



PROCES VERBAL DE L'ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE DU 15 JUILLET 2015

Date & Lieu : 15 juillet 2015 au siège du CCM-CI
Heure de début : 14 h 10 mn **Heure de Fin** : 18 h 02 mn
Présence Effective : 41 Personnes
Président de Séance : Dr. OUATTARA DJENEBA

Quorum : 21 /25
Nombre de Personnes du Secteur Public : 6
Nombre de Personnes du Secteur Privé : 3
Nombre de Personnes de la Société Civile : 10
Nombre de Personnes des PR : 2
Nombre de Personnes des Populations Clés : 2
Partenaires Bilatéraux / Multilatéraux / Observateurs: 3
Equipe Pays du Fonds Mondial : 00
LFA : 00
Conseiller Technique : 1
Personnel Secrétariat Permanent CCM-CI : 10
Autres membres du CCM-CI (suppléants – Invités) : 3

Préambule :

L'Assemblée Générale Ordinaire du CCM Côte d'Ivoire a démarré par les mots de bienvenue de Docteur KOUAME Gnamien Ernest, Secrétaire Permanent du CCM.
Avant de donner la parole à Mme la Présidente pour son mot de bienvenue, Dr. KOUAME a remercié les participants pour leur présence effective et indiqué que le quorum qui conditionnait la tenue de l'AG était atteint à 23 présences sur les 25 membres.
La Présidente a à son tour témoigné sa gratitude aux membres du CCM qui ont fait l'effort de participer aux activités toutes les fois qu'ils ont été sollicités.
Elle a situé le cadre particulier de l'AG du jour qui sera accentuée sur la revue de tous les programmes et la restitution par les chargés de programmes des visites de sites et des supervisions effectuées par le CCM Côte d'Ivoire dans son rôle de suivi stratégique.
Sur cette clarification, elle a déclaré ouverte l'Assemblée Générale et demandé au SP de soumettre l'ordre du jour à l'approbation de tous.

PROPOSITION DE L'ORDRE DU JOUR

- Vérification du Quorum
- I- Validation du Procès-Verbal de l'Assemblée Générale Extraordinaire du 30 avril 2015
- II- Informations
- III- Renouvellement des membres du CCM-CI
- IV- Note Conceptuelle TB (Réponse du TRP)
- V- Revue des programmes
 - a. Revue Programme Tuberculose (PNLT)
 - b. Revue Programme Tuberculose (CARITAS)
 - c. Synthèse Suivi Stratégique CCM-CI
 - d. Revue Programme Paludisme (PNLP)
 - e. Revue Programme Paludisme (CARE)
 - f. Synthèse Suivi stratégique CCM-CI
 - g. Revue Programme VIH (PNLS)
 - j. Revue Programme VIH (Alliance)
 - k. Synthèse Suivi Stratégique CCM-CI
- VI- Divers

Les différents points de la revue seront suivis de discussions.

L'ordre du jour ainsi présenté a été adopté à l'unanimité.

I- Validation du Procès-Verbal de l'AGO du 30 avril 2015

Mme la Présidente a rappelé que le procès-verbal de l'Assemblée Générale Ordinaire du 30 avril 2015 a été partagé et des inputs ont été faits et intégrés à la version finale qui leur est soumise ce jour.

Le Procès-Verbal de l'Assemblée Générale Ordinaire du 30 avril 2015 a été adopté à l'unanimité des membres présents.

II- INFORMATIONS GENERALES

Mme la Présidente du CCM-CI a rappelé toutes les activités et rencontres auxquelles le CCM-COTE D'IVOIRE a pris part sur la période du 30 avril au 15 juillet 2015.

Il s'agit des différentes missions du Fonds Mondial en Côte d'Ivoire pour l'introduction du logiciel TOM@TE, la revue du mécanisme d'achat groupé. Une autre mission du Fonds Mondial concernait celle du Bureau de l'Inspecteur Général pour la revue de la chaîne d'approvisionnement, le CCM-CI a aussi participé à des échanges sur l'initiation d'une campagne sur les médicaments illicites, la présentation au CCM du nouveau directeur de CARE, la présentation du projet DAT AOC de l'ONUSIDA. L'Inspection d'Etat a également effectué une mission au CCM-CI dans le cadre de l'investigation sur la surconsommation des médicaments antituberculeux et antipaludéens. En plus de ces rencontres, IChange a procédé à la présentation du projet Charges virales indétectables au CCM aux fins d'avoir l'aval de ce dernier. Le CCM a également participé à la réunion semestrielle de coordination des interventions de lutte contre le paludisme en CI, à l'atelier sur le consensus, à la revue du Plan Stratégique National VIH et les IST 2012 – 2015.

La dernière information qui a été partagée était relative à l'organisation d'un atelier régional avec les récipiendaires principaux de 10 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre à Abidjan du 03 au 04 août 2015.

Aucune question relative aux informations n'a été enregistrée.

III- RENOUELEMENT DES MEMBRES DU CCM-COTE D'IVOIRE

Le Secrétaire Permanent a passé en revue toutes les étapes du processus de renouvellement des membres du CCM-CI. Il a rappelé les différentes réunions d'informations qui se sont tenues au CCM du 24 juin au 9 juillet 2015 au CCM-CI. Tous les secteurs ont été informés du processus et des directives à respecter lors de l'organisation des Assemblées Générales de désignation / élection de leurs représentants. Il a aussi souligné que le Secrétariat Permanent du CCM participera à toutes les réunions d'élection des représentants de la Société Civile en qualité d'observateur avant de présenter le calendrier des réunions électives :

Organisations de la Société Civile engagées dans la lutte contre la Tuberculose	25 juillet 2015 à 10 H	CAT d'Adjamé
Organisations de la Société Civile engagées dans la lutte contre le Sida	28 juillet 2015 à 10 H	COSCI
Secteur Privé	29 juillet 2015 à 14 H	CECI
ARSIP	29 juillet 2015	ARSIP
SYNDICAT	30 juillet 2015	UGTCI
Organisations de la Société Civile engagées dans la lutte contre le paludisme	31 juillet 2015 à 9 heures	ROLPCI
Confessions religieuses	????????????????	

Monsieur le Secrétaire Permanent a encouragé les organisations qui n'ont pas encore transmis la date de la réunion élective à le faire au Secrétariat juste après la présente Assemblée Générale. Aucune question n'a été posée après cette présentation.

IV- Note Conceptuelle Tuberculose (Réponse du TRP)

Le Secrétaire Permanent a présenté à l'Assemblée Générale du CCM-Côte d'Ivoire la réponse du TRP après l'évaluation de la Note Conceptuelle Tuberculose soumise le 15 juillet 2015. Plusieurs corrections et révisions restent nécessaires ce qui devra amener le CCM à décider de la ré-soumission d'une version améliorée.

Toutefois, La date de ré-soumission devra prendre en compte le terme de la subvention en cours (juin 2015) et la phase d'extension.

Après cette présentation Mme la Présidente du CCM a appelé les membres de l'AG à se prononcer sur la date de la prochaine soumission de la version améliorée de la NC TB en rappelant les différentes dates proposées par le bailleur. Le vote a donné les résultats :

- Pour la date du 8 octobre 2015.
- Contre la date du 8 octobre 2015 : 0 voix
- Abstention : 0 voix

DECISION

L'Assemblée Générale du CCM-CI soumettra une version améliorée de la NC tuberculose au Fonds Mondial le 08 octobre 2015.

V- REVUE DES PROGRAMMES

a) Revue Programme Tuberculose (PNLT)

M. le Directeur du PNLT, Dr. KOUAKOU Jacquemin a rappelé le contexte, les objectifs du projet. Concernant la période d'exécution du projet, il a souligné que le projet s'étend de Juillet 2010 à juillet 2015. Une extension qui s'étend de juillet à décembre 2015 a été accordée au programme vu que la nouvelle subvention n'a pas encore été mise à disposition.

Le bilan programmatique présente de bons résultats avec des indicateurs au-delà des 50%. Toutefois l'indicateur « Nombre de patients tuberculeux toutes formes dépistés dans les prisons » est à 48%.

Le bilan du RSS se décline comme suit :

- Renforcement de la logistique de la NPSP et de la DPM
- Achat de véhicules de types 4X4 (2) et 10 tonnes (2)
- Achat de 9 unités de radiologie (en cours)
- Achat de 17 incinérateurs (en cours)

Le bilan financier quant à lui permet de rappeler que le budget approuvé de la Subvention est de 15 519 887 euro, 65% de ce montant a été dépensé jusqu'à la fin du mois de mars 2015.

Le budget accordé pour la phase d'extension qui s'étend de juillet à décembre 2015 s'élève à un montant de **2 065 270 euros**.

Les grands défis du programme qui ont été présentés sont :

- Appropriation des nouveaux outils de gestion de la tuberculose (Registres, rapports et fiches de supervision) par les acteurs ;
- Amélioration de la gestion des stocks de médicaments au niveau régional (gestion des écarts de consommations en antituberculeux de première ligne) ;
- Gestion de la TBMR ;
- Réalisation d'une enquête nationale de pharmaco résistance ;
- Ré-soumission de la NFM.

b) Revue CARITAS

La stratégie d'intervention du PR communautaire est essentiellement basée sur les ONG et les ASC.

Ainsi Caritas travaille avec 2130 ASC repartis autour de 76 CDT et 28 ONG intervenants dans 58 sites (16 CAT et 42 CDT)

Les activités menées par le PR sont :

- Formation et mise à niveau de 2130 agents de santé communautaires (ASC) avec l'appui des DD et des médecins chefs des CAT ;
- Elaboration d'un guide simplifié pour le suivi des patients TB et TB/VIH à l'usage des ASC ;
- Elaboration des outils de collecte harmonisés de collecte des données communautaires ;
- Formation de 220 CC en PEC et IEC/CCC en collaboration avec les médecins chefs des CAT ;
- Formation de 140 agents du secteur privé à l'identification des cas suspects en collaboration avec les médecins chefs des CAT ;
- Participer au paramétrage du logiciel DHIS2 ;
- Révision du cadre de collaboration entre Caritas et le PNLT ;
- Supervision des activités des ONG ;

- Distribution de sacs aux ASC ;
- Distribution des vélos aux ASC ;
- Elaboration d'un plan de communication pour la lutte contre la tuberculose ;
- Elaboration et validation des messages de sensibilisation par le MSLS ;
- Diffusion de message de sensibilisation à travers 35 radios de proximité, les radios et télévisions nationales et les sociétés de téléphone mobile (MTN, Orange, MOOV).

Le point de la situation des ASC 2130 ASC permet de souligner qu'ils sont repartis autour de 76 CDT (à ce jour) ; après la suppression de la vente des timbres antituberculeux il y a eu une réduction du nombre pour atteindre présentement 20 ASC sur les sites, ces ASC ont reçu des sacs, des vélos avec paiement de prime de transport pour les réunions d'encadrement.

Les décaissements du Fonds Mondial en faveur du PR s'élève à 2 943 051 euros avec des dépenses effectives d'un montant de 2 563 797 euros, un montant de 239 390 euros a été versé aux SR ; de cette somme, ces derniers ont dépensé 235 063 euros.

Quelques difficultés entravent toutefois la mise en œuvre du programme, à savoir :

- Supervision quasi impossible des ASC dans les villages ;
- Faible capacité technique et managériale des ONG ;
- Démotivation des conseillers communautaires des ONG à cause du faible budget alloué aux ONG ;
- Démotivation des ASC faute de motivation ;
- Faible taux d'utilisation des CDT et CAT par les cas suspects identifiés et orientés.
- Déperdition des malades (certains malades vont dans les pays limitrophes ou arrêtent leur traitement après le 2^e mois)
- Coûts inéligibles dûs aux réunions d'encadrements des ASC (ligne restauration).

Les perspectives du PR énumérées au cours de la rencontre sont :

- Extension de la couverture des interventions à 100% des sites du PNL T ;
- Réduction du nombre d'ONG et augmentation des financements ;
- Recueil des expectorations dans la communauté et convoyages vers les centres de dépistages ;
- Amélioration du suivi des patients:
- Accompagnement systématique des patients TB dès le dépistage ;
- Renforcer la collaboration entre les ONG et les médecins chefs des CAT ;
- Recruter des superviseurs des ASC dans les CDT ;
- Conduite d'une enquête CAP.

c) Synthèses du Suivi Stratégique du CCM

Le Comité Tuberculose a effectué une visite de site à San-Pédro du 17 au 21 mars 2015. Au cours de cette mission les membres du comité ont visité les CAT de San Pédro, les CDT de SOGB, les CDT de Grand-Béréby et les CDT de Gabiadji.

Les constats sont :

- Commandes et réception des produits faites selon les procédures ;
- La visibilité du Fonds mondial n'est pas effective sur tous les sites (sauf CAT de San-Pédro) ;
- Absence d'organigramme (sauf CAT de San-Pédro et CDT de Gabiadji) ;

- Disponibilité des outils de gestion, des documents de normes et procédures (directives nationales TB/VIH) (*sauf Grand-Béréby et Gabiadji*) ;
- Absence de registre de consultation à la SOGB ;
- Formations pour la PEC TB, TBMDR et VIH ;
- Besoin en formation en Hygiène Hospitalière et gestion des déchets sanitaires ;
- Supervision régulière du PNLT (CAT) et du CAT (CDT) ;
- Absence de tableau de suivi des recommandations ;
- Le dépistage VIH n'est pas toujours réalisé sur le lieu du conseil ;
- Absence de procédure écrite de recherche de perdus de vue ;
- Absence d'un circuit du patient clairement défini (CDT) ;
- Absence d'activités communautaires TB dans les CDT ;
- Bonne prise en charge communautaire: visite à domicile, existence de fiche de suivi ; individuelle et d'enregistrement des patients, les patients Co infectés TB/VIH bénéficient de la santé positive etc. ;
- Les moyens et mesures pour le contrôle de l'infection sur site sont disponibles et appliqués (CAT) ;
- Le point focal travaille dans une salle fermée ou la salle sert de salle de soins (les CDT) ;
- Disponibilité des intrants et médicaments (CAT) ;
- Le purificateur d'eau est en panne (CAT) ;
- Absence de poste de radiologie (CAT), de microscope (*Grand-Béréby*) ;
- ATCD de rupture de préservatifs et d'ARV (SOGB).
- Le présentateur a ensuite présenté les résultats de la pré-enquête de l'impact de la suspension de la vente des timbres sur la Lutte Anti tuberculose. Cette enquête a pour paramètres principaux : le profil des personnes dédiées à l'activité, le profil et motifs des départs depuis février 2015, les sources de financement, la fréquentation des services de consultation, radiologie, laboratoire, les principaux indicateurs.

Questions :

- ❖ Après ces interventions, Mme la présidente a laissé la place à tous les membres de l'Assemblée pour des clarifications.

Dr. NIAMIEN Jacob de CARE voudrait connaître le processus de recrutement des ASC dans le cadre du projet.

Dans le cadre de la Lutte Antituberculeux, 30 ASC sont recrutés par CDT. Ces ASC travaillent en étroite collaboration avec le PNLT. Une étude sera menée à la fin du projet pour voir l'impact de ces derniers relativement à la connaissance de la tuberculose. Cette enquête sera menée dans les 6 mois à venir.

- ❖ Un représentant du secteur public voudrait savoir les dispositions prises pour les analyses des patients TBMR vu que le laboratoire est en panne. Il voudrait savoir également la faisabilité de l'enquête de pharmacovigilance.

Le laboratoire de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire connaît des difficultés et un processus pour la mise à niveau du matériel est en cours. Ce processus se fera dans le cadre d'un COP du PEPFAR. D'autres alternatives pour la réhabilitation du laboratoire sont à l'étude. Pour les malades qui attendent leurs résultats, les gènes experts se font pour le dépistage. La prise en charge des TBMR est désormais une activité de routine puisque les médicaments sont disponibles. Tout le bilan est

gratuit (suivi- transport pour les injections et médicaments), toutefois 25000 malades n'ont pu être isolés à cause d'un manque de structure d'accueil.

- ❖ Le secteur privé voudrait avoir l'avis du CCM-CI sur les résultats du suivi stratégique qui ont été présentés.

Quand les programmes font leur bilan, il revient que le secteur privé est difficile à pénétrer alors que le programme paludisme a une bonne approche qui a donné des résultats satisfaisants, il voudrait donc encourager les autres programmes à s'inspirer de cet exemple de collaboration. Les résultats du CCM sur le suivi stratégique sont les mêmes qui sont présentés par les PR, le problème véritable est le financement, les ONG ne reçoivent pas suffisamment de financement pour les activités, dans la lutte contre le Sida, ces montants ne permettraient pas un début d'activité. En l'état actuel des choses, selon les PR, les ONG sont à féliciter car ils produisent des résultats satisfaisants avec peu de moyen.

- ❖ La société civile engagée dans la lutte contre la tuberculose quant à elle voudrait aborder la question de la suppression des timbres antituberculeux. Sur plusieurs sites il se pose des difficultés en termes de manque de lamelle pour les examens de crachat, de film pour les radiographies etc. à cela il faut ajouter les nombreuses démissions pour un manque de financement qui a fait accroître un problème de salubrité dans certains centres.

Les difficultés rencontrées dues à la suppression de la vente des timbres antituberculeux sont réelles et aucun palliatif n'a encore été trouvé, plusieurs structures rencontrent des difficultés car certains de leurs agents (aides soignant, balayeur, technicien de surface, etc...) étaient payés par les montants issus de la vente des timbres. Un dossier faisant l'état de la situation a été adressé au cabinet du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida afin d'apporter des solutions adéquates à la question.

d) Revue Programme Paludisme (PNLP)

La revue du programme paludisme a permis de faire remarquer que le PR a de bonnes performances (les indicateurs de plus de 50% et de plus de 100%) toutefois, l'indicateur Diagnostic et traitement antipaludique rapide et efficace est à 37,7% ; « Suivi et Evaluation des activités du projet » 41% ; « Coûts et gestion du programme » 41,2%.

Le bilan de la campagne MILDA 2015 permet d'affirmer que la Côte d'Ivoire a atteint la couverture universelle avec 14 667 718 MILDA distribuées à travers 26 054 296 personnes et 5.691.814 ménages soit 95% de la population.

Concernant l'utilisation des MILDA il faut retenir que le taux d'installation par les ASC des MILDA est de 32%, le taux d'installation spontanée: 82%

Le défi reste l'utilisation des MILDA qui se fera par la sensibilisation des populations à travers les mass médias, les acteurs communautaires.

Une subvention pour la reprogrammation a été accordée au PR allant du 1^{er} janvier au 30 juin 2015 avec extension possible jusqu'en septembre 2015. Le montant de la reprogrammation est de 9, 863,046 euros avec un solde PR au 31 décembre 2014 de 812,698 euros.

Le décaissement du Fonds Mondial au profit du PR au 30 juin 2015 est de 3 603 411 euros ;

- Le décaissement direct GAS au 30 juin 2015 est de 900 308.53 euros ;

- Le décaissement du PR au SR CARE est 437,620 euros ;

Ce qui fait un taux de décaissement du FM au 30 juin 2015 : 54%

Le présentateur a fait également le point des activités engagées depuis le 30 juin 2015, un point des activités non planifiées mais exécutées, du suivi de stocks avant de faire un résumé des points et des difficultés rencontrées par le programme dans l'exécution du programme.

Points forts :

- Revue à mi-parcours du PSN 2012-2015 ;
- Elaboration du PSN 2012-2015 révisé;
- Existence d'un plan de S&E du programme ;
- Implication du CCM (Comité paludisme) dans le suivi du programme (Dashbord) ;
- Implication des autres programmes de santé et des structures de recherche dans la mise en œuvre des activités ;
- Forte implication des DRS dans la mise en œuvre du projet (atelier de validation des données, consultations en stratégies avancées, réunion de coordination, supervision des ECD) ;
- Publication et communication des résultats de recherche ;
- Forte implication du Cabinet, des partenaires, des régions et districts et des autres ministères dans la campagne de masse.

Les difficultés

- Validation tardive des demandes d'appel d'offres pour production des supports de communication du plan de communication de la campagne 2014 par le FM ;
- Insuffisance de capacité logistique de la NPSP pour l'acheminement des MILDA aux districts ;
- Difficulté d'acheminement des MILDA des districts vers les centres de santé ;
- Lenteur dans les procédures de sélection des investigateurs pour les études ;
- Insuffisance dans la notification des événements indésirables des CTA par les prestataires ;
- Insuffisance dans le respect des Directives de PEC par les prestataires ;
- Non prise en compte des données du secteur privé ;
- Insuffisance de la fréquence de supervision des acteurs du niveau district vers les ESPC ;
- Processus de révision des indicateurs et des outils de gestion (SIG) non achevé (DPPEIS).

e) Revue CARE

Le présentateur de CARE a commencé sa présentation en rappelant les informations d'ordre générale sur le projet (pays, intitulé du projet, durée, série, montant, les objectifs du projet, les indicateurs programmatiques, les bénéficiaires, les principaux bénéficiaires, les sous bénéficiaires, les axes d'intervention, etc...).

Le projet qui s'est achevé le 30 juin 2015 avec 6 mois de No cost extinction (NCE) a donné les résultats satisfaisants car tous les indicateurs sont atteints à plus de 92% et le projet a permis :

- Contractualisation avec 82 Radios de proximité;
- 2 capsules sur l'utilisation des MILDA produits;
- 1 film documentaire sur la campagne réalisé;
- 82 banderoles -bâche sur l'utilisation des MILDA;
- Réalisation d'une enquête TRAC;
- Organisation des réunions de coordination;
- Renforcement de capacités de 10 ONG locales.

Sa présentation a mis en lumière l'évolution de la performance du PR qui est parti de 35% au Trimestre 16 à 121% au trimestre 22.

Sur un budget total de 20 503 300,00 euros, le Fonds Mondial a décaissé effectivement 14 362 180, 92 euros et les dépenses s'élèvent à 14 040 043 euros soit un taux d'absorption de 98%.

Malgré cette performance, des difficultés sont à noter:

- Le démarrage tardif des activités avec 6/10 SR;
- Retard dans le décaissement sans possibilité de préfinancement avec le Fonds Mondial;
- Retard dans le rapportage financier des SR ;
- Insuffisance de superviseurs pour la supervision des relais ;
- Taux de déperdition élevé des relais;
- Collaboration empreinte de méfiance entre les SR et les Districts sanitaires;
- Coordination pour le transfert des acquis de la subvention avec le nouveau PR.

De l'exécution du projet, plusieurs leçons ont été apprises ; il s'agit entre autres de :

- L'implication effective des Districts dans la coordination et la mise en œuvre de la campagne pilote et des CPN Foraines ont permis d'avoir des résultats de qualité ;
- Le suivi rapproché des organisations locales permet de réaliser de bons résultats communautaires même en un temps très court ;
- L'utilisation des outils de suivi et évaluation adaptés au niveau des acteurs du volet communautaire permet un rapportage rapide et de qualité, etc....

f) Synthèse du Suivi Stratégique du CCM

Le CCM-CI a effectué à travers le Comité paludisme une visite de site dans la région du Sud Comoé du 18 au 22 juin 2015. Le constat fait se décline comme suit :

- La Gratuité ciblée est appliquée ;
- Le taux de couverture de la SP2 s'est amélioré ;
- Une très bonne collaboration entre les Districts sanitaires et le SR communautaire ;
- Les directives quant à la PEC des malades sont affichées ;
- Les activités communautaires mis en œuvre.

Les points à améliorer sont :

- Renforcer la communication entre les acteurs des différents services de l'établissement sanitaire ;
- Sensibiliser les prescripteurs quant à la dispensation des ASAQ aux malades ;
- Sensibiliser les malades sur les mesures d'accompagnement-quant à la prise des médicaments afin d'atténuer les effets indésirables ;
- Sensibiliser sur le respect des directives (l'utilisation du TDR, GE, ...) ;
- La goutte épaisse n'est pas gratuite dans certains centres.

Les 1^{ers} et 2 juillet, le Comité a effectué également une supervision chez les PRs.

Avec CARE, le CCM a abordé la clôture du round 8 (le PR est en attente de validation du plan de rétrocession des immobilisations par le CCM-CI). Le PR a exécuté le projet à hauteur de 95% du budget mis à sa disposition. Tous les engagements sont en cours de liquidation.

Le retard dans la mise en œuvre pendant la période du NCE (No Cost Extension) est dû au retard de décaissement des fonds mis à disposition. Malgré ce retard, la performance globale est supérieure à 90%.

La signature de la subvention paludisme a été reportée à une date ultérieure. Le CCM propose que la stratégie de communication sur la gratuité des soins soit revue et adaptée.

La supervision du PR révèle que la campagne de distribution des MILDA s'est bien déroulée dans l'ensemble, l'acheminement des MILDA de routine vers les Districts en cours et le paiement

des acteurs de mise en œuvre de la campagne d'accrochage dans les 59 Districts est en cours. Au niveau financier, le PR a reçu un décaissement qui représente 80% du financement, Un seul décaissement soit 80% du financement reçu.

La revue du Dashboard du PR a permis au CCM-CI de noter que les indicateurs de mise en œuvre sont satisfaisants. Le nombre de femmes ayant bénéficiée de la SP2 : 13115 /12 450 soit un taux de réalisation de 105%, la Sensibilisation de proximité donne: 993 965 / 1 600 000 personnes à toucher soit un taux de réalisation de 62 %.

Le point financier permet de souligner que les frais de transit pour les MILDA résiduels ont été reçus ; une demande de décaissement soumise le 03 mars 2015 et les fonds reçus le 17 avril 2015.

Après la revue du programme paludisme Madame la Présidente a également laissé la parole aux membres du CCM pour une meilleure compréhension des présentations.

- ❖ L'un des représentants du secteur privé a fait remonter les plaintes de son secteur. Selon lui, les résultats du PR communautaire présente un bilan qui n'inclut pas le secteur privé. La stratégie utilisée aux dires du présentateur était basée sur la population en générale avec les femmes enceintes comme porte d'entrée. L'aspect "entreprise privée" n'avait pas été intégré à la stratégie.

- ❖ La société civile quant à elle, souligne que les résultats présentés par le PR communautaire ne sont que les résultats de la phase 2, il aurait souhaité que les résultats de la phase 1 soient aussi présentés vu que le PR est à la fin du programme.

Selon le présentateur, les résultats de la phase 1 ont été à présenter au CCM-CI, et un bref aperçu a été fait au cours de la présente assemblée mais le PR a trouvé plus pertinent d'axer sa présentation sur la phase 2 qui vient de s'achever.

- ❖ Les représentants de ce secteur voudraient savoir pourquoi les résultats programmatiques révèlent des pics et des chutes considérables à certains moments :

Selon les représentants de CARE, deux raisons peuvent justifier ce constat : le retard dans les décaissements entraine des baisses d'activités, à cela il faut ajouter le taux de déperdition entre le mois de décembre et mars avec l'arrêt des activités des partenaires de mise en œuvre.

- ❖ Le même secteur voudrait également savoir les causes du report de la signature de la subvention paludisme. Il voudrait savoir si ce report est lié au problème de surconsommation. Il voudrait avoir plus d'informations sur les conclusions des différentes visites ainsi que les répercussions que ce problème pourrait avoir.

La signature de la subvention paludisme 2015 – 2017 n'est pas liée au problème de surconsommation mais plutôt à la transmission tardive de l'accord en version anglaise. Ce document a été transmis au budget et au Ministère de l'Economie et des Finances pour analyse et accord avant toute signature. Le report de la date de signature s'explique donc par ce long processus administratif.

- ❖ Le secteur privé voudrait également savoir la stratégie adoptée de concert avec le Ministère de l'Environnement et de la Santé pour l'assainissement de l'environnement qui est un aspect important dans l'éradication du paludisme.

Au moment de l'écriture de la Note Conceptuelle Paludisme, l'aspect de la démoustication a été abordé mais le financement n'a pas suivi. Le Programme encourage donc les populations à

l'amélioration du cadre de vie en collaboration avec tous les ministères vu que la lutte contre le paludisme est multisectorielle.

❖ Le PR public voudrait que soit rectifié l'aspect de la communication abordé par le présentateur du CCM-CI. Selon lui la communication sur la gratuité de la prise en charge du paludisme n'a pas échouée, ce n'est pas le fait de payer pour une Goutte Epaisse dans un centre de santé qui sera l'indicateur qui permettrait d'affirmer que la communication a échouée.

❖ Le secteur public voudrait savoir comment est calculée la mortalité liée au paludisme. La mortalité hospitalière est calculée sur la base des cas de malades décédés après un diagnostic positif du paludisme.

❖ Pour la SP2, quel est le lien existant entre les deux PR ; il voudrait savoir si les indicateurs sont déférents.

Pour la SP2 il n'y a pas d'actions communes mais complémentaires. En prenant en compte les indicateurs nationaux, le PR communautaire intervient dans une sphère au-delà de 5 km d'un centre de santé. A travers la PECADOM, l'intervention des ASC a permis la hausse des taux des indicateurs car le nombre des malades qui ne fréquentaient pas les centres de santé a été revu à la baisse.

g) Revue Programme VIH (PNLS)

Le PR a commencé sa revue en rappelant aux membres du CCM-CI, le contexte de la mise en œuvre de la Phase 2 qui s'étend du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2016 d'un montant global de 63 169 325 euros. Il a ensuite rappelé les axes d'interventions et les zones de couverture ainsi que les structures faisant office de sous bénéficiaires.

Deux indicateurs programmatiques n'ont pas été atteints ; il s'agit du « Nombre de victimes / survivant(e)s de violences sexuelles ayant bénéficié de soins incluant la prophylaxie post exposition dans la région du Sud Comoé et le pourcentage de régions ayant transmis les rapports à temps, complets et exacts à la DIPE.

Sur un budget total d'un montant de 63 169 325 euros, le Fonds Mondial a décaissé pour la phase 1 et la phase 2 42 233 085 euros, les dépenses (cumulées phase 1 et 2) au 31 mars 2015 s'élèvent à 12 703 943 euros avec un taux d'absorption de 30% pour le trimestre de janvier à mars 2015.

Plusieurs activités sont en souffrance :

- Milieu carcéral: réhabilitation des prisons/DAO en cours ;
- Renouveler les équipements de 5 laboratoires du Sud Comoé: Lettre de notification adressée aux fournisseurs en attente de signature de contrat et livraison ;
- Organiser l'itinérance des médecins dans les sites du Sud Comoé: Discussion avec HG Ayamé infructueuse. Réflexion en cours sur la stratégie ;
- Equiper 27 sites de PEC ARV en matériel anthropométrique pour l'évaluation nutritionnelle: Commande passée en attente de livraison
- Renforcement du SNIS: Acquisition du serveur, contrat du fournisseur signé (en attente de livraison)
- Formation des utilisateurs sur le DHIS2: Certaines régions formées ;
- Renforcer l'assurance qualité de la LNSP: identification des différents financements des partenaires en cours.

Les difficultés observées au cours de la mise en œuvre sont :

- Divergence entre le FM et la Direction des marchés publics en lien avec les DAO ;

- Difficulté de réhabilitation des dispensaires des prisons: recrutement d'un cabinet pour élaboration des DAO ;
- Difficulté de mise en œuvre des activités du SNIS liée à la réorganisation de la DPPEIS ;
- Départ du personnel du programme et difficulté de les remplacer.

h) Revue Alliance

Le PR Alliance a fait la revue de l'exécution du programme en rappelant le contexte du programme. Le round 9 que le PR exécute a été signé le 16 décembre 2013 avec un montant global de 13 799 583 euros et s'étend du 1^{er} Octobre 2013 au 30 septembre 2016. Il a comme ses prédécesseurs, présenté les axes et les zones d'interventions ainsi que ses sous-bénéficiaires.

Les résultats programmes sont satisfaisants dans l'ensemble mais l'indicateur « nombre de victimes de violences basées sur le genre identifiés dans la communauté et référées vers les structures de Santé de la région du Sud-Comoé » est à 8%.

Sur un budget global de 4 741 887 968 euros, les dépenses s'élèvent à 2 569 694 557 euros avec une disponibilité de 2 172 193 411 euros soit un taux d'absorption de 54%. Le PR a rappelé également l'évolution de sa performance qui est partie de la note C en décembre 2013, à B1 en décembre 2013 pour atteindre A2 en décembre 2014.

Cependant les contraintes et défis qui s'offrent au programme sont :

- Retard dans le démarrage de la subvention suite à la crise post-électorale ;
- Retard dans le démarrage du projet sur le Marketing social ;
- Difficulté de suivi des SR => PR Dashboard avec l'assistance technique de GMS ;
- Mobilité du personnel (SSR, SR, PR) => renforcement du système de suivi et la mise à disposition d'outil ;
- Etat de collaboration avec les DDLS => appui du PNLIS pour la mise à disposition des intrants et l'intégration des acteurs communautaires sur les sites de prise en charge, instauration des réunions de coordination tournantes.

C'est sur des mots de remerciements aux différents partenaires que le PR a terminé sa présentation.

i) Synthèse du Suivi Stratégique du CCM

Le Comité VIH du CCM a effectué deux (2) visites de sites dans les régions suivantes:

Le **Poro** : du 20 au 25 avril 2015 à Korhogo, Sinématiali, M'bengue, Niofoin

Le **Loh-Djiboa**: du 20 au 24 avril 2015 à Divo, Guitry, Ogoudou

Trois réunions du Comité ont été organisées avec un taux de participation de 12/ 20 membres. La revue Dashboard n'a pas pu être organisée parce que les PR n'étaient pas prêts.

Les constats de la visite dans le **Poro** :

- Paquet d'activités VIH déroulé ;
- Manque appareils de laboratoire pour BI et BS des patients / pas de maintenance (CHR Korhogo) ;
- Non information des donneurs ayant changé de statut sérologique dans certains CRTS et CTS (CRTS Korhogo) ;
- Insuffisance des conseillers communautaires et insuffisance de matériel roulant pour couvrir toutes les zones (de M'Bengué et Niofoin) ;
- Absence de frais de communication pour la recherche des perdus de vue.

Pour apporter des réponses, un courrier sera adressé au PR communautaire.

Les constats de la visite dans le **Loh-Djiboa**:

- Paquet d'activités VIH déroulé/ bonne coordination des actions ;
- Présence de conseillers communautaires, Pop clés ;
- Absence conseillers communautaires, pop générale ;
- Etat délétère de la pharmacie et du laboratoire (CHR de Divo) ;
- Problème d'adduction d'eau (CHR de Divo) ;
- Insuffisance Assistants sociaux (DD de Divo et l'HG de Guitry) ;
- Lenteur des résultats de PCR lors de prélèvements des enfants (CHR Divo) ;
- Problématique de la délocalisation du CAT de Divo.

Les recommandations du PR

- Plaidoyer auprès du PR pour assurer la disponibilité des conseillers communautaires
- Débriefing au DDS car problèmes d'ordre structurel.

La mise en œuvre des programmes révèle que :

- Rupture réactifs de labo (type Guava) mais des commandes de réactifs ont été réceptionnées en fin juin et fin juillet ;
- Démarrage tardif du marketing social pour préservatifs, toutefois un accord a été passé entre AIMAS et ALLIANCE pour la réalisation d'un plan d'accélération.

Le bilan du GAS a permis de rappeler aux membres du CCM-CI le problème de surconsommation des produits Antituberculeux (RHZE), d'Antipaludiques (CTA), IO/VIH (Cotrimoxazole).

Pour une meilleure compréhension du problème plusieurs actions ont été initiées notamment par le CCM-CI, par le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida et par le Bureau de l'Inspecteur Général du Fonds Mondial.

Ces actions se résument à la réalisation d'enquête par les inspecteurs du Ministère de la Santé, les inspecteurs d'Etat et par ceux du Fonds Mondial. Le CM-CI est dans l'attente des conclusions de ces enquêtes.

Ces présentations ont laissé la place aux participants à la réunion pour les questions de compréhension :

- ❖ La restitution du suivi stratégique du CCM a fait ressortir la prise en charge du VIH à Divo, toutefois, il est à souligner que l'intervention du PR communautaire dans cette localité ne concerne que les populations clé et non la population générale.
- ❖ Les objectifs présentés par le PR public ont fait ressortir des objectifs sur la mortalité et la morbidité qui cependant n'ont pas été quantifiés.

Concernant ces deux objectifs, une étude sera menée en collaboration avec l'OMS, le Ministère de la santé et de la Lutte contre le Sida, et le Fonds Mondial afin d'analyser le taux de mortalité.

- ❖ Le secteur public voudrait savoir s'il était possible de modifier des indicateurs et les cibles au cours de la mise en œuvre lorsqu'on se rend compte des difficultés de performance. Ces difficultés ne permettent pas d'atteindre les objectifs et les indicateurs restent en rouge avec une promptitude autour de 25%.

Les données de bases peuvent être ajustées avec l'accord du bailleur. La problématique qui demeure est de voir la fiabilité des données avant tout ajustement.

Le DIHS2 viendra apporter une solution au problème de promptitude car avec cet outil les programmes n'ont plus besoin de se déplacer puisqu'avec un code d'accès, ils pourront consulter l'information en ligne selon les régions ou les départements.

- ❖ La société civile voudrait savoir pourquoi les religieux ne sont pas associés à la stratégie de lutte contre la pathologie, elle aurait souhaité que des communications se fassent dans les lieux de culte ;

L'implication des religieux est une préoccupation du PR communautaire. Dans le cadre de la planification des activités avec les populations clé, les religieux ont été pris en compte cela s'est matérialisé par la signature d'une convention avec l'ARSIP.

- ❖ Ce secteur rappelle que lors d'une visite dans le nord du pays il a été constaté le problème d'appareil non fonctionnel pour les analyses, il propose donc qu'un plan de réhabilitation de ces appareils soit planifié en lieu et place de l'achat de nouveaux équipements.

Pour la phase 2, un accord a été passé avec le Fonds Mondial afin que le bailleur fasse la maintenance des appareils acquis sur ses subventions et ce pendant un an. Après cette période, le PEPFAR devrait prendre la relève mais il s'est posé le problème de la non remise officielle de ces appareils ce qui revient à dire qu'il s'agit d'appareils prêtés à l'Etat de Côte d'Ivoire. Pour pallier à ce problème donc le PEPFAR souhaite faire un remplacement progressif des appareils en question. Toutefois, il faut noter que la vision du PEPFAR a changé et désormais, ce bailleur intervient dans les régions qui ont le plus besoin d'appui.

DIVERS

1. La Secrétaire Permanente de la plateforme des réseaux et faitières de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a présenté le projet intitulé « renforcement de la contribution des acteurs communautaires à la qualité des services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en côte d'ivoire ».

En situant le contexte, elle souligne que la plateforme a relevé des dysfonctionnements dans l'accès aux services de prévention et prise en charge des trois maladies qu'elle souhaite adresser. Il s'agit notamment des ruptures de stock survenant dans l'approvisionnement de médicaments antirétroviraux, anti paludéens et anti tuberculeux au niveau central et périphérique.

Ce projet vise quatre objectifs spécifiques qui sont :

2. Mettre en place un système d'alerte pour le paludisme et la tuberculose et renforcer la couverture du système d'alerte pour le VIH/sida
3. Mettre en place des mécanismes communautaires d'appui à la qualité des services ;
4. Renforcer le suivi évaluation des interventions communautaires ;
5. Renforcer la gouvernance de la plate-forme des réseaux et faitières de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Les résultats attendus sont :

- 1- Les ruptures de stocks de médicaments et d'intrants, de même que les dysfonctionnements dans l'application des arrêtés, des normes et directives nationales sont notifiés aux autorités compétentes grâce au système d'alerte pour la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida;
- 2- Des mécanismes communautaires d'appui à la qualité des services de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sont mis en œuvre;
- 3- Le système de suivi-évaluation communautaire est renforcé et permet de disposer de rapports compilés et validés d'interventions communautaires de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme;

4- Les organes de gouvernance de la plate-forme et de ses réseaux sont fonctionnels.

La stratégie qui sera utilisée comporte deux volets :

1. Au niveau Périphérique : Accroître la performance du dispositif du système d'alerte en place avec le RIP+, le nombre de zone sera porté de 7 à 10 zones réparties autour des 5 sous-bureaux décentralisés de la Nouvelle PSP. **Pour la tuberculose et le VIH**, la collecte d'informations sera faite grâce aux patients et conseillers communautaires des Centres de Diagnostic de la Tuberculose (CDT) et des Centres Anti tuberculeux (CAT) et des centres de prise en charge du VIH. Le conseiller communautaire se chargera de compiler les informations et de les transmettre au délégué régional de sa zone d'activité. Le délégué régional après vérification de la véracité des informations auprès de la pharmacie du site de prise en charge interpellera les Directions Départementales de santé(DDS) et les responsables du sous bureau de la nouvelle PSP de leur zone d'intervention. Le Coordonnateur du projet à Abidjan recevra la notification de tous les cas de rupture ou de non application de directives. **Relativement au paludisme**, en raison de l'absence de conseillers communautaires, les délégués recueilleront directement les informations au sein des pharmacies des centres de santé et auprès des agents de santé communautaires.
2. Au niveau central : Au palier 1 de la cellule de veille se trouvent le coordonnateur du projet et les directions exécutives des réseaux. Le Coordonnateur de projet transmettra la compilation des informations reçues des délégués régionaux, aux directions exécutives des réseaux concernés. Par ailleurs, le coordonnateur de projet saisit le programme national concerné (PNLS, PNLT, PNLP) en vue d'aider à la résolution du problème notifié sur le terrain. Au palier 2 du système d'alerte se trouve la Conférence des présidents. En cas de persistance du problème ou d'obstacle dans la résolution malgré l'intervention des programmes, la Conférence des Présidents de la plate-forme sera saisie en vue de l'information et d'un plaidoyer auprès de la Direction Générale de la Santé et du CCM.

Une enquête de satisfaction sera menée avec pour objectif général l'appréciation de la satisfaction des malades et des prestataires de soins des programmes mis en œuvre dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

Après cette présentation la possibilité a été donnée à tous les participants à cette rencontre de poser des questions pour mieux comprendre ledit projet.

- ❖ L'un des PR a voulu savoir comment se fera le lien entre la plateforme et les PR dans le cadre de ce projet. En quoi consiste le mécanisme d'appui en rapport avec la qualité. Il voudrait savoir la motivation du choix du découpage en 10 régions pris en compte par le projet au lieu de 20 régions sanitaires.

La mise en place du mécanisme d'appui à la qualité des services se fera à deux niveaux : au niveau périphérique, les conseillers communautaires en lien avec les patients recueilleront les informations qu'ils transmettront aux délégués régionaux des districts sanitaires de leur aire d'intervention à travers les équipes de veille, ces derniers feront le retour aux présidents qui à leur tour feront des plaidoyers au CCM-CI qui apportera une réponse ou saisira la Direction Générale de la Santé.

Le découpage en 10 régions tient compte des régions administratives et ce pour tenir dans le budget du projet. Il est à souligner que ce projet intégrera les données de tous les systèmes d'alarme existants.

- ❖ Les partenaires voudraient savoir pourquoi l'alerte au niveau du paludisme est différente des deux autres pathologies puisqu'il existe des acteurs communautaires au niveau de la lutte contre le paludisme qui pourraient donner l'alerte.

Les informations recueillies pendant les phases préliminaires de la rédaction du projet ont révélé qu'il n'y avait pas de conseillers communautaires, ce qui emmènerait les délégués régionaux à ne pas recevoir les informations mais à aller vers l'information à la pharmacie.

M. COULIBALY a informé de l'organisation d'un atelier de validation d'un guide sur l'implication des conjoints dans la prise en charge de leur épouse le 22 juillet 2015.

Dr. ABO, Directeur Coordonnateur du PNLS a rappelé la tenue de la revue du Plan Stratégique VIH qui a vu la participation des différents secteurs. Dans ce cadre, des visites de terrains, des rencontres avec les structures, les réseaux ont été organisées. L'aspect renforcement du système communautaire et du système de santé ont été abordés. Un atelier de validation partielle de ce plan 2016 – 2020 sera organisé au cours des semaines à venir.

Mme la Présidente a rappelé que le manuel de procédures sera transmis aux membres de l'Assemblée Générale pour validation puisque certains éléments dont les annexes et certaines informations doivent y être intégrés.

Rédigé le : 12 Août 2015

Nom: Mme N'GUESSAN Pulchérie

Validé par l'Assemblée Générale du 10 septembre 2015

Pour le CCM-Côte d'Ivoire : Dr. OUATTARA DJENEBA

Signature :

