis par jour, seront équipés en microscopes à fluorescence. Afin de rationaliser les coûts, le CAT de référence national sera doté

d'équipements lui permettant de fabriquer des colorants pour l'ensemble des laboratoires de microscopie du pays. Les équipements du Laboratoire National de référence seront complétés en microscopes binoculaires et microscopes à fluorescence.

**Activité 1.2 : Renforcer les compétences des techniciens chargés du diagnostic microscopique de la tuberculose**

Les techniciens de laboratoire n'ont reçu aucun recyclage depuis leur formation initiale. Tous les techniciens de laboratoire des CDT seront formés ou recyclés à la microscopie des expectorations. Chacun d'eux effectuera un stage, de 2 semaines pour les nouveaux et d'une semaine pour les anciens, au CAT de sa région. L'ensemble des techniciens suivra un recyclage 2 ans après. La formation des techniciens des districts non accessibles se fera en fonction de la normalisation de la situation dans le pays. Des affichettes de procédure pour laboratoire seront élaborées et affichées dans tous les laboratoires des CDT.

**Activité 1.3 : Renforcer les capacités d'encadrement et le contrôle de qualité des activités de laboratoires**

Les biologistes des CAT régionaux n'ont aucune activité de contrôle de qualité microscopique auprès des CDT. Celui-ci est assuré une fois par an par la biologiste de la Coordination Nationale du Programme. Un guide de supervision clinique et biologique à l'attention des médecins chefs et des biologistes des CAT sera élaboré. La composante laboratoire sera rédigée par un groupe de travail constitué des responsables des CAT et du Laboratoire National de Référence. Il sera validé au cours d'un atelier auquel participeront des personnes ressources nationales ayant une compétence reconnue dans le domaine. Les biologistes des CAT seront formés à la supervision et au contrôle de qualité et recyclés 2 ans plus tard au cours d'un stage effectué au Laboratoire National de Référence. Des véhicules leur seront fournis pour réaliser leurs activités de contrôle et de supervision.

**Activité 1.4 Améliorer l'identification et l'orientation des suspects dans les formations sanitaires et dans la communauté** (la mise en œuvre des sous activités est commune à l'activité 2.1 de l'objectif 2 et à l'activité 3. de l'objectif 3)

Les personnels des centres de santé périphériques seront impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie DOTS. Ils seront formés à l'identification des suspects, à leur orientation et à l'observation directe et au suivi du traitement au cours de journées de formation organisées dans chaque district par le responsable du centre antituberculeux régional. Les relais communautaires (volontaires des ONG et des associations) seront également formés à l'identification des suspects dans la communauté et à leur orientation vers les centres de santé.

Tableau IV.28

Objectif:1 Renforcer les capacités et la qualité du dépistage pour atteindre un taux de dépistage de 75% des cas estimés en 2007					
Activités générales	Indicateurs de procédure/produit	Base	Objectifs chiffrés		Institutions responsables/chargées de l'exécution
			2002	Année 1	
<b>1.1.Renforcer le réseau de laboratoires de diagnostic sur l'ensemble du territoire</b>					
- Equipement de 22 nouveaux CDT en microscopes et petit équipement	22 nouveaux CDT sont fonctionnels : -18 dans le secteur public - 4 dans les FSU Com	51	8 2	10 2	Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
- Ré équipement en microscopes et petits équipements de 23 CDT dans les anciennes zones de conflits	23 CDT fonctionnels dans les anciens districts non accessibles	0		23	Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)

- Equipement de 3 centres antituberculeux de région en microscopes à fluorescence. petits matériels consommables	3 CAT de région équipés en microscope à fluorescence fonctionnels	2	2	1	Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
- Equipement du laboratoire national de référence en:  -4 microscopes optiques  -1 microscope à fluorescence	4 microscopes binoculaires un microscope à fluorescence sont disponibles et fonctionnels au LNR	2 1 0		4 1	Laboratoire national de référence (LNR)  Direction de l'équipement et de la maintenance (DIEM)
<b>1.2 Renforcer les compétences des techniciens chargés du diagnostic microscopique de la tuberculose</b>					
- Elaboration et diffusion de 500 affichettes de procédures pour les laboratoires	Nombre de laboratoires dans lesquels les affichettes sont disponibles et affichées	0	61	35	Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
- Recyclage des 120 techniciens de laboratoire de 96 CDT	120 techniciens de laboratoire des CDT recyclés	30 (2003)		120	Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
<b>1.3. Renforcer les capacités d'encadrement et le contrôle de qualité des activités de laboratoire</b>					
- Organisation d'un groupe de travail et d'un atelier pour l'élaboration et la validation d'un guide de supervision et diffusion du guide	guide de supervision disponible dans les CAT et CDT	0	61	96	Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
Formation des 10 biologistes des CAT régionaux pour le contrôle de qualité et la supervision des laboratoires des CDT	10 biologistes des CAT sont formés à la supervision et au contrôle de qualité des CDT	0	10		Laboratoire national de référence (LNR) Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
- Dotation aux CAT de véhicules pour la supervision :  - 8 véhicules 4x4  - 8 motos	8 véhicules 4x4 et 8 motos sont disponibles dans les CAT		5 4x4 5 motos	3 4X4 3 motos	Programme national de lutte contre la tuberculose  Direction de l'équipement et du matériel
<b>1.4. Améliorer l'identification et l'orientation des suspects dans les formations sanitaires et dans la communauté (sous activités communes à l'activité générale 2.1 l'objectif 2 et l'activité 3.2 de l'objectif 3)</b>					
- Formation de médecins et d'infirmiers des CS périphériques au DOT	pm				Programme national de lutte contre la tuberculose Médecin chef de CAT
- Formation des relais communautaires à l'identification et à l'orientation des suspects	pm				ONG  Programme national de lutte contre la tuberculose  Médecins chefs des Centres antituberculeux

Tableau IV.28

**28. Objectif 2 et résultats attendus** (Décrivez les objectifs spécifiques et les résultats attendus qui contribueront à la réalisation du but déclaré), (1 paragraphe par objectif spécifique):

**Objectif spécifique 2. Renforcer les capacités et la qualité de prise en charge thérapeutique des tuberculeux pour atteindre 85 % de taux de succès en 2008**

Le traitement des malades tuberculeux, actuellement dispensé et observé au niveau des CAT et des CDT sera décentralisé jusqu'au centre de santé où le traitement directement observé sera mis en œuvre en application de la stratégie DOTS. Cette activité, déjà en cours à titre pilote dans 12 districts (plus 8 non accessibles mais où elle a été stoppée) et compte tenu des résultats encourageants déjà observés sera étendue progressivement à l'ensemble du pays. Les districts accessibles seront les premiers à être couverts et les districts actuellement non accessibles seront enrôlés au fur et à mesure de l'évolution de la situation socio politique. Toutes fois, il est vraisemblable que ces activités puissent commencer dans ces zones dès l'année 3 et ainsi l'ensemble du pays pourrait être couvert par la stratégie à la fin du programme.

Les patients tuberculeux bénéficieront de l'offre de dépistage de l'infection à VIH dans tous les CDT. La gestion des médicaments sera rationalisée grâce au transfert de la gestion et de la distribution à la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), centrale d'achat nationale qui assure efficacement l'approvisionnement le stockage et la distribution des médicaments pour l'ensemble des formations sanitaires publiques. Un système de suivi des patients tuberculeux en situation d'échec ou de rechute ainsi que de surveillance des souches isolées chez ces patients et chez les patients VIH+ sera mis en place.

Les résultats attendus sont de 85% de taux de succès et de 100% de couverture des districts **par la stratégie DOTS.**

Indicateurs de résultats/couverture (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré			
	2000	Année 2	Année3	Année4	Année5
Proportion de cas de tuberculose détectés par frottis positifs traités avec succès pour l'ensemble du pays *	<b>61% soit 6287</b>	74% soit 9621	84% soit 14293	85% soit 19287	85% soit 23837
Proportion de cas de tuberculose détectés par frottis positifs, et traités avec succès dans les districts accessibles	<b>61% soit 5361</b>	74% soit 8255	84% soit 12251	85% soit 16396	85% soit 20261
Proportion de cas de tuberculose détectés par frottis positifs et traités avec succès dans les districts non accessibles	<b>57 % soit 926</b>	70% soit 1366 cas	80% soit 2042	85% soit 2894	85% soit 3576
Nombre de district où la stratégie dots est mise en œuvre sur l'ensemble du pays	<b>18,5 % soit 12</b>	41% soit 27	72% soit 47	84,6 % soit 55	<b>100% soit 65</b>
Nombre de district où la stratégie dots est mise en œuvre dans la zone accessible	<b>28,5% soit 12</b>	64% soit 27	100% soit 42	100% soit 42	100% soit 42
Nombre de district où la stratégie dots est mise en œuvre dans les anciennes zones de conflit	<b>0</b>		22% soit 5	56,5% soit 13	100% soit 23
Nombre de centres de santé mettant en œuvre le traitement de la tuberculose selon la stratégie DOTS dans l'ensemble du pays	<b>41% soit 540</b>	60%soit 990	80%soit 1590	100% soit 1590	

**28.1. Activités générales relatives à l'objectif spécifique 2 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):

### **Activité 2.1 Augmenter le nombre de CS mettant en application le traitement directement observé**

La mise en place de la stratégie DOTS sera étendue progressivement à l'ensemble du pays. Les districts accessibles seront couverts au cours des deux premières années. Dans les zones actuellement non accessibles, les objectifs et le calendrier seront révisés à la lumière de l'évolution de la situation. Les médecins des centres de santé urbains des districts seront les premiers à être formés à la stratégie DOTS par le médecin responsable du CAT qui assurera leur formation au cours d'une journée sur place dans chaque district. Les infirmiers des centres de santé publics des districts seront également formés : identification des tousseurs chroniques et orientation vers les CDT, observation directe du traitement des malades tuberculeux. Cette formation sera réalisée au cours d'un atelier organisé au chef lieu de district et animé par le médecin du CAT, le responsable du CDT du district et un membre de l'équipe cadre du district chargé de la tuberculose.

### **Activité 2.2 Renforcer les activités de supervision des CS par les CDT et les responsables de l'équipe cadre du district sanitaire**

La composante clinique du guide de supervision (cf activité 1.3 de l'objectif 1), à l'attention des responsables des équipes de district et des CAT pour la supervision des CDT et des centres de santé, sera élaborée par un groupe de travail composé de représentants de la coordination nationale et de personnes ressources ayant une compétence reconnue dans le domaine. Au fur et à mesure de l'extension, des véhicules (motocyclettes) seront fournies aux districts pour appuyer les activités de supervision.

### **Activité 2.3 Rationaliser l'approvisionnement régulier des CDT / Centres de santé en médicaments antituberculeux**

La pharmacie de santé publique (PSP), centrale d'achat nationale de médicaments génériques assure l'approvisionnement du pays en médicaments antituberculeux à partir des besoins exprimés par le PNL. Le PNL gère le stock central et est en charge de la distribution des médicaments aux CAT et CDT. Les insuffisances de ce système ne permettent pas d'adapter les commandes au nombre de malades effectivement sous traitement. Afin de rationaliser les commandes et la distribution des médicaments, une étude de faisabilité de la gestion de l'ensemble du système de stockage et de distribution des médicaments antituberculeux par la PSP sera réalisée avec l'appui d'un consultant international et national. Des procédures et de nouveaux outils de gestion seront élaborés afin de garantir un contrôle rigoureux de la gestion et de l'utilisation de ces médicaments. Le pharmacien du Programme National sera associé très étroitement à cette gestion. Compte-tenu des difficultés que rencontre le pays la centrale d'achat est confrontée à de nombreuses difficultés pour se réapprovisionner auprès de fournisseurs qui n'acceptent plus de livrer des médicaments. Le stock de réserve de médicaments antituberculeux est actuellement épuisé. Le financement demandé sera utilisé pour la reconstitution du stock.

### **Activité 2.4 Améliorer la prise en charge des malades tuberculeux chroniques et des patients tuberculeux co-infectés par le VIH**

Les malades chroniques sont pris en charge dans les services de pneumo-phtisiologie des hôpitaux. Ils ne sont pas répertoriés par le Programme National. Avec l'appui d'un consultant international, un système de surveillance spécifique sera mis en place afin de mieux organiser leur enregistrement et leur suivi. Des protocoles de prise en charge seront élaborés conformément aux directives de l'OMS et de l'UICMR et les patients seront enregistrés et suivis sur des registres spécifiques. Un CAT sera transformé en laboratoire de deuxième niveau afin de démarrer le programme de mise en place de sites sentinelles pour la surveillance des MDR-TB. Il sera équipé du matériel approprié pour la pratique des cultures chez les sujets résistants, et sera fourni en réactifs et consommables suffisants pour la première année de fonctionnement. Les cultures positives seront acheminées au Laboratoire National de Référence. Celui-ci qui assure l'identification, l'étude des résistances et le typage moléculaire prépare également la mise en place du réseau sentinelle de laboratoires (CAT) pour la surveillance bactériologique et moléculaire des souches MDR isolées chez les patients VIH+ et VIH-, ou chez les patients en situation d'échec ou de rechute. Un équipement complémentaire nécessaire à la réalisation de ces activités lui sera fourni.

En Côte d'Ivoire, où il est estimé que 45% des tuberculeux sont porteurs de l'infection à VIH, le dépistage de l'infection à VIH sera étendu à l'ensemble des CDT avec mise à disposition gratuite par le Programme du test VIH. Le cotrimoxazole sera également distribué à ces patients gratuitement pour la prévention des maladies opportunistes ainsi que des préservatifs. Les personnels des CAT et des CDT en charge du dépistage microscopique seront formés au counselling lors de séminaires organisés par les responsables des CAT en collaboration avec ceux du Programme de Lutte contre le Sida.

Tableau IV.28

<b>Objectif:2</b>		Renforcer les capacités et la qualité de prise en charge thérapeutique des tuberculeux pour atteindre un taux de succès de 85% en 2008			
<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>An</b>  <b>Mettre l'année</b>	<b>Année</b>  <b>1</b>	<b>Année</b>  <b>2</b>	
<b>2.1. Augmenter le nombre de CS mettant en application la stratégie DOT</b>					
- Recyclage de 350 médecins des centres de santé urbains des districts au suivi des tuberculeux	350 médecins recyclés	0	150	200	Programme national de lutte contre la tuberculose  Médecins chef de district  Médecin chef de centre antituberculeux régionaux
- Formation de 1050 infirmiers des CS de districts à la stratégie DOTS	1050 infirmiers formés	540 (2003)	450	600	Programme national de lutte contre la tuberculose  Médecin chef de Centres antituberculeux
<b>2.2 Renforcer les activités de supervision des CS par les CDT et les responsables de l'équipe cadre du district sanitaire</b>					
- Elaborer la composante clinique du guide de supervision	Guide de supervision disponibles dans les CAT et les CDT	0	51	96	<b>Programme national de lutte contre la tuberculose OMS</b>
- Dotation des CDT en moto pour la supervision des activités des -motos des CDT	35 CDT équipés en motos	0	15	20	Programme national de lutte contre la tuberculose  Direction de l'équipement et du matériel
<b>2.3 Rationaliser un approvisionnement régulier des CAT/CDT / Centres de santé en médicaments antituberculeux</b>					

- Etude de faisabilité pour la révision du système de gestion et de distribution des médicaments antituberculeux	Rapport de l'étude disponible  Guide de procédures et protocoles disponible dans les CAT et CDT	0		1  84	Programme national de lutte contre la tuberculose  Pharmacie de la santé publique
- Acquisition d'un stock de sécurité de médicaments antituberculeux	Stock de réserve constitué à la PSP		1		Pharmacie de la santé publique
<b>2.4 Améliorer la prise en charge des cas chroniques de tuberculose et des tuberculeux VIH positif</b>					
- Etude pour la mise en place un système de surveillance spécifique des malades chroniques et des souches MDR  - Elaboration des directives  - Elaboration d'un registre de notification et suivi  - Création d'un répertoire des malades	Directives diffusées  Registre disponible dans les CHU  Répertoire disponible au PNT			1  1  1	Programme national de lutte contre la tuberculose  PPH des CHU
- Equipement d'un CAT en matériel de culture	Matériel de culture fonctionnel	0	1		Programme national de lutte contre la tuberculose  Laboratoire national de référence
- Equipement du Laboratoire National de Référence en matériel de culture pour la surveillance de la résistance des souches bactériennes	Matériel de culture fonctionnel au LNR	1		1	Laboratoire national de référence (LNR)  Direction de l'équipement et de la maintenance (DIEM)
- Equipement le laboratoire national de référence pour le diagnostic par réaction de polymérisation en chaîne de la tuberculose chez les sujets séropositifs et les TPM- et le typage moléculaire des souches de M tuberculosis MDR	Equipement fonctionnel au LNR	0		1	Laboratoire national de référence (LNR)  Direction de l'équipement et de la maintenance (DIEM)



- Mise à disposition des tests de dépistage rapide de l'infection à VIH par tests rapides dans les CDT	Tests disponibles	5000 (2002)	10 000 tests	17 000 tests	Programme national de lutte contre la tuberculose  Programme national de prise en charge médicale des PPVIH
- Mise à disposition de préservatifs dans les CAT et CDT	Préservatifs disponibles dans les CAT et CDT	00	<b>80000</b>	<b>80000</b>	Programme national de lutte contre la tuberculose  Programme national de prise en charge médicale des PPVIH
- Formation de 66 personnels des CAT et CDT en counselling	66 personnels formées	40 (2001)		66	Programme national de lutte contre la tuberculose  Programme national de prise en charge médicale des PPVIH

**28. Objectif 3 et résultats attendus** (Décrivez les objectifs spécifiques et les résultats attendus qui contribueront à la réalisation du but déclaré), (1 paragraphe par objectif spécifique):

**Objectif spécifique 3 : renforcer la sensibilisation de la population et l'implication de la communauté dans les activités du programme de lutte contre la tuberculose**

L'objectif est de développer les activités des associations communautaires pour le soutien aux malades mais aussi pour l'identification et l'orientation des tousses chroniques. Ce sont des ONG déjà actives dans le secteur santé et bien implantées dans le pays qui assureront la formation de ces associations et joueront le rôle d'interface entre celles-ci et les services de santé. Des séances de sensibilisation seront également organisées dans les écoles par les médecins scolaires qui recevront une formation du Programme. Des campagnes d'information permettront de délivrer des messages à l'ensemble de la population dans le but de mieux faire connaître la maladie, d'inciter les suspects potentiels à consulter et de rectifier l'image négative dont sont encore l'objet les tuberculeux.

Tableau  
IV.28

<b>Objectif: 3</b>	Renforcer la sensibilisation de la population et l'implication de la communauté dans les activités du programme de lutte contre la tuberculose				
<b>Indicateurs de résultats/couverture</b> (Voir annexe II)	<b>Base</b>	<b>Objectif chiffré</b>			
	<b>Année: (2002)</b>	<b>Année 2005</b>	<b>Année 2006</b>	<b>Année 2007</b>	<b>Année 2008</b>
Nombre de districts où se développent des activités de sensibilisation d'enseignants chaque année	0	100% soit 65	100% soit 65	100% soit 65	100% soit 65
Nombre de régions couvertes par les associations communautaires qui développent des activités de sensibilisation et de soutien aux malades	3	6	14	16	19

Nombre de patients tuberculeux TPM+ qui bénéficient du soutien des associations	<b>600</b>	<b>2000</b>	<b>4000</b>	<b>6000</b>	<b>8000</b>
Nombre de contrat signé avec la radio nationale	<b>0</b>	1	1	1	1
Nombre de contrat signé avec la télévision nationale	<b>0</b>	1	1	1	1

### Activités générales relatives à l'objectif spécifique 3 et résultat attendu

#### **Activité 3.1** Développer les activités d'IEC dans les écoles

La sensibilisation se fera dans les écoles par des enseignants sélectionnés dans l'équipe d'encadrement des clubs santé qui seront formés par les médecins scolaires. Ceux-ci seront préalablement formés par le Programme national.

#### **Activité 3.2.** Développer la mise en œuvre de projets par les associations locales

Le programme renforcera les capacités des associations communautaires pour la mise en œuvre de projets par les associations locales sur le soutien aux patients et la sensibilisation de la population. Ce sont des ONG bien implantées dans le pays et très actives dans le domaine de la santé qui assureront le renforcement des capacités des associations. Des contrats seront passés entre les services de santé des districts et les ONG qui seront sélectionnées par appel d'offre. Les cahiers des charges pour les associations seront élaborés par le Programme et les ONG seront jusqu'à ce que le transfert de compétences soit effectif, responsables pour les activités menées par les associations. Les ONG sont actuellement surtout présentes dans la capitale. Le programme favorisera l'implantation d'une ONG par région pour le développement des activités des associations communautaires de la région. A la fin du programme un projet sera financé au niveau de chacune des régions où une ou plusieurs associations seront chargés d'organiser et de former les associations communautaires de la région.

#### **Activité 3.3** Développer les messages d'information et de communication pour l'ensemble de la population

L'information et la sensibilisation se feront à travers les mass média par la diffusion de messages et d'émissions radio et télévisés et par la production d'affiches et de dépliants qui seront distribués dans tous le pays. Les émissions de radio en langue locale seront privilégiées.

<b>Objectif:3</b>	Développer la sensibilisation de la population et l'implication de la communauté dans les activités du programme de lutte contre la tuberculose				
<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>Année 1</b>	<b>Année 2</b>	

<b>3.1. Développer les activités d'IEC dans les écoles</b>					
- Formation des médecins des services de santé scolaires et universitaires	30 médecins scolaires formés	0 (2003)		30	Programme national de lutte contre la tuberculose
- Animation de 4 séances annuelles d'information sur la tuberculose pour les enseignants dans 65 districts	Nombre de districts dans lesquels 4 séances ont été réalisées chaque année	0		65 districts	Médecin des CAT Médecin des services de santé scolaires et universitaires
<b>3.2. Développer la collaboration avec les associations pour la sensibilisation et la mobilisation des communautés</b>					
- Formation de 70 personnes de 6 associations	70 personnes ont été formées	2 (2003)	35	35	Programme national de lutte contre la tuberculose ONG
- Financement des 9 projets mis en œuvre par les associations	9 projets ont été financés	0 (2002)	3	6	Programme national de lutte contre la tuberculose CAA
<b>3.3. Développer l'information sur la tuberculose et les activités du programme national pour l'ensemble de la population</b>					
- Organisation de d'émissions dans les média audiovisuels					Programme national de lutte contre la tuberculose
- 4 émissions radio par an	4 émissions diffusées	1(2003)		4	OMS
- 4 émissions radio de proximité par an	4 émissions diffusées		4	4	
- 4 émissions télé par an	4 émissions diffusées		4	4	Direction de la promotion de la santé
- 24 diffusions de spots radios par an	24 spots diffusés		24	24	
-24 diffusions par an de spots télévisés	24 spots diffusés	10	24	24	
		4 (2003)			
- Production de supports de sensibilisation	Supports élaborés				Programme national de lutte contre la tuberculose
- reproduction de 3000 affiches	3000 affiches diffusées		3000	3000	OMS
- reproduction de 5000 dépliant	- 5000 dépliant distribués lors	200 2500 (2003)	5000	5000	

**28.1. Activités générales relatives à l'objectif spécifique 4 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):

*Remarque: les indicateurs de procédure/produit pour les activités générales doivent directement refléter les activités générales spécifiées de CETTE composante.*

*Précisez dans le tableau IV.28.1 ci-dessous les données de base pour mesurer les indicateurs de procédure/produit. Les objectifs chiffrés doivent être indiqués pour les deux première années de la composante.*

*Pour chaque activité générale, précisez dans le tableau IV.28.1 quelles seront les institutions chargées de l'exécution.*

<i>Objectif:4</i>	<b>Renforcer les activités de planification, de monitoring et d'encadrement à tous les niveaux du système</b>				
Indicateurs de résultats/couverture (Voir annexe II)	Base	Objectif chiffré			
	2000	Année2	Année3	Année4	Année5
Nombre de réunions d'évaluation et de planification organisée dans les CAT régionaux	0	5	8	8	8

**Objectif spécifique 4 : Renforcer les activités de planification, de monitoring et d'encadrement à tous les niveaux du système**

Actuellement une réunion d'évaluation annuelle est organisée avec tous les partenaires du programme national de lutte contre la tuberculose. Les responsables des 8 CAT régionaux représentent les CDT des régions dont ils assurent la supervision. Cet objectif vise à organiser avec les responsables des CDT dans les régions, une réunion annuelle d'évaluation, de planification des activités afin d'optimiser les résultats et de motiver les différents partenaires de la lutte contre la tuberculose au niveau local.

**Activité 4.1. Développer les activités de planification, d'évaluation et de suivi des activités des responsables du programme à tous les niveaux**

Les responsables des CDT/CAT/PPH /LNR sont chargés de gérer le programme au niveau décentralisé. Au niveau de chaque CAT sera organisé à la fin de l'année une réunion d'évaluation des activités de l'année en cours de planification des activités régionales.

**Activité 4.2 Renforcer les capacités d'encadrement de la coordination nationale**

Une dotation en équipement pédagogique et logistique est sollicitée pour accroître les capacités de la coordination du programme.

*Tableau IV.28.1*

<b>Objectif: 4</b>	Renforcer les activités de planification, de monitoring et d'encadrement à tous les niveaux du système
--------------------	--

Activités générales	Indicateurs de procédure/produit  (un par activité) (Voir l'annexe II)	Base  (Spécifiez l'année)	Objectifs chiffrés		Institutions responsables/chargées de l'exécution
			Année 1	Année 2	
<b>4.1. Développer les activités de planification, d'évaluation et de suivi des activités des responsables du programme à tous les niveaux</b>					
- Organisation d'une réunion annuelle d'évaluation et de planification par CAT	Nombre de réunions annuelles	0	8 réunions	8 réunions	Programme national de lutte contre la tuberculose  OMS
<b>4.2 Renforcer les capacités d'encadrement de la coordination nationale</b>					
- Dotation en équipement pédagogique et logistique  - vidéo projecteur -Rétroprojecteur -photocopieur	Nombre d'équipement fonctionnel	0 0 0	2 2 2		Programme National de Lutte contre la Tuberculose  DIEM

**29. 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:** (par ex.: la composante s'appuie-t-elle sur des programmes existants ou les élargit-elle; la composante vise-t-elle à combler des lacunes existantes dans les programmes nationaux; la proposition s'inscrit-elle dans le Plan national; existe-t-il un lien évident entre la composante et des politiques ou programmes de développement plus généraux tels que les Stratégies de réduction de la pauvreté ou les Approches sectorielles, etc.) (2–3 paragraphes):

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. Actuellement la situation de crise que vit le pays, rend inaccessibles , 8 de ces districts.

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 qui n'a pas permis de trouver des financements pour les activités programmées . Seuls les appuis techniques de l'OMS, de l'UICMTR 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 de développement des districts par une décentralisation des centres de dépistage et de traitement et un appui à la supervision des activités des centres de santé. Dans tous les centres de santé, le personnel sera capable d'identifier les suspects de tuberculose, de les orienter vers le laboratoire et d'assurer le suivi des malades tuberculeux. Les frottis seront réalisés secondairement dans le centre de santé périphérique et acheminé aux laboratoire.

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

### **30.1. 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.

### **30.2. La participation des communautés:**

La participation des communautés sera renforcée par l'intégration des ONG et associations dans les activités de soutien aux malades et leur famille. Les ONG et les associations confessionnels développeront des projets d'activités pour mobiliser les associations telles que les leaders communautaires, les anciens malades. Ces projets seront financés dans le cadre du fonds global et gérés par les ONG qui seront supervisées par le programme.

### **30.3. Les questions d'égalité des sexes:**

Un tuberculeux sur trois est de sexe féminin. Les termes de référence des projets de mobilisation et de sensibilisation de la communauté accorderont une priorité à l'accès égal des hommes et des femmes à l'information , aux structures de dépistage et de prise en charge de la tuberculose.

### **30.4. Les questions d'égalité sociale:**

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.

### **30.5. Le développement des ressources humaines:**

Le recyclage permettra de renforcer les compétences du personnel de santé pour un dépistage précoce et une meilleure prise en charge. Il s'agit de garantir la pérennité en investissant dans la formation.

### **30.6. 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), (1–2 paragraphes):**

**Les médicaments essentiels sont utilisés pour le traitement selon les protocoles suivants :**

- **Pour les nouveaux cas adultes :**

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

Les formes combinées sont utilisées

{RHZE} : (R 150mg + H 75mg + Z 400 mg + E 275 mg)

{RH} : (R 150mg + H 75mg)

- **Pour les nouveaux cas chez les femmes enceintes et les enfants :**

2RHZ/4RH (Rifampicine + Isoniazide + Pyrazinamide) pendant 2 mois puis Isoniazide +Rifampicine pendant 4 mois.

- **Pour les cas de retraitement le protocole utilisé est le suivant :**

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

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 à partir de ce centre qui assurera un contrôle plus rationnel avec l'informatisation du système de gestion. Les infirmiers des centres de santé et des CDT seront approvisionnés à partir des CAT et des pharmacies de district à partir des procédures mises en place pour approvisionner ces structures en médicaments essentiels . Les commandes seront réalisées au vu des rapport de dépistage précédent qui tiennent compte de l'effectif de malades suivis. Le volet médicaments constituera un des éléments prioritaires à superviser.

L'achat des médicaments réservés au traitement de la tuberculose multirésistante se fera par l'entremise d'une requête adressée au Green Light Committee après la réorganisation de la prise en charge des malades chroniques dans les CHU avec l'appui de l'OMS et l'UICMTR. Cette réorganisation prévoit l'élaboration de directives de prise en charge de ces cas et l'élaboration des outils de gestion( registre de suivi, répertoire national ).

## **SECTION V – Informations budgétaires**

31. Indiquez en résumé les ressources financières demandées au Fonds mondial par année et par catégorie budgétaire:

V.31 *Tableau*

Ressources nécessaires (USD)	Année 2004	Année 2005	Année 3 (Estimation)	Année 4 (Estimation)	Année 5 (Estimation)	Total
Ressources humaines	30 000	15 000				45 000
Infrastructure/ équipement	370 964	415 076	31 000	36 000	11 000	864 040
Formation/ planification	271 180	401 945	189 425	207 575	168 125	1 238 250
Marchandises/ produits	132 550	261 560	78 720	81 120	69 120	623 070
Médicaments		776 521				776 521
Monitoring et évaluation	112 030	27 300	32 300	8 000	32 300	211 930
Frais administratifs	33 650	29 540	6 800	8 500	0	78 490
Autres (Veuillez spécifier)						
<b>Total</b>	<b>950 374</b>	<b>1 926 942</b>	<b>338 245</b>	<b>341 195</b>	<b>280 545</b>	<b>3 837 301</b>

**Les catégories budgétaires peuvent comprendre les postes suivants:**

**Ressources humaines:** consultants, recrutement, salaires des travailleurs de première ligne, etc.

**Infrastructure/équipement:** immeubles, véhicules, microscopes, etc.

**Formation/planification:** formations, ateliers, réunions, etc.

**Marchandises/produits:** moustiquaires, préservatifs, seringues, matériel éducatif, etc.

**Médicaments:** traitements anti-viraux, médicaments contre des infection circonscrites, médicaments contre la tuberculose, médicaments contre le paludisme, etc.

**Monitoring et évaluation:** collecte de données, analyses, rapports, etc.

**Frais administratifs:** frais généraux, gestion du programme, frais d'audit, etc.

**Autres (veuillez spécifier):**

**31.1. 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:**

*Veuillez indiquer le nom générique de la marchandises/du médicament plutôt que le nom commercial ainsi que l'utilisation qui en sera faite.*



Les prix unitaires pour les produits pharmaceutiques doivent être les **plus bas possibles** parmi: les prix locaux actuels; les offres publiques de fabricants; ou les informations de prix pour les sources d'information publiques<sup>2</sup>. Si les prix de sources autres que celles évoquées ci-dessus sont utilisées, veuillez joindre une justification.

Les quantités indiquées doivent être cohérentes avec les objectifs de la section 28.

Le Coût total des médicaments et marchandises/produits doit être égal à la somme des lignes Marchandises/Produits et Médicaments pour l'année 1 dans le tableau ci-dessus.

Libelés	Quantité	Prix unitaire	Total
<b>1.1- Renforcer les équipements du réseau des laboratoires sur l'ensemble du territoire</b>			
Fourniture de consommables de laboratoire pour 8 CDT	8	2 100	16 800
Fourniture de consommables de laboratoire pour 4 FSUCOM	4	2 100	8 400
Fourniture de consommables de laboratoire pour la microscopie à fluorescence dans 2 CAT	2	4 375	8 750
Reproduction et diffusion d'affichettes pour les laboratoires	500	2	1 000
<b>1.3- Renforcer les capacités d'encadrement et le contrôle de qualité des activités de laboratoire</b>			
Conception et diffusion d'un guide de supervision	300	8	2 400
Frais d'entretien et carburant de 5 véhicules de supervision des CAT	5	5 700	28 500
Frais d'entretien et carburant de 5 motos de supervision des CAT	5	1 200	6 000
Frais d'entretien et carburant de motos de supervision des CDT	15	1 200	18 000
<b>2.4- Améliorer la prise en charge des cas chroniques de tuberculose et des tuberculeux VIH+</b>			
Fourniture de consommables pour les cultures au CAT	1	1 580	1 580
Fourniture de 10 000 tests de dépistage de l'infection à VIH	10 000	4	40 000
Fourniture de 80 000 préservatifs	80 000	0	1 120
<b>Total</b>			<b>132 550</b>

1.2. 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):

32. 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*):

Tableau

V.31

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Nationale</b> (publique et privée)		1687630	1687630	1687630	2754296	1687630	1687630
<b>Extérieure</b>		27000	27000	27000	202000	377000	377000
<b>Total</b>		<b>1714630</b>	<b>1714630</b>	<b>1714630</b>	<b>2956296</b>	<b>2064630</b>	<b>2064630</b>

*Remarque: la somme des totaux annuels du tableau V.31 doit correspondre pour chaque composante au total annuel du tableau 1.b du résumé d'orientation. Par exemple, si l'année 1 dans la proposition est 2003, la colonne Année 1 du tableau 1.b doit indiquer dans la dernière ligne le total de la subvention provenant des autres sources en 2003 pour toutes les composantes de la proposition.*

33. 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.

Ressources nécessaires (USD)	Année 1	Année 2	Année 3 (Estimation)	Année 4 (Estimation)	Année 5 (Estimation)	Total
<b>Ressources humaines</b>	<b>30 000</b>	<b>15 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>45 000</b>
Recrutement d'un statisticien pour la mise en place d'un système d'information révisé	30 000	15 000	0	0	0	
<b>Infrastructure/ équipement</b>	<b>370 964</b>	<b>415 076</b>	<b>31 000</b>	<b>36 000</b>	<b>11 000</b>	<b>864 040</b>
Achat de Microscopes pour 22 nouveaux CDT	24 000	30 000	0	0	0	

Achat de petit équipement pour les 22 nouveaux CDT	7 680	9 600	0	0	0	
Achat de Microscopes pour les FSUCOM	12 000	0	0	0	0	
Achat de petit équipement pour les FSUCOM	3 840	0	0	0	0	
Achat de Microscope pour rééquipés 23 CDT	0	69 000	0	0	0	
Achat de petit équipement pour les 23 nouveaux CDT	0	22 080	0	0	0	
Achat de Microscopes à fluorescence pour les CAT	10 000	5 000	0	0	0	
petit équipement CAT	7 400	3 700	0	0	0	
petit matériel pour la préparation	0	2 650	0	0	0	
microscope LNR	0	5 000	0	0	0	
petit équipement LNR	0	3 700	0	0	0	
microscopes optiques LNR	0	12 000	0	0	0	
petit équipement	0	3 840	0	0	0	
véhicules 4x4 de supervision CDT	190 000	114 000	0	0	0	
moto pour CDT	12 500	7 500	0	0	0	
motos de supervision CDT	37 500	50 000	20 000	25 000	0	
matériel de culture CAT Adjamé	43 444					
équipement		24 000	0	0	0	
petit matériel de culture		5 000	0	0	0	
petit matériel pour LNR		4 300	0	0	0	
équipement		32 706	0	0	0	
affiches	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	
dépliants	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
vidéo projecteur	4 000	0	0	0	0	
retroprojecteur	1 600	0	0	0	0	
photocopieur	6 000	0	0	0	0	
<b>Formation/ planification</b>	<b>271 180</b>	<b>401 945</b>	<b>189 425</b>	<b>207 575</b>	<b>168 125</b>	<b>1 238 250</b>
indemnités groupes de travail	5 000					
indemnités stagiaires		32 400	0	0	32 400	
appui au fonctionnement		9 600	0	0	9 600	
indemnités participants élaboration du guide de formation	5 000	0	0	0	0	
indemnités participants à l'atelier de validation	2 500	0	0	0	0	
frais d'organisation	125	0	0	0	0	
indemnités stagiaires formation des biologistes	5 400	0	0	0	0	
Appui au fonctionnement de la coordination	1 000	0	0	0	0	
Perdiem des intervenants pour la formation des médecins	4 500	6 000	2 400	3 000	0	
perdiem médecins formés des CS	15 000	20 000	8 000	10 000	0	
perdiem des IDE des CDT	1 200	1 600	640	800	0	
frais d'organisation	1 700	2 250	900	1 050	0	
perdiems infirmiers	90 000	120 000	48 000	60 000	0	
perdiem intervenants méd. District	6 000	6 000	6 000	6 000	0	
perdiem intervenants CAT	6 000	8 000	3 200	4 000	0	
frais d'organisation	9 700	12 800	5 360	6 600	0	
perdiem groupe de travail	5 000	0	0	0	0	
honoraires atelier de validation	2 500	0	0	0	0	
frais d'organisation	250	0	0	0	0	

honoraires consultant externe	13 200	13 200	0	0	0	
perdiem du consultant externe	3 600	3 600	0	0	0	
voyage AR du consultant	7 500	7 500	0	0	0	
honoraires du consultant national	12 000	6 000	0	0	0	
perdiem	16 000	6 000	0	0	0	
consultant international		13 200	0	0	0	
perdiem		3 600	0	0	0	
voyage 1AR		7 500	0	0	0	
perdiems seminaires des CAT		9 900	0	0	0	
perdiems intervenants		4 800	0	0	0	
frais d'organisation		1 320	0	0	0	
perdiem formation méd. SSU		4 800	5 600	0	0	
perdiem intervenants		400	400	0	0	
frais d'organisation		350	300	0	0	
perdiem animateurs de séance		13 000	13 000	13 000	13 000	
perdiem particip format. Des asso	2 625	2 625	2 625	2 625	2 625	
perdiem intervenants	600	600	600	600	600	
frais d'organisation	800	800	800	800	800	
financement des projets	7 500	15 000	22 500	30 000	40 000	
4 émissions radio de sensibilisation	680	680	680	680	680	
confection spots radio	80	0	0	0	0	
diffusion spots radio	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	
4 émissions radio de proximité	320	320	320	320	320	
conception spots télé	250	0	0	0	0	
diffusion spot télé	2 400	2 400	2 400	2 400	2 400	
4 émissions télé par an	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	
perdiem participant réunion annuelle	7 650	11 100	11 100	11 100	11 100	
perdiem intervenants pour réunion	7 500	12 000	12 000	12 000	12 000	
frais d'organisation	25 000	40 000	40 000	40 000	40 000	
<b>Marchandises/ produits</b>	<b>132 550</b>	<b>261 560</b>	<b>78 720</b>	<b>81 120</b>	<b>69 120</b>	<b>623 070</b>
Lot de consommables cdt	16 800	21 000	0	0	0	
Lot de consommables fsu com	8 400	0	0	0	0	
lot de consommables zones conf		48 300	0	0	0	
lot consommables CAT	8 750	4 375	0	0	0	
réactifs		38 640				
consommables LNR		4 375	0	0	0	
consommables LNR		8 400				
reproduction/diffusion/affiche	1 000					
reproduction guide supervision	2 400					
entretien et carburant 4x4	28 500	17 100	0	0	0	
entretien et carburant moto CDT	6 000	3 600	0	0	0	
entretien et carburant des motos	18 000	24 000	9 600	12 000	0	
consommables pour un an	1 580					
consommables pour un an		4 000	0	0	0	
réactifs		6 950	0	0	0	
consommables		4 200	0	0	0	
acquisition 17 000 tests	40 000	68 000	68 000	68 000	68 000	
acquisition 34 000 préservatifs	1 120	1 120	1 120	1 120	1 120	

boîte à images	0	7 500	0	0	0	
<b>Médicaments</b>	<b>0</b>	<b>776 521</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>776 521</b>
achat stock médicaments réserve		776 521				
<b>Monitoring et évaluation</b>	<b>112 030</b>	<b>27 300</b>	<b>32 300</b>	<b>8 000</b>	<b>32 300</b>	<b>211 930</b>
communicat, consom, docum,carb	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	
perdiems groupe de travail	2 500	0	0	0	0	
atelier de validation	1 000	0	0	0	0	
reproduction 1ère année CS formés	10 800	0	0	0	0	
perdiem pour mission	9 100	4 900	0	0	0	
frais de déplacement	3 500	1 500	0	0	0	
acquisition matériel pour la DC nle	8 600	0	0	0	0	
pour les CAT	21 500	12 900	0	0	0	
véhicule 4x4 pour la DC nle	38 000	0	0	0	0	
assurance pour un an	3 330	0	0	0	0	
entretien et carburant	5 700	0	0	0	0	
honoraires consultant international			13 200	0	13 200	
perdiem consultant			3 600	0	3 600	
voyages			7 500	0	7 500	
<b>Frais administratifs</b>	<b>33 650</b>	<b>29 540</b>	<b>6 800</b>	<b>8 500</b>	<b>0</b>	<b>78 490</b>
assurance pour un an 4x4	16 650	9 990	0	0	0	
assurance moto	4 250	2 550	0	0	0	
assurance pour moto	12 750	17 000	6 800	8 500	0	
<b>Autres (Veuillez spécifier)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>950 374</b>	<b>1 926 942</b>	<b>338 245</b>	<b>341 195</b>	<b>280 545</b>	<b>3 837 301</b>

Voir détail en annexe

34. Indiquez dans le tableau ci-dessous comment les ressources nécessaires seront allouées aux partenaires chargés de l'exécution, en **pourcentage**:

Tableau

V.34

Allocation des ressources aux partenaires chargés de l'exécution* (%)	Année 1	Année 2	Année 3 (Estimation)	Année 4 (Estimation)	Année 5 (Estimation)	Total
Gouvernement	75%	74%	71%	66%	57%	69%
ONG / Org. communautaires	10%	12%	14%	18%	25%	17%
Secteur privé	1%	2%	3%	3%	4%	3%
Personnes atteintes du VIH/ de la tuberculose/ du paludisme	2%	3%	5%	5%	6%	4%
Organisations universitaires / éducatives	0%	6%	4%	5%	5%	4%
Organisations confessionnelles	2%	3%	3%	3%	3%	3%
Autres (veuillez spécifier)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<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>950374</b>	<b>1926942</b>	<b>338245</b>	<b>341195</b>	<b>280545</b>	<b>3837301</b>

\* S'il n'y a qu'un seul partenaire, expliquez pourquoi.

**Remarque: les trois sections suivantes (VI, VII et VIII) concernent toutes des accords d'exécution de la proposition/composante.**

**Si ces accords sont identiques pour toutes les composantes, vous ne devez pas répondre à ces questions pour chaque composante. Dans ce cas, indiquez clairement dans quelle composante les informations requises peuvent être trouvées.**

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

*Remarque: une description détaillée de la gestion programmatique et financière et des accords est donnée dans les Lignes directrices par. VI. 61 – 73, y compris les responsabilités et les rôles du PR - Principal Recipient (Bénéficiaire principal).*

**36. Décrivez les accords de gestion proposés** (esquissez les accords d'exécution de la proposition, les rôles et responsabilités des différents partenaires et leurs relations), (1–2 paragraphes):

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.

**35.1 Expliquez la logique à la base des accords proposés** (par ex., expliquez pourquoi vous avez choisi ce type particulier d'accord de gestion), (1 paragraphe).

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.

**36. Indiquez votre première et votre deuxième suggestion de bénéficiaire principal (Principal Recipient):**

Tableau

VI.36

	Première suggestion	Deuxième suggestion
<b>Nom du PR</b>	CAISSE AUTONOME D'AMORTISSEMENT (CAA)	
<b>Nom du contact</b>	Victor Jérôme NEMBELESSINI - SILUE (Président Directeur Général)	
<b>Adresse</b>	01 BP 670 Abidjan 01 Immeuble SCIAM, Av. Marchand, Abidjan – Plateau	
<b>Téléphone</b>	(225) 20 20 98 00	
<b>Télécopie</b>	(225) 20 21 35 78	
<b>Adresse électronique</b>	<a href="mailto:caadg@aviso.ci">caadg@aviso.ci</a>	

La CAA a déjà été retenue pour la première proposition de la Côte d'Ivoire pour la composante SIDA. Elle pourra donc continuer à mener ce rôle pour la tuberculose aussi.

Remarque: si vous suggérez plusieurs Bénéficiaires principaux, veuillez copier le tableau VI.35 ci-dessous.

**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** (par ex. une expérience antérieure dans une fonction similaire, les capacités et systèmes en place, les contacts existants avec des sous-bénéficiaires, etc), (*Lignes directrices par. VI.66–67*), (1–2 paragraphes):

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.)

**35.2. Décrivez brièvement comment votre (vos) candidat(s) Bénéficiaire(s) principal(aux) travaillera(ont) avec la CCM et les autres partenaires chargés de l'exécution (par ex., par des rapports au CCM, versement des fonds aux sous-bénéficiaires, etc.), (1 paragraphe):**

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 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**

**38. Esquissez le plan de monitoring et d'évaluation en incluant les informations suivantes, (1 paragraphe par sous-question).**

**38.1. Aperçu des systèmes de gestion des informations sanitaires actuels et les études en cours ou existantes qui fournissent des informations pertinentes** (par ex., les enquêtes sanitaires démographiques, les enquêtes sur le niveau de vie, etc.):

Il existe un Système d'Information et de Gestion national des données sanitaires (SIG), qui dépend de la DIPE (Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation) du MSP. Il recueille mensuellement les données de routine de morbidité et de mortalité et des activités de l'ensemble des structures sanitaires et des programmes de santé.

Les données sanitaires sont collectées dans les centres de santé périphériques et sont collectés au niveau du district puis de la région et enfin au niveau central (SIG). Le SIG est un système généraliste qui ne permet pas d'avoir une réactivité plus grande face à des problématiques spécifiques( ex : devant un abandon de traitement )

Ce système ne recueille aucune donnée de morbidité, de mortalité ni d'activité concernant la lutte contre la tuberculose.

Le service épidémiologique de la coordination nationale du PNLT gère le système d'information du programme. Le CDT représente le premier niveau de collecte de données : morbidité et mortalité, registre de déclaration de la tuberculose, registre du laboratoire, fiches de traitement et formulaires *recommandés par l'OMS et l'UICTRM pour le recueil de données sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose*. Les données de mortalité et de morbidité sont transmises trimestriellement au CAT qui les compile et les transmet trimestriellement à la coordination nationale du programme qui élabore le rapport national annuel d'activités du programme. Les données annuelles de morbidité et de mortalité de la tuberculose sont transmises par la coordination nationale au SIG qui les intègre dans son rapport annuel. Le système d'information du programme n'est pas informatisé.

. Les autres sources de données utilisées sont essentiellement :

- Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) édité par le SIG (dernière version 2000).
- Recensement Général de la Population et de l'habitat (RGPH) :1998.
- Enquête démographique de santé.
- Enquête niveau de vie 1998 et 2002 (BM) en cours.
- Enquête mondiale sur la santé (OMS) en cours.

**38.2. La procédure suggérée, y compris les méthodes et la fréquence de collecte des données** (par ex., les informations régulières sur la gestion sanitaire, les recensements, etc.):

La procédure suggérée consiste en l'intégration du système d'information de la tuberculose au SIG au niveau du district. Dans les centres de santé, des registres spécifiques et des formulaires de recueil des données des patients tuberculeux seront mis en place. Les CS représenteront donc le premier niveau de collecte des données sur les activités (suivi des patients, détection et référence des suspects vers les CDT).

Dans les CDT est effectuée la notification des malades tuberculeux, l'enregistrement des informations sur les activités de laboratoire, le suivi des malades.

Les CDT et les centres de santé transmettront mensuellement leurs informations au SIG du district qui intégrera pour chaque malade les informations du centre de santé et du CDT.

Le CAT sera chargé de recueillir les données sur les activités de routine (identique à celle du CDT) les données sur la supervision, le contrôle de qualité et autre (la surveillance des souches résistantes, suivi des malades résistants...). Le SIG du district

lui transmettra trimestriellement les données relatives à chaque malade du district. A ce niveau sera fait une analyse de l'ensemble des données des districts sous la responsabilité du CAT en matière de tuberculose. Le système sera informatisé au niveau du CAT.

Trimestriellement le CAT transmettra les données à la coordination nationale du programme. La coordination établit les statistiques trimestriellement et élabore un le rapport annuel.

Le SIG du district à travers le SIG régional transmettra au niveau national, les données de morbidité et de mortalité de la tuberculose.

### **38.3. Calendrier:**

- Collecte des données au centre de santé, une fois par mois et transmission au SIG du district.
- Collecte des données au CDT une fois par mois et transmission au SIG du district.
- Collecte et analyse des données transmises par le SIG au CAT une fois par mois
- Collecte et analyse des données transmises par les CAT au niveau de la coordination du programme, une fois par trimestre : janvier, avril, juillet, octobre
  
- Supervisions mensuelles du CDT vers les centres de santé.
- Supervision trimestrielle du CAT vers les districts
- Supervision semestrielle du niveau central vers le CAT : janvier, juillet.

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

-Au niveau du centre de santé : l'infirmier enregistre les malades mis en traitement et les données sur le suivi et la distribution des médicaments. Il remplit le formulaire de rapport et le transmet au responsable du SIG au niveau du district

- Au niveau du CDT : L'infirmier remplit les supports de données (registre de notification des cas, distribution, suivi du malade,rapports de supervision ).Le technicien de laboratoire remplit le registre de laboratoire et les fiches de stock des consommables . L'infirmier et le technicien de laboratoire transmettent les formulaires correspondant à leurs activités au responsable du SIG du district.
- Au niveau du district : le responsable du SIG collecte les données qui sont informatisées. Par la lecture des données globales sur chaque malade Il exerce un premier niveau de contrôle de suivi des tuberculeux sous DOT. Il est en mesure de signaler au CS et CDT les malades ayant interrompu leur traitement depuis plus d'un mois. Le médecin chef du CDT sera destinataire des rapports d'analyse effectués mensuellement au niveau du district. Le responsable SIG du district transmet au médecin chef de CAT l'ensemble des données des patients tuberculeux sur support magnétique. Il transmet au responsable régional du SIG les données sur la morbidité et la mortalité tuberculeuse. Celui-ci les transmet au SIG central.
- Le responsable du CAT collecte les données sur support magnétique de tous les districts de sa région, les analyse et assure une retro-information aux responsables des CDT avant de les transmettre au responsable du service épidémiologique du programme.
- Au niveau central , le responsable du service épidémiologique du programme , collecte l'ensemble des données régionales sur support magnétique , les analyse et assure un retro-information aux responsables des CAT lors de la réunion d'évaluation annuelle des activités du programme.

### **38.5. Plan d'intéressement de la population cible à la procédure:**

Dans les zones où la stratégie DOT est appliquée, où un effort supplémentaire est demandé aux malades et à la population des informations relatives à l'évolution de la maladie seront fournies aux populations.

### **38.6. Stratégie du contrôle de qualité et de validation des données:**

Le système d'information va utiliser les acquis du SIG et mettra l'accent sur la supervision du personnel chargé de la collecte des données au niveau du CS, du CDT, du SIG du district, du CAT et du service épidémiologique du programme.

Le CAT sera chargé du contrôle de la qualité des données transmises par le CDT. Ce contrôle de qualité et de validation sera assuré au cours d'une supervision effectuée par le responsable du CAT qui fait une triangulation entre les données transmises par le SIG, les registres de laboratoire et de notification ainsi que la consommation des médicaments.

Le service épidémiologie du programme assurera au cours des supervisions des CAT, le contrôle de qualité et de validation par une triangulation entre les données transmises par le CAT, les registres, les données des autres CAT et les consommations en médicaments.

### **38.7. Utilisation proposée des données de monitoring et d'évaluation:**

Les données du monitoring et d'évaluation seront essentiellement utilisées pour :

- Connaître l'évolution du profile épidémiologique de la maladie et mesurer les indicateurs d'impact du programme.
- Mesurer les performances des services en terme, de dépistage, de suivi des malades, de surveillance du traitement et des éventuelles résistances.
- Elaborer des plans d'action annuelle avec des objectifs et indicateurs chiffrés et mesurable ; calculer les indicateurs et réviser les objectifs si besoins en fonction des résultats obtenu.
- Suivre les autres partenaires en particulier les projet des ONG
  
- Constituer une banque de données de la tuberculose
- Prioriser les interventions ou les catégories de population
- faire des plaidoyers en direction des décideurs
- Corriger les dysfonctionnements, reformuler les directives et élaborer les plans d'action annuels.
- tirer les leçons des expériences en cours pour mieux orienter les actions ultérieures possibles.

**39. 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.**

*Remarque: les activités de monitoring et d'évaluation pouvant aller au-delà des propositions spécifiques subventionnées par le Fonds mondial, veuillez également inclure les moyens provenant d'autres sources à la fin du tableau VII.39.*

*Exemples d'activités: collecte des données, amélioration des systèmes informatiques, analyse des données, préparation des rapports, etc.*

- Le système d'information va subir des modifications importantes : recueil des données au niveau des centres de décentralisation de l'analyse des données, informatisation des CAT. Les ressources humaines du programme en matière d'information sanitaire sont insuffisantes pour assurer la révision du système : conception de nouveaux formulaires pour les CS, intégration au SIG du district des informations sur la tuberculose.
- Conception et mise à disposition de formulaire pour la transmission des données vers le SIG
- Intégration des données au SIG du district et informatisation des CAT : nécessité de l'appui d'un consultant externe.
- Acquisition de matériel informatique pour le CAT et la coordination centrale

Des ressources supplémentaires sont sollicitées :

- Recrutement d'un informaticien/statisticien pour la programmation informatique, la formation des responsables des SIG et CAT, le suivi, l'entretien du système et le transfert de compétence.. Le recrutement de l'informaticien se fera par appel d'offre, pour 12H /mois la première année et 6H/mois la seconde année.
- Formation des responsables du CAT pour l'analyse et l'utilisation des données et la prise de décisions correctrices

Tableau  
VII.39

Activités (destinées à renforcer les systèmes de monitoring et d'évaluation)	Partenaire(s) (qui peuvent aider à renforcer les capacités de monitoring et d'évaluation)	Ressources demandées (USD)					
		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
Conception de formulaire de transmission des données dans les centres de santé	OMS, CNACI, UICTMR,DIPE	14300					<b>14300</b>
Recrutement d'un informaticien/statisticien pour la programmation informatique, la formation, le suivi	RETROCI/CDC DIPE	42600	21400				<b>64000</b>
Acquisition de matériel informatique pour les CAT et pour la coordination nationale	DIPE/DIEM	30100	12900				<b>43000</b>
Acquisition d'un véhicule pour la coordination nationale	DIEM	47030	0				<b>47030</b>
Evaluation externe par un consultant international	UICTMR	0	0	24300		24300	<b>48600</b>
		0	0	0		0	
<b>Total demandé au Fonds mondial</b>		<b>134030</b>	<b>34300</b>	<b>24300</b>		<b>24300</b>	<b>216930</b>
<b>Total des autres ressources disponibles</b>	OMS	5000	5000	5000	5000	5000	25000



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

40. 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).

Les médicaments et les consommables utilisés pour la lutte contre, 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

Composante d'achat et système de gestion de la chaîne d'approvisionnement	Accords existants et capacités (ressources physiques et humaines)
<p>Comment les fournisseurs de produits sont-ils choisis et pré-approuvés?</p>	<p>La procédure est basée essentiellement sur l'appel d'offres international ouvert.</p> <p><u>Sélection des fournisseurs</u> 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 <i>faible</i> (DDU).</p>
<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>	<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>. 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> <i>L'appel d'offres fait l'objet d'une publication dans les journaux d'annonces légales, au niveau national et international.</i></p> <p>3. <u>Attribution et signature des marchés</u> <i>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</i></p>



	<p><i>l'engagement contractuel.</i></p> <p><b>4. <u>Lancement, suivi et réceptions des commandes</u></b></p> <p><i>Le chronogramme de livraison publié dans le cahier 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.</i></p>
<p><i>Quels sont les mécanismes d'assurance de qualité mis en place pour garantir que tous les produits achetés et utilisés soient sains et efficaces?</i></p>	<p><u>Mécanisme d'assurance de qualité</u></p> <p>Les mécanismes d'assurance qualité sont constitués par :</p> <p>La sélection des fournisseurs</p> <p>(réglementation, bonnes pratiques de fabrication nationales et internationales).</p> <p>Le contrôle de qualité en laboratoire :</p> <p>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.</p> <p><u>Stockage</u></p> <p>La PSP dispose de plusieurs magasins de stockage spécialisés selon le type de produit (médicaments, consommables médicaux, solutés, produits inflammables).</p>
<p><i>Quels sont les systèmes de distribution et comment minimisent-ils la disparition de produits et maximisent-ils la fourniture ininterrompue et générale des produits?</i></p>	<p><b><u>MODE DE DISTRIBUTION</u></b></p> <p>Les clients de la PSP sont classés dans plusieurs catégories : établissement sanitaires publics, établissements sanitaires parapublics, districts sanitaires.</p> <p>Pour mener à bien la distribution des produits dont elle a la charge la PSP a basé sa stratégie sur deux modes :</p> <p>la livraison directe à toutes les structures sanitaires publiques urbaines d'Abidjan, tous les hôpitaux généraux et les centres hospitaliers régionaux.</p> <p>La livraison aux dispensaires, maternités, centres de santé (CS) par l'intermédiaire des districts sanitaires.</p> <p>1. <u>Mode de commande des clients</u></p> <p>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.</p> <p>2. <u>Les itinéraires de distribution</u></p> <p>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.</p> <p>Les colis sont expédiés par une logistique de 9 camions de 10 tonnes, 4 camions de 5 tonnes, 2 fourgonnettes de 3</p>

	<p>tonnes et 5 fourgonnettes de 1,5 tonnes.</p> <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 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>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. Le coût global des antituberculeux est subventionné par l'Etat.</p>
--	--

**41. Votre plan doit couvrir les questions suivantes (1–2 paragraphes par question):**

- i. Responsabilité d'achat: description de l'existence éventuelle d'un système national, international ou autres agences extérieures d'achat, ou de leur utilisation combinée en vue de l'achat
- ii. Pratiques d'achat: une description de la manière dont les Principes opérationnels de bonnes pratiques pour les achats de produits pharmaceutiques seront respectés, y compris l'achat concurrentiel auprès de fabricants et fournisseurs agréés afin d'obtenir les prix les plus bas pour une qualité acceptable; et une description de la manière dont la performance des fournisseurs sera évaluée en ce qui concerne la qualité des biens et services fournis
- iii. Gestion de la chaîne d'approvisionnement: une description de la manière dont la fiabilité, l'efficacité et la sécurité seront assurés dans toute la chaîne
- iv. Absence de détournement: une description des systèmes de gestion et de contrôle des stocks, des systèmes d'audit et des autres moyens mis en oeuvre en vue d'éviter le détournement de produit
- v. Gestion des prévisions et des stocks: une description dont les prévisions de quantité de produits médicaux nécessaires au programme seront systématiquement et régulièrement mises à jour et comment ces prévisions seront suivies et régulièrement comparées à la consommation réelle de ces produits;
- vi. Sélection de produit: une liste des produits médicaux à acheter, y compris la référence aux protocoles de traitement standard pertinents et listes de médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé, des autorités du pays hôte ou du candidat;
- vii. Programmes de don: une description de tout programme de don qui fournit actuellement des produits médicaux (ou auprès duquel une demande a été

- faite), y compris le Global TB Drug Facility et les programmes de don des entreprises pharmaceutiques, agences multilatérales et ONG;
- viii. Respect des normes de qualité: une description de la manière dont le respect des normes de qualité sera assuré, tant pour les produits pharmaceutiques provenant d'une source unique ou de sources réduites en nombre que de plusieurs sources, y compris une description de la manière dont des échantillons aléatoires de produits pharmaceutiques seront testés quant à leur respect des normes de qualité;
  - ix. Respect des protocoles de traitement, de la résistance aux médicaments et des réactions négatives: une description de la manière dont les patients seront encouragés à suivre le traitement prescrit (par ex., utilisation de combinaisons de doses fixes, formules quotidiennes uniques, emballages thermoformés et éducation et soutien par des pairs), comment la résistance aux médicaments sera suivie et contrôlée et comment les réactions négatives seront suivies;
  - x. Lois nationales et internationales: une description de la manière dont les lois nationales et les obligations internationales en vigueur dans le domaine des droits de propriété intellectuelle seront respectées, y compris une description de la manière dont les latitudes prévues par l'Organisation mondiale du commerce dans l'Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), et évoqués par la Déclaration concernant l'Accord sur les ADPIC et la santé publique de Doha, sera utilisée afin d'obtenir des médicaments et produits de qualité aux prix les plus bas possible;
  - xi. Indicateurs de gestion des achats et des stocks: une description des indicateurs à utiliser pour suivre la gestion des achats et des stocks (par ex. délai moyen entre la commande de produits et la réception, pourcentage moyen de stock nul dans les principaux dépôts, installations de traitement préventif, prix des produits lors du dernier achat par rapport aux prix précédents pour les mêmes produits et aux prix moyens révélés par les indicateurs du prix international des médicaments), avec des bases si disponibles.

## LISTE DES PIÈCES JOINTES

*Remarque:*

*La liste des pièces jointes est divisée en deux parties: la première partie énumère les pièces jointes demandées par le Fonds mondial à titre de documentation des sections III et IV.*

*La deuxième partie permet aux candidats d'énumérer les pièces jointes relatives à d'autres sections telles que les Informations sur les demandeurs (Section II), le Budget détaillé (Section IV) ou autres informations pertinentes.*

*Veillez signaler quels documents sont joints en indiquant un numéro de document.*

<p><b>Documents généraux:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP)</li> <li>2. Cadre de dépenses à moyen terme</li> <li>3. Plans stratégiques de secteur</li> <li>4. Tout rapport sur la performance</li> </ol>	<p><b>Pièce jointe #</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Documents spécifiques - VIH/SIDA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Analyse de la situation</li> <li>6. Données de base pour suivre les progrès<sup>3</sup></li> <li>7. Plan stratégique national pour le VIH/SIDA, avec estimations budgétaires</li> <li>8. Plan axé sur les résultats, avec indication du budget et du déficit en ressources (le cas échéant)</li> </ol>	<p><b>Pièce jointe #</b></p> <p>_____</p>
<p><b>Documents spécifiques - tuberculose:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Plan d'expansion pluriannuel de stratégie DOTS et budget pour atteindre les cibles mondiales de lutte antituberculeuse</li> <li>10. Documents sur les mesures techniques et opérationnelles du programme national de lutte antituberculeuse, sous la forme de manuels nationaux ou documents similaires</li> <li>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])</li> <li>12. Dernière évaluation/examen indépendants des actions nationales de lutte antituberculeuse</li> </ol>	<p><b>Pièce jointe #</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Documents spécifiques - paludisme:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Analyse de la situation</li> <li>14. Données de base pour suivre les progrès</li> <li>15. Plan stratégique national pour faire reculer le paludisme, avec estimations budgétaires</li> </ol>	<p><b>Pièce jointe #</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<sup>3</sup> Lorsqu'il n'existe pas de données de base, il devra être prévu dans la proposition d'en établir.

16. Plan axé sur les résultats, avec indication du budget et du déficit en ressources (le cas échéant)

<b>Documents généraux:</b>	<b>Pièce jointe #</b> _____ _____ _____ _____
<b>Documents spécifiques – VIH/SIDA:</b>	<b>Pièce jointe #</b> _____
<b>Documents spécifiques - tuberculose:</b>	<b>Pièce jointe #</b> _____ _____ _____ _____
<b>Documents spécifiques - paludisme:</b>	<b>Pièce jointe #</b> _____ _____ _____ _____
<b>Documents/activités communs</b>	<b>Pièce jointe #</b> _____

**Annexe A: Indicateurs essentiels à inclure, le cas échéant,  
dans les tableaux d'objectifs et de résultats**

<b>INDICATEURS ESSENTIELS SIDA, TB ET PALUDISME</b>	
<b>VIH/SIDA</b>	
Prévention	Nombre de personnes recevant un test VIH (non compris la surveillance de routine)
Prévention	Nombre de préservatifs* distribués ou vendus
Prévention	Nombre de jeunes de 15-24 ans formés à la prévention du VIH
Prévention	Nombre de travailleurs en milieu sexuel touchés par des interventions VIH/SIDA ciblées
Prévention	Nombre d'hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes touchés par des interventions VIH/SIDA ciblées
Prévention	Nombre d'utilisateurs de patients traités par injection recevant des interventions précaires
Prévention	Nombre d'unités de sang testées pour le VIH
Prévention	Nombre de cas de STI traités*
Prévention	Nombre de personnes avec accès aux services de prévention VIH/SIDA sur les lieux de travail
Prévention	Nombre de femmes VIH+ suivant une thérapie antirétrovirale afin de prévenir la transmission mère-enfant du VIH
Prévention	Nombre d'installations de soin offrant des pratiques cliniques sécurisées**
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes recevant des soins VIH/SIDA à domicile*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes recevant des soins palliatifs VIH/SIDA*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes recevant un traitement pour infections opportunistes*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes traitées par prophylaxie pour des infections opportunistes*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes suivant une thérapie antirétrovirale*
Traitement, soins et aide	Nombre d'orphelins du VIH/SIDA recevant une aide
<b>Tuberculose</b>	
Traitement, soins et aide	Nombre d'unités de traitement offrant DOTS
Traitement, soins et aide	Nombre of estimated new smear-positive TB cases detected under DOTS
Traitement, soins et aide	Nombre de cas TB par frottis enregistrés parmi les patients DOTS traités avec succès*
Traitement, soins et aide	Nombre de personnes terminant un traitement DOTS+ pour MDR-TB*
<b>Paludisme</b>	

Prévention	Nombre de moustiquaires traitées à l'insecticide*** distribuées*
Prévention	Nombre de kits de retraitement de moustiquaires distribués*
Prévention	Nombre de femmes enceintes qui ont suivie une chimioprophylaxie anti-paludisme selon la politique nationale des médicaments*
Prévention	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires traitées
Prévention	Nombre de maisons et immeubles traités à l'insecticide
Traitement, soins et aide	Nombre de cas de paludisme simple détectés dans les deux semaines de la déclaration
Traitement, soins et aide	Nombre de cas de paludisme traités à l'aide de dérivés sans base d'artémisinine*
Traitement, soins et aide	Nombre de cas de paludisme traités à l'aide de dérivés à base d'artémisinine*

- \* Renvoi aux produits ou traitements financés par des ressources du Fonds mondial
- \*\* Comprend les précautions universelles et les aiguilles stérilisées à des fins médicales
- \*\*\* Comprend les moustiquaires traitées ou les moustiquaires non traitées plus insecticide

## Annexe B: Modèle de budget première année et plan de travail – Bénéficiaire principal-- Exemple

Pays:									
Maladie:									
Numéro de subvention:									
Bénéficiaire principal:									
Devise:									
Budget consolidé & étapes									
Objectif/Activités générales	Repon sable	Q1		Q2		Q3		Q4	
		Indicateurs -- Description	Budget <sup>1)</sup>	Indicateurs -- Description	Budget <sup>1)</sup>	Indicateurs -- Description	Budget <sup>1)</sup>	Indicateurs -- Description	Budget <sup>1)</sup>
<b>Objectif 1: Education sanitaire et familiale pour la préventions des MST et du VIH/SIDA</b>									
Activité générale 1: programmes radio		Contrats signés avec 2 stations de radio		Contrats signés avec 2 stations de radio		8 émissions par mois sur 2 stations chaque mois après la formation des enseignants			
Activité générale 2: Education à l'école		Contrats signés avec 15 écoles - développement de formulaires pour rapport enseignant; étude de base faite		Contrats signés avec 15 écoles - développement de formulaires pour rapport enseignant; étude de base faite		Etude de base terminée qui a révélé le nombre de jeunes dans les écoles participantes et un échantillon de jeunes non scolarisés et de parents qui peuvent identifier correctement 4 manières de réduire les risques de transmission du VIH ; 55 enseignants formés			
Activité générale 3: Développement et gestion d'un centre de jeunesse		Identification de site; développement des formulaires d'admission		Identification de site; développement des formulaires d'admission					
<b>Objective 2:</b>									
<b>Total</b>									

1) Budgets par étape/indicateur uniquement si possible, sinon budget total par trimestre





## Liste des abréviations

CAA	Caisse autonome d'amortissement
CAT	Centre antituberculeux
CDC	Centers for disease control
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNACI	Comité national antituberculeux
DOTS	Directly observed treatment short course
FRPC	Une Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et de la Croissance
FSUCOM	Formation sanitaire urbaine communautaire
LNR	Laboratoire national de référence
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PSP	Pharmacie de la santé publique
RETROCI	Projet bilatéral de coopération avec les Etats-Unis
SIG	Système d'information et de gestion
UICTMR	Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires
VIH	Virus de l'Immuno déficience humaine

## Annexe : budget détaillé

	an 1	an 2	an 3	an 4	an 5	Total
<b>Objectif 1: Renforcer les capacités et la qualité du dépistage des tuberculeux</b>						
<b>1.1- Renforcer les équipements du réseau des laboratoires sur l'ensemble du territoire</b>						
						<b>390530</b>
- Equipement de 22 nouveaux CDT						
microscope : 22 x 3000\$	36000	30000				66000
petit équipement 22 x 960\$	11520	9600				21120
Fourniture de consommables pour microscope CDT (pour un an)=22 x 2100\$	25200	21000				46200
- Rééquipement de 23 CDT dans les anciennes zones de Conflit						
microscope : 23 x 3000\$		69000				69000
petit équipement : 23x 960\$		22080				22080
Fourniture de consommables microscopes CDT (pour un an) : 23 x 2100\$		48300				48300
- Equipement de 3 CAT en microscopes a fluorescence						
microscope 3 x 5000\$	10000	5000				15000
petit équipement 3 x 3700\$	7400	3700				11100
Fourniture d'un lot de consommables pour CAT =(pour un an) : 3 x 4375\$	8750	4375				13125
- Fourniture de matériel à un CAT pour la fabrication des colorants pour les CDT						
petit matériel : 2650\$		2650				2650
Fourniture de réactifs pour CAT pour colorants (pour 2 ans) : 38640\$		38640				38640
- Equipement du LNR d'un microscope a fluorescence						
microscope : 1 x 5000\$		5000				5000
petit équipement 1 x 3700\$		3700				3700
Fourniture de consommables microscope LNR (pour un an) 1 x 4375\$		4375				4375
- Equipement du LNR de 4 microscopes optiques						
microscopes 4 x 3000\$		12000				12000
petit équipement 4 x 960\$		3840				3840
Fourniture de consommables pour LNR (microscopes optiques (pour un an) 4 x 2 100\$		8400				8400
<b>1.2- Renforcer les compétences des personnels chargés du diagnostic de laboratoires (CDT)</b>						
						<b>90000</b>
- Elaboration et diffusion d'affichettes de procédures pour les laboratoires (CDT)						
élaboration : indemnités groupe de travail 20p x 5j x 50\$	5000					5000
reproduction/diffusion affichettes procédures 500 x 2\$	1000					1000
- - Recyclage des techniciens de labo (CDT) pour la microscopie des						
<b>Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial</b>						

crachats (stage au CAT de la région)				
indemnités stagiaires : (120p x 6j x 45\$) x 2		32400	32400	64800
appui fonctionnement CAT : (120p x 80\$) x 2		9600	9600	19200

### 1.3- Renforcer les capacités d'encadrement et le contrôle de qualité des activités de laboratoire

429065

- Elaboration d'un guide de supervision (groupe de travail)				
indemnités participants : 10p x 10j x 50\$	5000			5000
- Validation du guide (atelier 25 personnes)				
indemnités participants : 25p x 2j x 50\$	2500			2500
frais d'organisation : 25p x 5\$	125			125
Reproduction guide de supervision 300 exp x 8\$	2400			2400
- Formation des biologistes des CAT à la supervision des CDT				
et au contrôle de qualité = stage au LNR d'Abidjan pour 10 p				
indemnités stagiaires 10 p x 6j x 90\$	5400			5400
appui au fonctionnement du LNR : 10 x 100\$	1000			1000
-- Fourniture de véhicules aux CAT pour la supervision des CDT (5 + 3)				
véhicule 4x4 : 8 x 38 000\$	190000	114000		304000
assurance pour voiture CAT (pour un an) 8 x 3330\$	16650	9990		26640
Budget pour entretien et carburant des voitures (pour un an) : 8 x 5700\$	28500	17100		45600
motos : 8 x 2500	12500	7500		20000
assurance pour motos CAT: 8 x 850\$	4250	2550		6800
Budget entretien et carburant motos CAT pour un an : 8 x 1200\$	6000	3600		9600

### 1.4- Améliorer l'identification et l'orientation des suspects dans les formations sanitaires et dans la communauté

- Former les relais communautaires à l'identification et à l'orientation des suspects					Pm
-- Former les personnels de santé					Pm

### Objectif 2 : Renforcer les capacités et la qualité de la prise en charge thérapeutique des tuberculeux par l'extension de la stratégie

#### DOTS sur l'ensemble du territoire

### 2.1- Augmenter le nombre de CS mettant en application la stratégie DOT

476700

- Formation des médecins des CS urbains de 53 districts (+CDT)					
au suivi des TB et à la supervision des activités selon la stratégie DOTS					
2 journées d'info au district (53) animées par le responsable du CAT					
per diem intervenant responsable CAT (1p x 3j x 53d x 100\$)	4500	6000	2400	3000	15900
per diem médecins 530p x 2j x 50\$	15000	20000	8000	10000	53000
per diem infirmiers des CDT : 53p x 2j x 40\$	1200	1600	640	800	4240
frais organisation : (590p x 5\$ x 2j)	1700	2250	900	1050	5900

- Formation des infirmiers des CS des districts des secteurs publics et privés non lucratifs à la stratégie DOTS					
organisation d'un atelier par district (30p)					
per diem infirmiers : 1590p x 4j x 50\$	90000	120000	48000	60000	318000
per diem intervenant médecins districts : 80p x 3j x 100\$	6000	6000	6000	6000	24000
perdiem intervenant CAT (1p x 4j x 100\$) x 53d	6000	8000	3200	4000	21200
frais organisation (1723p x 4j x 5\$)	9700	12800	5360	6600	34460

**2.2- Appuyer les activités de supervision des CS par les CDT et les responsables des districts** **248900**

- Elaboration du guide de supervision clinique (complément obj 1)					
perdiem groupe de travail : 10p x 10j x 50\$	5000				5000
Atelier de validation : honoraires 25p x 2j x 50\$	2500				2500
frais d'organisation : 25x2jx5\$	250				250

- Fourniture de véhicules aux CAT pour la supervision des CDT

Doter les CDT d'un véhicule de supervision					
motos : 53 x 2500\$	37500	50000	20000	25000	132500
assurance moto CDT (pour un an) 53 x 850\$	12750	17000	6800	8500	45050
Budget entretien et carburant motos CDT pour un an : 53 x 1200\$	18000	24000	9600	12000	63600

**2.3- Rationaliser l'approvisionnement régulier des CAT / CDT / CS en médicaments antituberculeux** **865121**

- Révision du système de gestion/distribution des médicaments entre le niveau central et les unités de traitement périphériques					
honoraires consultant externe 2HM x 13200\$	13200	13200			26400
per diem 30j x 120\$ x2	3600	3600			7200
voyage 2AR x 7500	7500	7500			15000
honoraires consultant national 6 HM x 3000\$	12000	6000			18000
perdiem : 220j x 100\$	16000	6000			22000
- Achat d'un stock de médicaments de réserve	776521				776521

**2.4- Améliorer la prise en charge des cas chroniques de tuberculose et des tuberculeux VIH+** **484100**

- Mise en place un système de surveillance spécifique des malades et des souches MDR					
honoraires consultant international 1 HM x 13200\$		13200			13200
perdiem : 30j x 120\$		3600			3600
voyage 1AR x 7500\$		7500			7500
					0
- Equipement d'un CAT en matériels de culture					0
matériel de culture: 43444\$	43444				43444
Fourniture de consommables pour les cultures CAT: 1580\$	1580				1580
- Equipement du LNR en matériel de culture pour les souches résistantes					
équipement de culture : 24000\$		24000			24000
petit matériel de culture : 5000\$		5000			5000

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

Fourniture de consommables pour cultures pour le LNR pour un an : 4060\$	4000					4000
- Equipement du LNR (PCR) pour la surveillance bactériologique et moléculaire des souches MDR isolées chez les patients VIH+ et TPM - petit matériel : 4300\$ équipement : 32706\$ Fourniture de réactifs pour le LNR : 6950 Fourniture de consommables pour le LNR : 4200\$	4300 32706 6950 4200					4300 32706 6950 4200
- Mise à disposition de test de dépistage rapide VIH dans tous les CDT et CAT acquisition de tests de dépistage rapide : 78000 x 4\$ acquisition de préservatifs : 80000 x 5 x 0,014\$	40000 1120	68000 1120	68000 1120	68000 1120	68000 1120	312000 5600
- Formation des personnels des CAT et CDT au counselling séminaires organisés par les CAT + programme SIDA perdiem participants : (66p x 3j x 50\$) perdiem intervenant (3p x 4 j x 50\$) x 8 frais d'organisation : 66p x 4j x 5\$	9900 4800 1320					9900 4800 1320
<b>Objectif 3 : Développer la sensibilisation de la population et l'implication de la société civile dans les activités du programme de lutte contre la tuberculose</b>						
<b>3.1- Développer les activités d'IEC dans les écoles</b>						<b>63850</b>
- Formation des médecins de santé scolaire et universitaire (un par district) : organisation de 2 rencontres nationales perdiem : 65p x 2j x 80\$ perdiem intervenants : (2p x 2j x 100\$) x 2 frais organisation 65p x 5\$ x 2	4800 400 350	5600 400 300				10400 800 650
- Animation de séances d'information tuberculose pour les à l'occasion de rencontres professionnelles par le médecin scolaire du district perdiem : (1p x 4) x 65 p x 50\$ x 4 ans	13000	13000	13000	13000	13000	52000
<b>3.2- Développer la collaboration avec les associations pour la sensibilisation et la mobilisation des Communautés</b>						<b>135125</b>
- Formation des personnels des associations (175p pour 16 associations) per diem participants : (175p x 25\$ x 3j) per diem intervenant : (3p x 4j x 50\$) x 5 frais d'organisation : 200p x 4j x 5\$	2625 600 800	2625 600 800	2625 600 800	2625 600 800	2625 600 800	13125 3000 4000
- Financement de projets mis en œuvre par les associations 46 projets x 2500\$	7500	15000	22500	30000	40000	115000
<b>3.3- Développer l'information sur la tuberculose et les activités du programme national pour l'ensemble de la population</b>						<b>92830</b>
<b>Formulaire à remplir pour la présentation de propositions au Fonds mondial</b>						

- Organisation d'émissions de sensibilisation dans les médias audio visuels une fois						
4 émission radio par an : 4 x 170\$ x 5	680	680	680	680	680	3400
conception spot radio : 80\$	80					80
diffusion spot (2 x 12mois x 50\$) x 5	1200	1200	1200	1200	1200	6000
4 émissions radio de proximité : (4 x 80\$) x 5	320	320	320	320	320	1600
conception spot télé : 250\$	250					250
télé diffusion spot : (2 X 12mois x 100\$) x 5	2400	2400	2400	2400	2400	12000
4 émission télé par an : (4 x 350\$) x 5	1400	1400	1400	1400	1400	7000
- Production de supports de sensibilisation						
affiches : 3000 par an x 2\$ x 5	6000	6000	6000	6000	6000	30000
dépliants : 5000 par an x 1\$ x 5	5000	5000	5000	5000	5000	25000
boîte à images 150 x 50\$		7500				7500

**Objectif 4 : Développer les activités de planification de monitoring et d'évaluation du programme de lutte contre la tuberculose à tous les niveaux du système**

**4.1- Renforcer les capacités de planification de l'ensemble des responsables de la mise en œuvre du**

**561080**

**Programme**

- Organisation dans chaque CAT d'une réunion annuelle de d'évaluation et de planification des activités de lutte antituberculeuse pour l'ensemble de la région						
per diem participants : 347p x 3j x 50\$	7650	11100	11100	11100	11100	52050
perdiem intervenants 5p x 3j x 37 x 100\$	7500	12000	12000	12000	12000	55500
frais organisation : = 37 x 5000\$	25000	40000	40000	40000	40000	185000
- Renforcement des capacités d'encadrement et de gestion de la coordination nationale pour l'ensemble des activités du programme						
acquisition d'équipement complémentaire :						
vidéo projecteur : 4000\$	4000					4000
rétroprojecteur : 1600\$	1600					1600
photocopieur : 6000\$	6000					6000
Budget pour communication, consommables, documentation,	8000	8000	8000	8000	8000	40000
carburant coordination nationale : 5 x 8000\$						
- Conception des formulaires de transmission des données pour les CS périphériques						
perdiem groupe de travail : 10p x 5j x 50\$	2500					2500
validation atelier : 20p x 1j x 50\$	1000					1000
Reproduction formulaires pour les CS formés à la stratégie forfait 10800\$	10800					10800
- Recrutement d'un statisticien pour l'appui à la mise en place du système d'information révisé						
honoraires : 18 PM x 2500\$	30000	15000				45000
perdiem pour missions suivi : 40 sem x 7j x 50\$	9100	4900				14000
frais de déplacement forfait : 5000\$	3500	1500				5000
- Acquisition de matériel informatique						
pour la coordination nationale : 2 x 4300\$	8600					8600
pour les CAT : 8 x 4300\$	21500	12900				34400

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

- Acquisition d'un véhicule pour la coordination nationale						
4x4 : 1 x 38000\$	38000				38000	
assurance véhicule coordination nationale : 3330\$	3330				3330	
Budget entretien et carburant coordination nationale 5700\$	5700				5700	
- Evaluation externe par un consultant international						
Honoraires 2PM x 13200\$		13200		13200	26400	
perdiem : 60j x 120\$		3600		3600	7200	
voyages : 2 x 7500\$		7500		7500	15000	
<b>TOTAL</b>	<b>950374</b>	<b>1926942</b>	<b>338245</b>	<b>341195</b>	<b>280545</b>	<b>3837301</b>