



**REPUBLIQUE
DE COTE-D'IVOIRE**

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME**



**EVALUATION DES BESOINS
(Need Assessment)**

Initiative Faire Reculer le Paludisme (ROLL BACK MALARIA)

July 2008

Table des Matières

Remerciements	2
Glossaire	3
Liste des Tableaux.....	4
Liste des graphiques	5
Résumé	6
1. Introduction	7
2. Méthodologie	8
2.1. Planification et préparation.....	8
2.2. Travail de terrain.....	8
2.3. Travail après la visite de terrain.....	10
3. Profil épidémiologique, données démographiques et socio-économiques.....	11
4. Progrès, Ecart estimés et besoins	15
4.1. Développement des objectifs de 2010.....	15
4.2. Financement en cours	20
4.3. Besoins estimés et requêtes, pour atteindre les objectifs de 2010	22
5. Principales interventions.....	40
5.1. Prévention	40
5.1.1. MII.....	40
5.1.2. PID.....	47
5.1.3 PALUDISME ET GROSSESSE.....	48
5.2 PRISE EN CHARGE.....	51
5.2.1. Traitement	58
6. Questions transversales.....	64
6.1. Epidémie/ Contrôle d'urgence	64
6.2. Plaidoyer/CCC/IEC	68
6.3. Suivi et Evaluation	72
7. 7. Gestion de programmes et des systèmes de santé.....	76
7.1. Systèmes de santé et Gestion de programmes	76
7.2. Gestion des l'approvisionnements.....	81
7.3. Renforcement du Système de Santé.....	84
Annexes.....	87
Annexe1: Liste des documents consultés	88
Annexe 2: plan d'action.....	89
Annexe 3: processus d'élaboration du Need Assessment	90
Annexe 4: Besoins en approvisionnement et gestion de l'unité de coordination.....	93
Annexe 5: Besoins de renforcement du système de santé	94
Annexe 6 : Statistiques Démographiques et Socio Economiques (Côte d'Ivoire 1990 - 2006).....	95

Remerciements

Glossaire

Liste des Tableaux

Tableau 1. Indicateurs sanitaires et socio-économiques.....	11
Tableau 2. Démographie.....	12
Tableau 3. Population à risque de paludisme par strate épidémiologique	13
Tableau 4. Indicateurs et cibles RBM et Côte d'Ivoire.....	16

Liste des graphiques

Carte 1 : Morbidité palustre en Côte d'Ivoire

Carte 2: Zones d'intervention des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme

Graphique 1: Les Ecart du Pays jusqu'en 2013 Présentation par Année

Graphique 2: Ecart en fonction des Domaines de Prestations

Graphique 3: Ecart en fonction des types de coûts

Graphique 4: Mécanisme de coordination du partenariat PNLP

Graphique 5 : Diagramme schématique montrant les systèmes de gestion de l'approvisionnement pour les principales interventions

Résumé

La crise sociopolitique survenue en Septembre 2002 a provoqué un dysfonctionnement du système de santé de la Côte d'Ivoire et une recrudescence des problèmes sanitaires du pays dont le Paludisme. C'est ainsi que plusieurs indicateurs socio sanitaires ont très peu évolué voire même ont empiré. On pourrait citer le taux de mortalité infantile qui est passé de 10% en 1998 à 12,5% en 2005. (Sources : RASS 2000 et 2005).

Le paludisme qui constitue l'une des causes les plus importantes de cette mortalité a connu un regain d'intérêt depuis ces sept dernières années avec l'avènement du Fonds Mondial de lutte contre la VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM), l'Initiative présidentielle sur le Paludisme (PMI, President's Malaria Initiative, aux Etats-Unis), le Programme de renforcement de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale (« Booster Program ») entre autres. Mais malgré cela, la Côte d'Ivoire (ajoutée à sa situation socio politique) n'a pu bénéficier de cet appui que depuis 2006 et les objectifs fixés jusqu'alors restent encore hors d'atteinte.

C'est ainsi que, dans un contexte de passage à échelle pour l'impact, il a été retenu d'identifier au niveau de tous les pays, les obstacles pouvant entraver l'atteinte des objectifs de **couverture d'au moins 80% de la population à risque d'ici 2010**. C'est dans ce cadre qu'une analyse situationnelle et une estimation complète des besoins ont été planifiées en Côte d'Ivoire à l'instar des autres pays d'Afrique Sub Sahara. Ces deux activités avaient pour objectif d'identifier les insuffisances programmatiques, financières et opérationnelles, les contraintes et les opportunités pour atteindre les objectifs ambitieux de mise à échelle des activités sur la période 2008 – 2010 et au-delà.

Ce processus d'évaluation des besoins qui s'est déroulé du 12 mai au 30 juin 2008 avec des outils développés par RBM (***Principes directeurs pour l'évaluation des besoins du programme RBM, Modèle de rapport d'évaluation des besoins du programme RBM, Outils de calcul des besoins***) aura couvert quatre grands domaines d'analyse : (1) la rubrique des informations générales sur la pays (situation socio économique environnement politique, profil épidémiologique...); (2) les Interventions de base (stratégies prioritaires de lutte contre le paludisme...); (3) les Questions transversales (stratégies de soutien et d'accompagnement...); (4) la gestion du Programme et le renforcement du système de santé.

A l'issue de ce processus, il est apparu que sur **484 899 218 USD** estimés comme besoins globaux du pays, **401 456 017 USD ont été évalués comme Ecart financiers** à combler. Aussi, la Côte d'Ivoire, qui est en plein essor de reconstruction, s'est ainsi engagé (politiquement et techniquement) et a mis en place des dispositifs pertinents afin de mettre en œuvre l'ensemble des stratégies retenues pour la mise à échelle des activités. Des stratégies et solutions ont aussi été dégagées pour aplanir les goulots d'étranglement et contraintes identifiées dont une grande partie a été initiées avec la proposition du Round du Fonds Mondial soumis par le pays en Juillet 2008.

1.Introduction

Malgré l'augmentation substantielle des financements pour la lutte contre le paludisme en Afrique Sub Sahara ces sept dernières années, les pays ne sont pas encore parvenus à atteindre leurs objectifs ambitieux, fixés lors la Déclaration d'Abuja, en 2000 pour réduire de moitié la morbidité et la mortalité dues au paludisme d'ici à 2010. Plus récemment, il a été reconnu que pour réduire de manière significative la mortalité et la morbidité liées au paludisme, les pays devront atteindre une couverture de 80 % de la population à risque et une couverture encore plus importante des groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Cet constat exige la mise à échelle accélérée des interventions principales que sont la distribution des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA), le traitement préventif intermittent (TPI), la prise en charge rapide et efficace des cas de paludisme (PEC) et/ou la pulvérisation intradomiciliaire (PID).

Afin de mettre à échelle rapidement ces activités pour parvenir à un impact à l'horizon 2010, des évaluations complètes des besoins ont été planifiées au niveau des pays. Elles ont pour objectifs d'identifier les insuffisances programmatiques, financières et opérationnelles, les contraintes et les opportunités pour atteindre les objectifs ambitieux des plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme et les objectifs RBM 2010 mondiaux sur la période 2008 -2010 et au-delà. Les informations collectées seront également utilisées pour renseigner les propositions du Fonds mondial et devront servir de base pour le développement ultérieur d'un plan détaillé d'activité et de mobilisation de ressources (Business Plan) à l'échelle des pays et du continent pour la réduction du paludisme en Afrique.

C'est dans ce contexte que du 12 mai au 21 juin 2008 s'est déroulée l'évaluation des besoins du RBM/PNLP de la Cote d'Ivoire. Cette évaluation a été faite par deux consultants : Dr Amadou Mbaye (Consultant RBM : 12 au 18 mai 2008 et du 09 au 14 juin 2008) et Professeur Jean-Bosco Ouédraogo (Consultant Malaria Consortium : 20 mai au 03 juin 2008).

Ces deux consultants ont travaillé durant toute cette période avec une équipe nationale composée :

- d'un consultant national : Dr ABOKON A Armand (Directeur Régional de Santé)
- d'une équipe du PNLP: Dr SAN Koffi, Directeur coordonnateur du PNLP ; Dr KOFFI A Alphonsine, entomologiste, Dr KADJO K Florence,
- des membres des autres services du Ministère de la Santé : Dr Damey Neto Florence (Direction de l'Information et de la Planification et de l'Evaluation, DIPE), Dr VLEHI Annick de (Direction Etablissement Publics Nationaux, EPN) ;
- des partenaires: Dr COULIBALY Adama (NPO Malaria OMS), Bosso Edwige (CARE-CI)

2. Méthodologie

2.1. Planification et préparation

La planification de l'évaluation des besoins de la Côte d'Ivoire a été faite au moment de l'atelier de formation sur le need Assessment tenu à Dakar les 5, 6 et 7 Mai 2008 entre le Consultant RBM (WARN) l'équipe de la Côte d'Ivoire présente à cet atelier (Dr Adama Coulibaly et Dr Alphonsine Koffi). Il s'agissait :

- d'identifier les différents acteurs devant participer au processus d'évaluation des besoins
- d'identifier et de préparer toute la documentation indispensable à l'analyse contextuelle du pays (Annexe 1)
- de développer un plan d'activités pour la période de l'évaluation (Annexe 2)
- de budgétiser les différentes activités (Annexe 3)

Au cours de cette phase de préparation et de planification, des échanges ont été faits entre les consultants Internationaux (Dr Amadou Mbaye (RBM/WARN) et de Pr Jean Bosco Ouedraogo (Malaria Consortium) et l'équipe Pays appuyée de leur consultant national et des différents partenaires.

2.2. Travail de terrain

Mise à Niveau de l'équipe Pays

Une mise à niveau a été organisée pour toute l'équipe nationale sur les principes directeurs, l'outil de Calcul et le document de rapport qui constituent les trois documents clés du processus d'évaluation des besoins. Cette première phase introductive a permis aux consultants de renforcer la compréhension mutuelle des outils de travail, de valider le plan de travail élaboré à Dakar et de s'accorder sur la disponibilité des documents à analyser pour asseoir une bonne analyse situationnelle du pays. Au cours de cette réunion deux groupes ont été mis en place, l'un travaillant sur les interventions prioritaires et l'autre sur les interventions transversales. Ce dernier groupe était aussi responsable de la première partie des généralités.

Collecte de données

La première séance de mise à niveau de l'équipe pays a permis aux consultants de simuler le remplissage et l'utilisation de l'outil de calcul développé par RBM. Cet exercice a mis en exergue la manque de certaines données sur la situation morbide du paludisme.

Il a fallu alors programmé des enquêtes sur le terrain sur 3 districts et hôpitaux généraux du pays pour récolter les données de morbidité et de mortalité liées au paludisme qui constituent le niveau d'informations le moins documenté du système de surveillance. C'est ainsi que les deux groupes se sont rendus séparément sur trois sites durant une journée pour recueillir les informations manquantes au niveau des formations sanitaires. Une fiche de collecte de données a été par la suite développée et envoyée par Fax aux Chefs de structure de 19 districts sur 72 que compte le pays pour recueil d'informations. Ces dix neuf districts correspondent aux districts d'intervention du Round 6 du Fonds Mondial qui par ailleurs ont été l'objet d'une analyse situationnelle sur les couvertures et l'utilisation des interventions du paludisme, sur l'acceptabilité des moustiquaires au niveau communautaire et sur les taux de prise en charge des cas de paludisme.

Les autres données ont été collectés durant les différents ateliers (12 au 18 mai 2008 ; 20 mai au 03 juin 2008 ; 09 au 21 juin 2008) qui ont été organisés entre l'équipe pays (plus les partenaires) et les consultants internationaux. Au cours de ces ateliers, plusieurs approches ont été adoptées afin de procéder à la collecte des données complémentaires et à l'analyse situationnelle du pays. Il s'agit entre autres :

1. d'une analyse/synthèse exhaustive et des documents (cf. Annexe2)
2. de discussions/interviews avec les différents intervenants et partenaires du pays impliqués dans la lutte contre le paludisme,
3. d'échanges de correspondances (fax, telephone, e-mail...) avec les autres intervenants qui n'ont pas assistés à ces ateliers (les autres services du Ministère de la Santé, les services impliqués dans la lutte contre le paludisme des autres Ministères, les ONG nationales et internationales, les partenaires uni ou bilatéraux...).

Il est à noter que le dernier atelier qui s'est déroulé du 09 au 21 Juin 2008 a été organisé concomitamment avec l'atelier d'élaboration de la proposition Fonds Mondial du pays, Round 8.

Réunions de feedback

Plusieurs réunions de feed back ont été tenues tout au long du processus d'évaluation des besoins du pays :

- une première réunion de feed back a été tenue à la fin du premier atelier permettant ainsi de faire le point sur l'utilisation de l'outil de

calcul et les tableaux générés par celui-ci et sur les données manquantes,

- un deuxième feed back a été fin à la fin de la mission du deuxième Consultant permettant ainsi de faire le point sur l'état d'avancement du développement du rapport NA et de l'état de remplissage des tableaux d'analyse des besoins,

2.3. Travail après la visite de terrain

Le draft du rapport n'ayant pas été disponible à la fin de la mission des consultants, il est alors prévu de partager avec l'équipe pays dès sa finalisation, la première version du rapport afin de prendre en compte les remarques et suggestions du pays dans la version finale. Il est à noter cependant que les différents tableaux d'analyse qui constituent l'essentiel du rapport ont été présentés à l'équipe pays et certains ont été utilisés pour l'estimation des gaps stratégiques pour le huitième round du Fonds Mondial.

Lors du développement de « Business Plan », la version finale du rapport pourrait être présentée à toute l'équipe servant ainsi de base d'introduction et de mise à niveau pour l'équipe qui sera chargée d'accompagner le consultant dans ce nouveau processus.

3. Profil épidémiologique, données démographiques et socio-économiques

Tableau 1. Indicateurs sanitaires et socio-économiques

(Pour plus d'informations sur ces indicateurs cf. Annexe 4 ou voir site suivant : http://www.unicef.org/french/infobycountry/cotedivoire_statistics.html#42)

Indicateur	Taux/Ratio	Source (et année)
Espérance de vie	49 ans	World Factbook édition 2008.
Taux de Fécondité	5.1%	PNUD, 2007/08
Taux brut de natalité	39‰	PNDS 2008*
Taux brut de mortalité	13‰	PNDS 2008
Taux de croissance démographique	3,3%	EIS 2005
Mortalité néonatale	4,1‰	EIS 2005
Mortalité infantile	8,4‰	EIS 2005
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans	12,5‰	EIS 2005
Ratio de Mortalité maternelle	15‰	EIS 2005
Nombre Femmes recevant des soins prénataux	87%	EIS 2005
Accouchements par des professionnels	87%	EIS 2005
Prévalence du HIV dans la cohorte des 14-49 ans	4,7%	EIS 2005
Taux nets de scolarisation/fréquentation à l'école primaire (%), 2000-2006	62%	UNICEF (http://www.unicef.org/french/infobycountry/cotedivoire_statistics.html)
Taux d'alphabétisation des adultes, 2000-2005	49%	UNICEF (http://www.unicef.org/french/infobycountry/cotedivoire_statistics.html)
Population en dessous du seuil de pauvreté	40%	PNUD , 2007/08
% de la population ayant moins de 1 dollar US par jour, 1995-2005*	15%	UNICEF (http://www.unicef.org/french/infobycountry/cotedivoire_statistics.html)
RNB par habitant (\$EU), 2006	870	UNICEF (http://www.unicef.org/french/infobycountry/cotedivoire_statistics.html)
Taux annuel moyen de croissance du PIB (%), 1970-1990	-1.9	UNICEF (http://www.unicef.org/french/infobycountry/cotedivoire_statistics.html)
Taux annuel moyen de croissance du PIB (%), 1990-2006	-0.5	UNICEF (http://www.unicef.org/french/infobycountry/cotedivoire_statistics.html)
Taux annuel moyen d'inflation (%), 1990-2006	6	UNICEF (http://www.unicef.org/french/infobycountry/cotedivoire_statistics.html)
% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1994-2005*), Santé	4	UNICEF (http://www.unicef.org/french/infobycountry/cotedivoire_statistics.html)

Comparable aux autres pays de la sous région, la Côte présente une espérance de vie de 49 ans contre 49, 65 en Guinée, 49,51 au Mali, 49,21 au Burkina Faso, 56, 69 au Sénégal et 59,12 au Ghana.

Avec un taux de fécondité à 5,1%, un taux brut de natalité à 39‰ et un taux de brut de mortalité à 13‰, la Côte d'ivoire connaît un taux d'accroissement de 3,3% selon les dernières sources de l'EIS 2005.

On note par ailleurs un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans assez élevé de 12,5‰ et un taux de mortalité infantile à 8,4‰.

Avec un taux de scolarisation relativement bas (51,3%) et un taux d'alphabétisation de de 35%, la côte d'ivoire connaît un indice de pauvreté assez élevé avec plus de 40% de la ppulation qui vit en dessous du seuil de la pauvreté.

Tableau 2. Démographie

Indicateur	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Source (et année)
Population Totale*	21 260 968	21 962 580	22 687 346	23 436 028	24 209 417	25 008 328	INS (2007)
Taille moyenne des ménages	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	INS (2007)
Nombre total de ménages	3 937 216	4 067 145	4 201 360	4 340 005	4 483 225	4 631 172	INS (2007)
Nombre de femmes enceintes*	1 063 048	1 098 129	1 134 367	1 171 801	1 210 471	1 250 416	INS (2007)
Nombre d'enfants	4 339 052	4 482 240	4 630 154	4 782 949	4 940 787	5 103 833	INS (2007)
Nombre d'enfants en dessous de 5 ans**	3 697 282	3 819 293	3 945 329	4 075 525	4 210 018	4 348 948	INS (2007)
Pourcentage de la population vivant en zone urbaine	45%	45%	50%**	50%	50%	50%	PNUD, 2007/08

* Source données de base 2007 : INS ; ** : Base estimation selon taux d'accroissement

Avec un taux d'accroissement de 3,3%, la Côte d'Ivoire compte 21 260 968 habitants en 2008 et selon les estimations de l'Institut National de la Statistique, cette population sera portée à 25 008 328 en 2013. Cette population est répartie dans 3 937 216 ménages en 2008 soit une taille moyenne des ménages de 5,4 habitants. La proportion des enfants de moins de 5 ans est fixée à 17,4% selon les estimations de l'INS (3 697 282 enfants en 2008) avec 3% d'enfants de moins d'un an. La proportion de la population vivant en zone urbaine est estimée à 45% en 2008 et 50% en 2013.

Tableau 3. Population à risque de paludisme par strate épidémiologique

Indicateurs	Nombre	Pourcentage	Source (et année)
Population vivant dans des zones de paludisme stable (2008)	21 260 968	100%	INS (projection à partir de 2007)
Population vivant dans des zones de paludisme instable	0	0%	
Population vivant dans des zones non affectées par le paludisme	0	0%	

La Côte d'Ivoire se situe dans une zone de transmission permanente du paludisme avec des recrudescences en saison de pluies. 100% de la population est ainsi exposée au risque de transmission. La principale espèce parasitaire reste le *Plasmodium falciparum* présent dans plus de 90% des cas. *Anopheles gambiae* reste le principal vecteur de transmission de cette maladie dans le pays. Les autres espèces telles que *A. funestus*, *A. mouchetti* et *A. nilii* sont rares.

Tableau 3.1 Estimations Population à Risque de Paludisme (2008-2013)

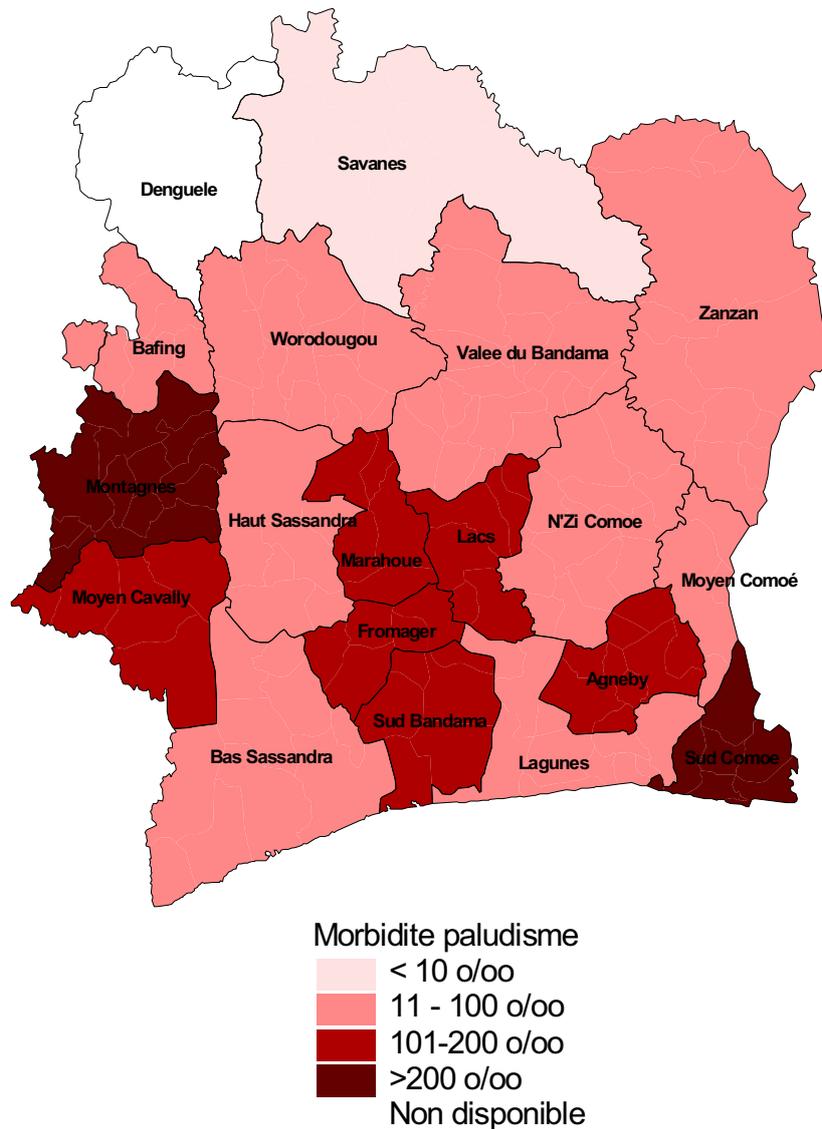
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Population	20 581 770	21 260 968	21 962 580	22 687 346	23 436 028	24 209 417	25 008 328
Ménages	3 811 439	3 937 216	4 067 145	4 201 360	4 340 005	4 483 225	4 631 172
Enfants 0-5 ans	3 579 170	3 697 282	3 819 293	3 945 329	4 075 525	4 210 018	4 348 948
Sujets 5 ans +	17 002 600	17 563 686	18 143 288	18 742 016	19 360 503	19 999 399	20 659 379
Enfants -1 an	621 267	641 769	662 948	684 825	707 424	730 769	754 884
Femmes enceintes	1 029 089	1 063 048	1 098 129	1 134 367	1 171 801	1 210 471	1 250 416

Bases d'estimation : (INS, 2007)

pop07	20 581 770
Tx accroissement	3,3%
pers/ménages	5,4
% - 5ans	17,4%
% - 1 an	3,0%
% FE	5,0%

Sur le plan clinique, le paludisme représente la première cause de consultations et d'hospitalisations des formations sanitaires (57% des motifs de consultations). Les enfants sont victimes d'1 à 3 attaques de paludisme par an constituant ainsi la première cause de mortalité chez ces enfants (33% de toutes les causes de mortalité hospitalière).

Carte 1 : Morbidité palustre en Côte d'Ivoire



4. Progrès, Ecart estimés et besoins

4.1. Développement des objectifs de 2010

Le tableau 4 présente l'ensemble des indicateurs du pays tirés du plan stratégique 2006-2010. Les objectifs nationaux sont généralement compris entre 100 % et 80 % selon qu'il s'agisse d'indicateurs de couverture ou d'utilisation. Afin de s'aligner aux objectifs de RBM révisés pour 2010, les indicateurs de couverture du pays ont été revus à la hausse (100% de couverture) en ce qui concerne les MILDA et le TPI.

Plusieurs indicateurs ont été renseignés lors d'une enquête de base (6^{ème} Round du Fonds Mondial) mais sans tenir compte des indicateurs de morbidité et de mortalité au niveau des formations sanitaires. Aussi les indicateurs suivants ne sont pas disponibles au niveau du pays malgré l'enquête qui a été initiée lors du processus d'élaboration du Need Assessment (Voir Commentaire tableau 4). Il s'agit des indicateurs suivants :

1. Morbidité attribuée au paludisme (tous âges)
2. Morbidité attribuée au paludisme (enfants âgés de moins de 5 ans)
3. Morbidité attribuée au paludisme (5 ans et plus)
4. Taux de Létalité des cas (enfants en dessous de 5 ans)
5. Taux de létalité des cas (5 ans et plus)
6. Nombre de cas d'hospitalisation due au paludisme (tous âges)
7. Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (enfants de moins de 5 ans)
8. Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (5ans et plus)
9. Pourcentage de la population générale dormant sous moustiquaires

Tableau 4. Indicateurs et cibles RBM et Côte d'Ivoire.

Indicateurs	Année de base	PNLP* Cible 2008	PNLP Cible 2009	PNLP Cible 2010	PNLP Cible 2011	PNLP Cible 2012	PNLP Cible 2013	RBM Cible 2010	Situation PNL 2006/2007
Taux de mortalité brut (enfants de moins de 5 ans)	12,5% (Base, 2005) RASS, 2006			8,3%	-	-	6,25%		12,5%
% d'enfants fébriles de moins de 5 ans qui reçoivent le traitement correct dans les 24 heures au niveau des communautés	26% (2006) MICS			80%	80%	80%	80%	80%	26%
% de fièvre/paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans pris en charge correctement dans les services de santé	36% (2006) MICS			80%	80%	80%	80%		36%
% de femmes enceintes prenant le au moins deux doses de SP pour la TPI	26,6% Enq CAP * R6- FM, 2008			80%	80%	80%	80%	80%	26,6%
% de femmes enceintes dormant sous MILDA	4.80% Enq CAP * R6- FM, 2008			80%	80%	80%	80%	80%	4.80%
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDA	4.70% Enq CAP * R6- FM, 2008			80%	80%	80%	80%	80%	4.70%
% de concessions ayant au moins une Moustiquaire	27% MICS 2006			80%	80%	80%	80%		27%

Indicateurs	Année de base	PNLP* Cible 2008	PNLP Cible 2009	PNLP Cible 2010	PNLP Cible 2011	PNLP Cible 2012	PNLP Cible 2013	RBM Cible 2010	Situatio n PNL P 2006/2 007
% de concessions ayant au moins une MII	10.3% MICS 2006			80%	80%	80%	80%		10.3%
Nombre de cas d'hospitalisation due au paludisme (tous âges)	ND			Réduction de 50%	R 50%	R 50%	R 60%		ND
Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (enfants de moins de 5 ans)	ND			Réduction de 50%	R 50%	R 50%	R 60%		ND
Nombre de cas d'hospitalisation dus au paludisme (5ans et plus)	ND			Réduction de 50%	R 50%	R 50%	R 60%		ND
Morbidité attribuée au paludisme (tous âges)	ND			Réduction de 50%	R 50%	R 50%	R 60%	50% réduction à partir de 2000	ND
Morbidité attribuée au paludisme (enfants âgés de moins de 5 ans)	ND			Réduction de 50%	R 50%	R 50%	R 60%	50% réduction à partir de 2000	ND
Morbidité attribuée au paludisme (5 ans et plus)	ND			Réduction de 50%	R 50%	R 50%	R 60%	50% réduction à partir de 2000	ND
% Paludisme grave chez des enfants en dessous de 5 ans pris en charge correctement dans les services de santé	ND			80%	90%	100%	100%		ND
Taux de Létalité des cas (enfants en dessous de 5 ans)	ND			Réduction de 50%	R 50%	R 50%	R 60%	50% réduction à partir de 2000	ND
Taux de létalité des cas (5 ans et plus)	ND			Réduction de 50%	R 50%	R 50%	R 60%	50% réduction à partir de	ND

Indicateurs	Année de base	PNLP* Cible 2008	PNLP Cible 2009	PNLP Cible 2010	PNLP Cible 2011	PNLP Cible 2012	PNLP Cible 2013	RBM Cible 2010	Situation PNL 2006/2007
								2000	
Proportion de concessions ou de structures pulvérisées au niveau des zones cibles	ND			100%	100%	100%	100%	Au moins 80% dans les zones ciblées	ND
Proportion de la population protégée par les PID	ND			100%	100%	100%	100%		ND

PNLP (Programme National de Lutte contre le Paludisme) ; *Enquête réalisée en 2008 sur 19 districts R6 FM repartis sur les 19 régions du pays

La collecte de données réalisées au cours du Need Assessment n'a pu renseigner de manière exhaustive les indicateurs. Certaines données étaient incohérentes et cette enquête n'a pas finalement été prise en compte.

Le pays n'a pas retenu de renseigner les indicateurs en 2008 et 2009 du fait de la non disponibilité des produits à l'échelle nationale. Les produits disponibles ne concernent pour le moment que les 19 districts couverts par le sixième round du Fonds Mondial qui a débuté en Novembre 2006. Aussi le pays a soumis pour le Round 8 pour porter à l'échelle toutes les interventions en l'étendant à l'ensemble des 72 districts du pays. En ce qui concerne la Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID), le pays a fixé ses objectifs à 100% de pulvérisation des structures qui se trouvent au niveau des zones deux districts cibles.

Ayant planifié une campagne nationale de distribution de MILD en 2010 et une mise à disposition des ACT à partir de 2009, le pays a commencé à renseigner ses indicateurs en 2010.

Les écarts à combler par le pays qui sont décrits dans ce chapitre tiennent compte des ressources disponibles et des cibles fixées mais aussi de la capacité du pays à mettre en œuvre les activités.

Afin d'atteindre les objectifs, le PNLP a planifié de contractualiser la majeure partie des activités de mise en œuvre telle que l'achat et la distribution des MILDA, l'achat des CTA et la formation des prestataires au nouveau protocole thérapeutique, la Communication pour le changement de comportement et l'IEC... Afin de mener les activités jusqu'au niveau communautaire, le pays a prévu un large programme de renforcement communautaire par la mise en place et l'appui d'Organisation à Base Communautaire (OBC) à l'échelle du pays.

Un appui technique d'appui à la mise en œuvre a été planifié durant toute la durée du Round 8 et devrait permettre d'appuyer le PNLP dans le suivi et la coordination des activités. Des appuis techniques spécifiques ont aussi été planifiés tel que dans le domaine de la communication, de l'approvisionnement ou de l'organisation de la campagne de masse de distribution des MILDA.

4.2. Financement en cours

Tableau 5. Les principaux bailleurs de fonds et leurs domaines d'intervention (2008)

Organisations	Domaines d'intervention (Financement en USD)									
	MII	PID	Lutte anti-larvaire	TPI	Diagnostic	Traitement	IEC/CCC	Epidémie	S&E	Gestion de programme
Ministère de la santé	-	-	-	15 875		2 547 156	14 450	-	16 222	191 766
FMSTP (Fonds Mondial)	7563 043	0	0	0	279 742	3 002 674	2 230 019	0	196 1454	
UNICEF	1 358 190	-	-	137 906	-		27 420	-	54 840	1 578 357
Eglise Méthodiste Texas 500000 MII	3 500 000	-	-	-	-	-	1 500 000	-	1 000 000	-

Taux de change 1USD = 450 CFA

Tableau 6. Financements en cours par année (2008-2013), (USD)

Organisation	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Source
Ministère de la Santé	222 433	222 433	222 433	222 433	222 433	222 433	DAF MSP
FMSTP (Fonds Mondial)	8 358 259	2 092 306	7 628 682	2 517 316	-	-	R6 FM
UNICEF	1 578 357	2082139	-	-	-	-	(UNICEF)
Eglise Méthodiste	6 000 000	-	-	-	-	-	Convention avec le PNLN en cours

L'estimation du budget s'est faite à partir du budget de 2008 qui selon les informations de la Direction Administrative et Financière (DAF) devrait rester constant jusqu'en 2013.

4.3. Besoins estimés et requêtes, pour atteindre les objectifs de 2010

Tableau 7. Objectifs, stratégies, progrès et activités additionnelles nécessaires pour les principaux domaines d'intervention

Principales interventions	Cibles-clés	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
MII	D'ici à 2010: - 100% femmes enceintes et enfants de <5ans - 100% pop générale	- Routine (CPN-PEV) - Campagnes de distribution de masse - Distribution à base communautaire	- Existence d'un plan de distribution de routine au niveau des services de santé, - Faiblesse organisationnelle et institutionnelle du secteur communautaire, - Manque d'expérience au niveau national dans l'organisation des campagnes de distribution de masse	- Renforcement organisationnel et institutionnel du secteur communautaire - Renforcement Coordination des actions des partenaires - Inciter à la mise en place d'un comité pluridisciplinaire pour la préparation et l'organisation des campagnes de distribution
PID	100% des ménages (10.6% pop générale) des sites pilotes	- Sites pilotes (2 districts) - Formation des équipes techniques - Elaboration manuels d'utilisation - Campagne de PID	- Disponibilité des données sur comportement et sensibilité du vecteur aux insecticides sur environ la moitié du pays, - Disponibilité des données sur l'utilisation des insecticides dans le pays, - Manque d'expérience au niveau national de la mise en œuvre de la PID	- Recherche d'une assistance technique pour la mise en place d'une équipe compétente en stratégie PID.
Paludisme et Grossesse	100% femmes enceintes sous TPI 2 doses	- Distribution en routine CPN (DOT)	- Tx de CPN1 élevé - Faible taux d'accessibilité des FS - Fort Tx d'abandon entre CPN1 et CPN2	- Renforcement du système de santé (amélioration accessibilité) - Renforcement des Activités à Base Communautaire

Principales interventions	Cibles-clés	Stratégies et approches pour atteindre les cibles	Progrès et goulots d'étranglement	Activités Additionnelles
Diagnostic	80% confirmés dans les formations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - T DR dans les CSR - Microscope dans centre de réf et CSU - Formation des techniciens et personnels de santé - Elaboration manuels de procédure (SOP) AQ	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de Microscopes dans les Hôpitaux de réf. - Insuffisance de techniciens formés à la base 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et Supervision du personnel - Renforcer les capacités des écoles de formations de base
Traitement	100% des cas diagnostiqués dans les formations sanitaires sont correctement traités	<ul style="list-style-type: none"> - -Traitement des cas simples au niveau des services de santé - Traitement des cas graves au niveau des services de santé - Traitement des cas de fièvre au niveau communautaire dans les 24h 	<ul style="list-style-type: none"> - Adoption d'une nouvelle politique de traitement - Disponibilité des ACT au niveau des formations sanitaires - Non mise en œuvre du traitement par les ACT au niveau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction de la prise en charge au niveau communautaire

Afin d'atteindre les objectifs de mise à échelle de interventions au niveau du pays, plusieurs stratégies ont été renforcées ou initiées. Il s'agit de :

1. La distribution des MILDAs à 100% de la population : Cette distribution sera initiée par une grande campagne de masse en 2010 où trois (3) moustiquaires par ménages seront distribuées. Elle sera ensuite soutenue par deux autres approches de distribution que sont : la distribution de routine au niveau des services de CPN et de PEV des formations sanitaires et la distribution communautaire de remplacement après la campagne. En effet, le pays prévoit de remplacer une moustiquaire sur 4 au niveau des ménages tous les ans (pour cause de perte ou de déchirure) afin de maintenir le niveau de couverture à 100%. Plusieurs activités additionnelles sont retenues pour une meilleure mise en œuvre de cette stratégie parmi lesquelles on note :
 - Le Renforcement organisationnel et institutionnel du secteur communautaire
 - Le Renforcement Coordination des actions des partenaires
 - La mise en place d'un comité pluridisciplinaire pour la préparation et l'organisation des campagnes de distribution
2. La Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID). Cette stratégie de prévention qui n'est pas encore planifiée est prévue comme projet test au niveau de deux districts du pays. Elle devrait s'accompagner d'un bon renforcement de

capacité du personnel et nécessite une assistance technique spécifique pour l'organisation et la mise en œuvre des activités.

3. Paludisme et grossesse : Cette stratégie qui était jusqu'à présent recouverte avec la vente de la SP sera désormais rendue gratuite au niveau de tous les services de CPN du pays pour couvrir 100% des femmes qui viennent en consultation prénatales. Elle sera faite sous observation directe et nécessitera un renforcement du système de santé en ce qui concerne le renforcement des capacités des prestataires de CPN et la mise à disposition d'outils adaptés pour le Suivi/Evaluation de cette activité.
4. La prise en charge rapide et efficace des cas : Afin de mettre en œuvre cette stratégie clé, le pays a planifié : (1) de mettre les ACT jusqu'au niveau communautaire pour les enfants de moins de 5 ans et (2) de renforcer le traitement des cas au niveau des formations sanitaires en introduisant les TDR comme élément de diagnostic et de rationalisation des ACT. Cette amélioration de la prise en charge des cas se fera aussi par le renforcement du système de diagnostic microscopique au niveau de tous les hôpitaux de références du pays. Ceci devrait nécessiter l'achat de nouveaux microscopes, la formation/recyclage du personnel technique, l'appui aux écoles de formation de base et le contrôle régulier de la qualité des examens réalisés.

Tableau 8a. Résumé des écarts financiers par domaines d'intervention (USD)

Intervention de Bases	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
MII	4 833 231	6 350 500	74 879 170	15 768 319	17 847 669	18 225 669	137 904 558
PID	3 341 909	3 452 192	3 566 115	3 683 796	3 805 362	3 930 939	21 780 313
TPI	489 002	505 139	521 809	539 029	556 817	575 192	3 186 988
Diagnostic	2 045 828	620 906	9 711 113	9 015 660	9 857 053	13 716 518	44 967 078
Traitement	35 412 878	2 574 624	13 785 691	9 611 211	11 307 371	11 721 765	84 413 540
Urgences	9 600 000	9 888 000	10 184 640	10 490 179	10 804 885	11 129 031	62 096 735
Plaidoyer / IEC / CCC	54 000	8 823 482	910 872	910 872	4 563 692	610 632	15 873 550
Suivi et Evaluation	2 901 178	2 932 737	2 399 937	2 554 647	2 867 937	2 327 937	15 984 373
Gestion Programme et Approvisionnement	1 982 864	369 072	369 072	406 602	410 022	369 072	3 906 704
Assistance Technique	72 000	74 160	76 320	78 480	80 640	82 800	464 400
Renforcement du Système de Santé	5 112 655	521 568	2 195 987	1 241 617	1 284 383	521 568	10 877 778
TOTAL	65 845 545	36 112 380	118 600 726	54 300 412	63 385 831	63 211 123	401 456 017

Ce tableau est une compilation des écarts financiers pour atteindre les objectifs de 2010 détaillés dans les tableaux 10a à 10e et le tableau 11. Il résume les besoins globaux des interventions prioritaires et des interventions transversales du pays. A noter que les besoins de renforcement du Système de santé sont pris en compte plus loin dans le Rubrique « Système de Santé ».

Tableau 8b. Résumé des écarts financiers par type de coûts (USD)

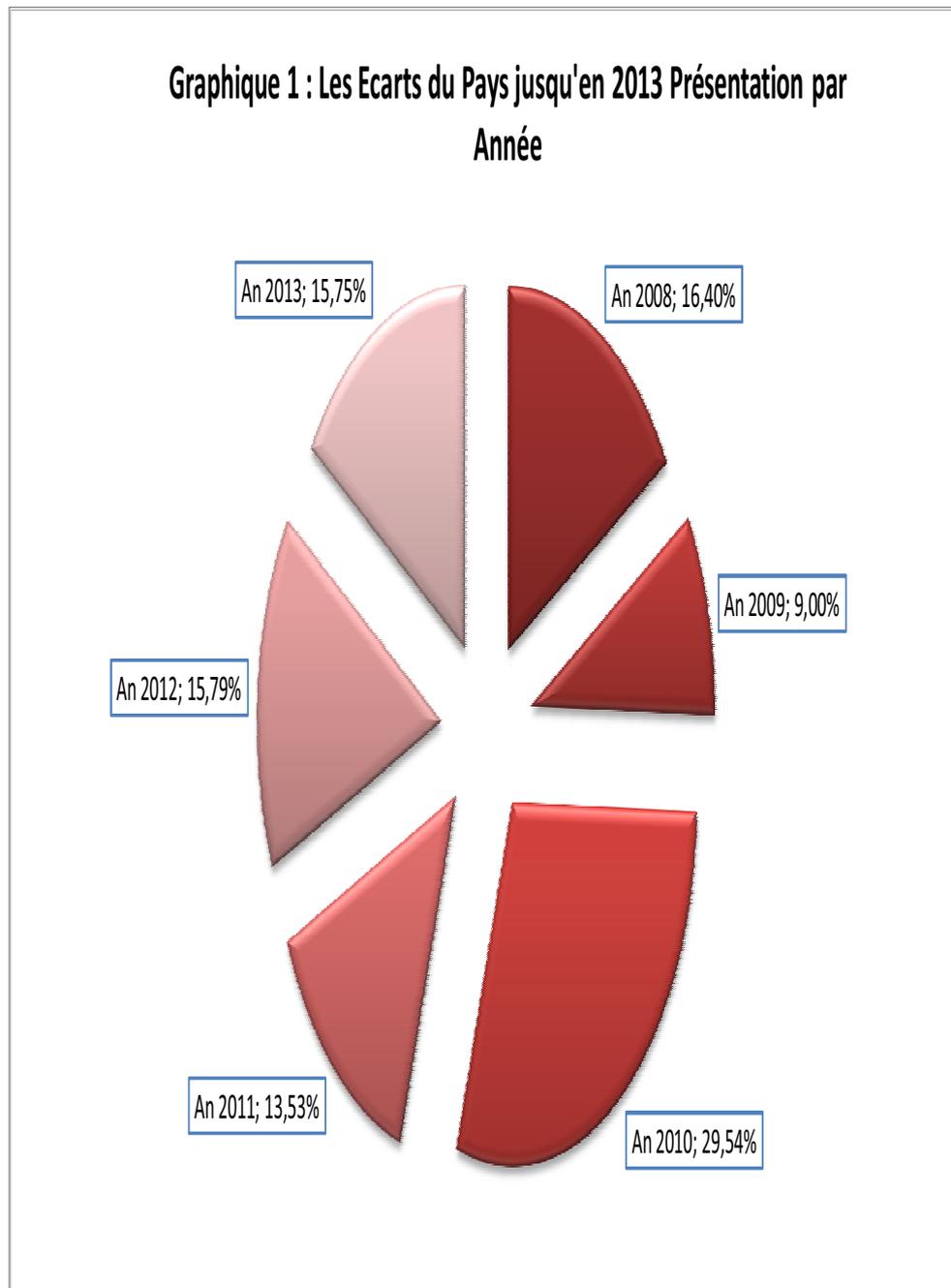
Type de Coûts	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Intrants (Produits)	10 178 314	9 609 276	80 441 498	27 272 289	30 103 657	34 443 494	192 048 528
Coûts de distribution*	531 655	698 555	8 236 709	1 734 515	1 963 244	2 004 824	15 169 502
Infrastructures & Equipements	2 325 960	14 400	2 345 581	14 400	777 215	14 400	5 491 956
Coûts opérationnels**	47 871 574	13 664 858	23 897 057	21 407 087	22 700 064	23 440 764	152 981 404
Palidoyer/IEC/CC	54 000	8 823 482	910 872	910 872	4 563 692	610 632	15 873 550
Suivi et Evaluation	2 901 178	2 932 737	2 399 937	2 554 647	2 867 937	2 327 937	15 984 373
Gestion Programme Approvisionnement	1 982 864	369 072	369 072	406 602	410 022	369 072	3 906 704
TOTAL	65 845 545	36 112 380	118 600 726	54 300 412	63 385 831	63 211 123	401 456 017

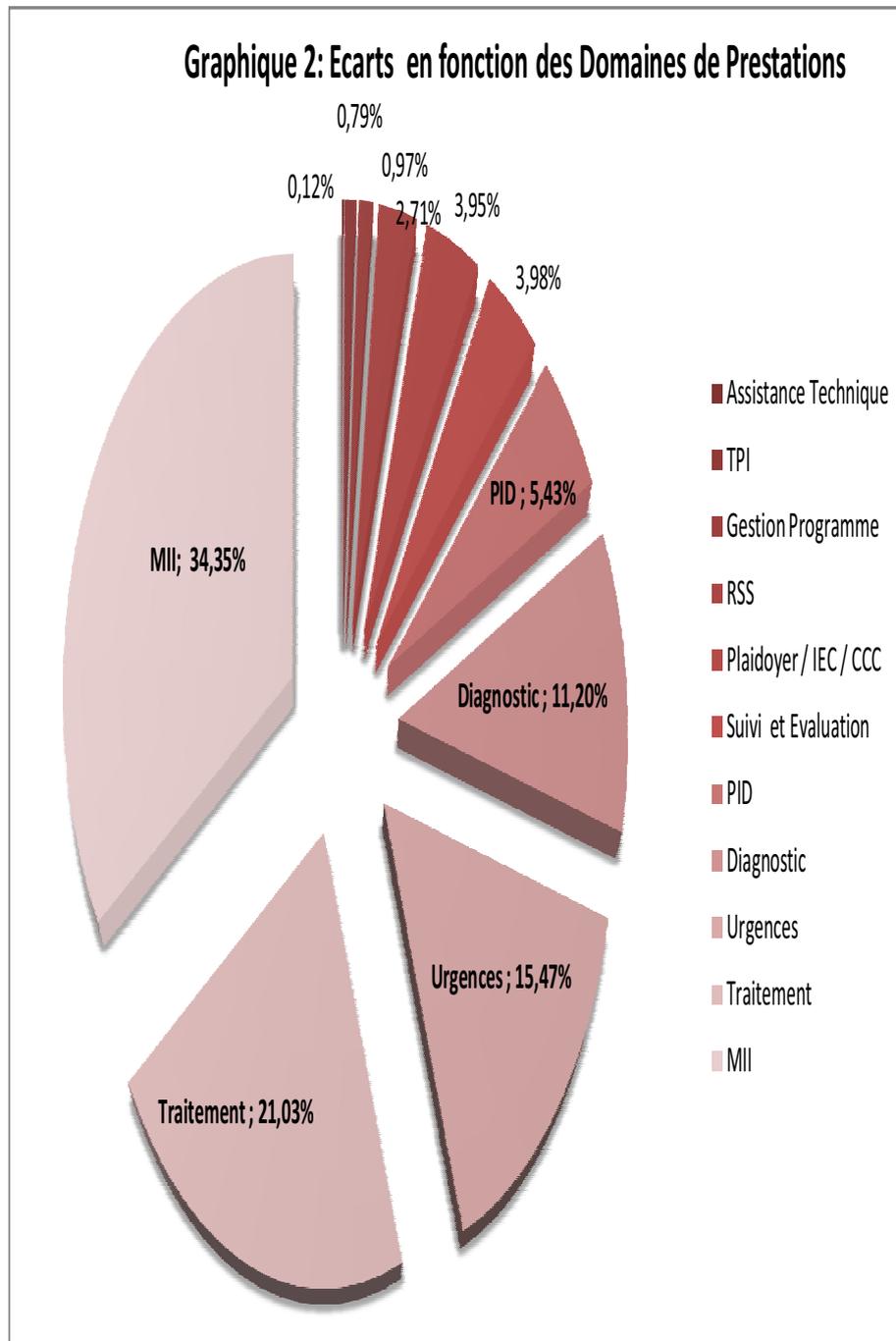
* Les coûts de distribution ne concernent que les MII. Les coûts de dispensation de du TPI et des ACT sont pris en compte dans le renforcement du Système de santé.

** Les coûts opérationnels ont été définis comme les coûts de mise en œuvre comportant les coûts de renforcement du système de santé (Annexe 6) (sans les infrastructures et les équipements), les coûts d'AT et les coûts de prise en charge des urgences.

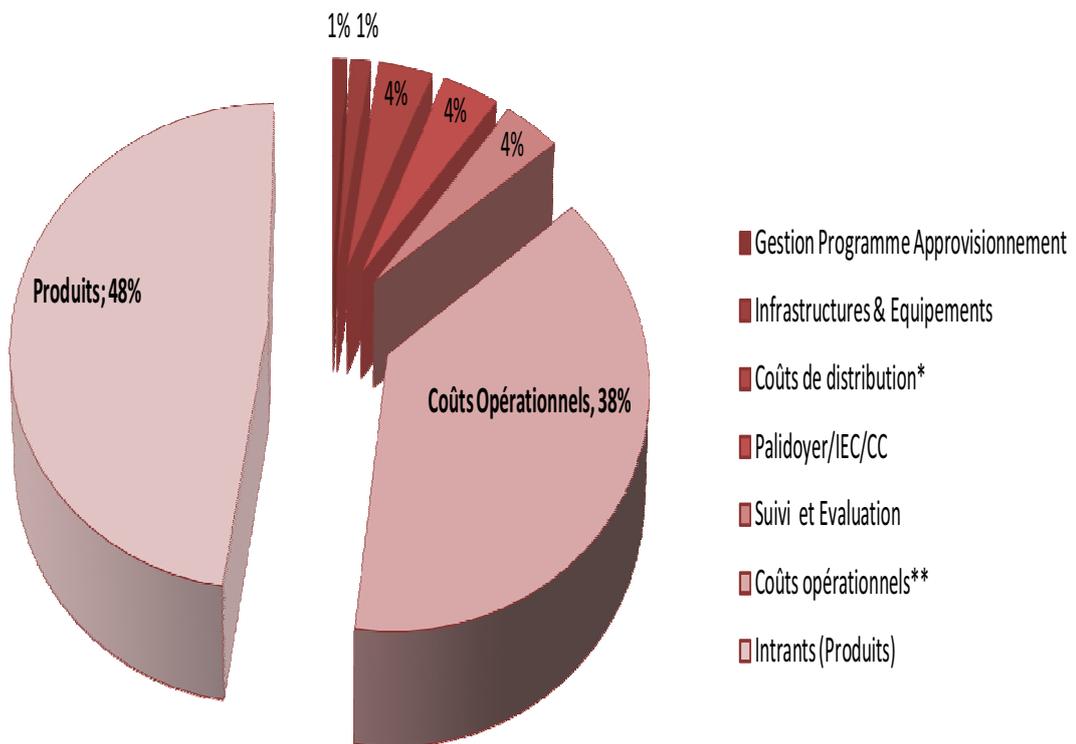
Ces tableaux constituent donc les besoins globaux du pays : (1) Interventions prioritaires, Interventions Transversales, (3) Renforcement du système de santé.

Les écarts globaux de la Côte d'Ivoire s'élèvent donc à **401 456 017USD** dont les répartitions par an, par domaine de prestation et par type de coûts sont données par les graphiques 2, 3 et 4 suivants :





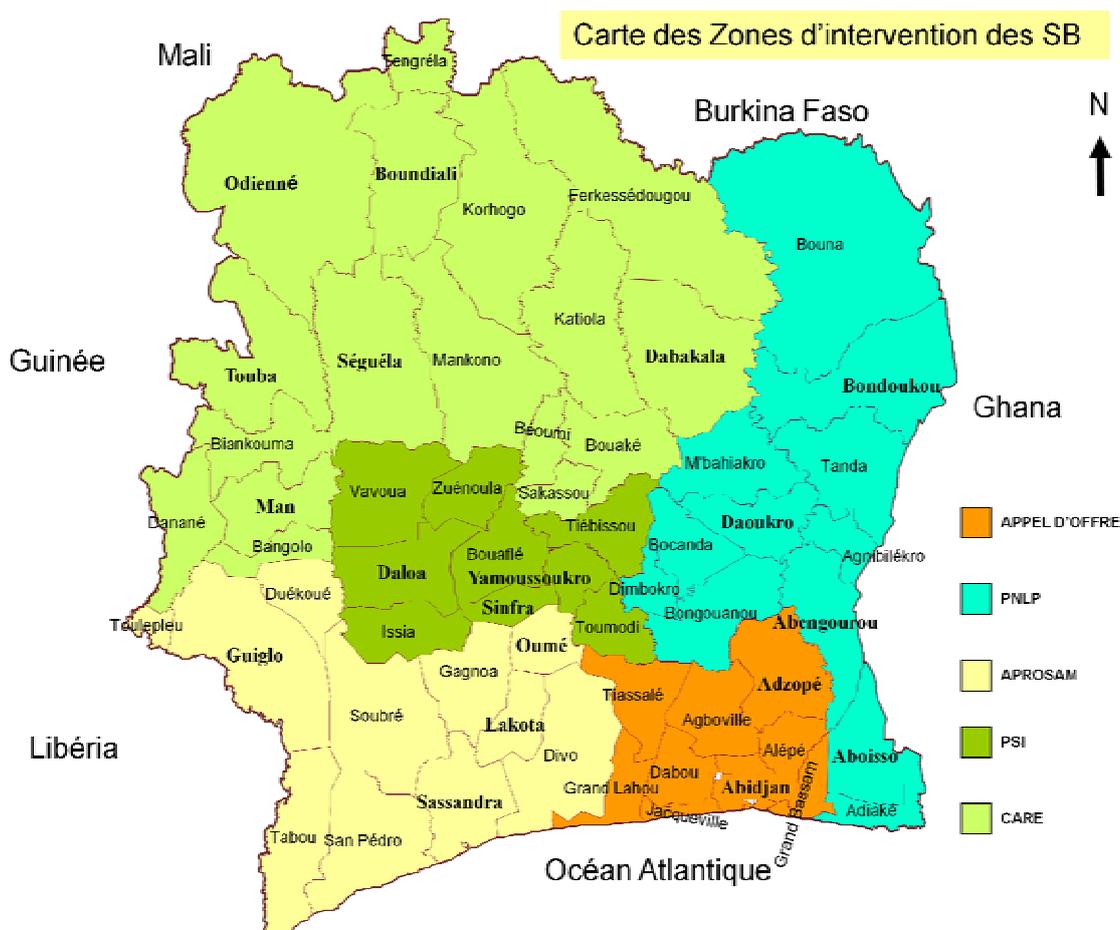
Graphique 3: Ecart en fonction des types de coûts



Afin d'atteindre les objectifs de mise à échelle des interventions dans un contexte de reconstruction nationale (après la crise sociale qui avait secoué la Côte d'Ivoire entre 2000 et 2005), le pays a mis en place plusieurs stratégies pour la mise en œuvre effective des activités :

(1) le renforcement des capacités de l'unité de gestion du PNLP (amélioration des capacités humaines, amélioration du cadre de travail, amélioration de la logistique...)

(2) le renforcement de la collaboration inter et multisectorielle : Le PNLP a retenu d'impliquer l'ensemble des secteurs disponibles pour la mise en œuvre des activités (secteur privé, gouvernemental et confessionnel.) Le secteur communautaire. Ces différents partenaires devraient être responsabilisés dans la mise en œuvre des activités jusqu'au niveau communautaire. Dans le cadre du Round 8, un plan de mise en œuvre a été adopté pour une meilleure couverture du pays (Cf. Carte de mise en œuvre des activités).



Carte 2 : Zones d'intervention des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme

(3) l'implication à très large échelle du niveau communautaire par l'organisation, le renforcement et la mise en place d'organisations à base communautaire qui devraient se charger d'étendre les activités jusqu'aux populations bénéficiaires.

(4) le renforcement d'une coordination déjà existante dans le cadre du Round 6 pour un meilleur suivi/évaluation de la mise en œuvre à tous les niveaux du système (national, régional, district et communautaire...)

Tableau 9 : Résumé des besoins majeurs en commodités

Commodités	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
MILD	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)*	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Quantité requise (RBM / objectif national)	1 434 000	1 482 000	11 263 900	2 497 667	2 549 667	21 830 900
	Ecart en nombre de MILD	743 574	977 000	11 000 000	2 233 767	2 549 667	20 107 674
Insecticide pour les PID	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	No. required de concession (RBM / national targets)**	417 739	431 524	445 764	460 475	475 670	2722539
	Ecart en unites d'insecticide***	636007	656995	678676	701073	724208	4 145 066
TDR	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	Quantités requise (RBM/objectif national)	433 135	2 880 139	5 210 983	4 910 864	5 011 965	18 575 613
	Ecart en nombre de TDR	433 135	2 880 139	5 210 983	4 910 864	5 011 965	18 575 613

Microscopes	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	Quantités requise (RBM/objectif national)	1 364 041	2 842 093	4 164 924	3 832 517	3 898 321	9 075 798	25 177 693
	Ecart nombre de Tests	1 132 880	2 603 304	3 694 885	3 391 313	3 898 321	9 075 798	23 796 501
Médicament de 1ère ligne	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	Nombre de traitements requis (RBM/Objectif national) ****	20 450 400	15 404 193	9 025 233	6 798 843	6 697 265	6 918 275	65 294 210
	Ecart en nombre de traitement de première ligne	17 718 778	12 517 572	6 138 612	3 912 222	5 697 265	5 918 275	51 902 725
SP pour TPI	Cible de couverture (RBM ou cibles nationales si elles sont plus élevées)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Nombre de doses requis (RBM/objectif nationale)	2 126 097	2 196 258	2 268 735	2 343 603	2 420 942	2 500 833	13 856 468
	Ecart en nombre de doses de SP	2 126 097	2 196 258	2 268 735	2 343 603	2 420 942	2 500 833	13 856 468

* En 2008, les besoins requis pour 100% de couverture ont été calculés sur la base de 3 MII par ménage en campagne générale.

** 417 739 correspondent à la totalité des concessions des district ciblés, il en est de même pour les autres années

*** Insecticide choisi : Deltaméthrine . 636007 correspondent aux besoins pour les structures formelles et informelles

**** Quantification ACT ; Estimation à partir de Cas de fièvres au niveau public +Cas fièvre au niveau communautaire + Cas de fièvre secteur Privé (5% du secteur public).

***** TPI : En 2008 et 2009, les cibles portent sur les 100% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. A partir de 2010, les cibles portent sur la couverture de 100% de la population générale.

Tableau 10a. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution , MII (USD)

MII	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couvertures	9 321 000	9 633 000	76 594 520	17 483 669	17 847 669	18 225 669	149 105 527
Objectifs de RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	9 321 000	9 633 000	76 594 520	17 483 669	17 847 669	18 225 669	149 105 527
Ressources disponibles	4 487 769	3 282 500	1 715 50	1 715 350	0	0	11 200 969
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	4 833 231	6 350 500	74 879 170	15 768 319	17 847 669	18 225 669	137 904 558

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

Tableau 10b. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, PID (USD)

PID	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers des plans nationaux pour atteindre les niveaux de couverture de 80% de RBM	3 341 909	3 452 192	3 566 115	3 683 796	3 805 362	3 930 939	21 780 313
Ressources disponibles	0	0	0	0	0	0	0
Ecart pour combler besoins des plans nationaux	3 341 909	3 452 192	3 566 115	3 683 796	3 805 362	3 930 939	21 780 313

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

* Seuls les produits et leur coût de distribution sont inclus dans ce tableau. Tous les autres coûts transversaux sont pris en compte dans le tableau 9. Ces coûts concernent la couverture à 100% des deux districts choisis par le pays et sont estimés sur la base de 100% de pulvérisation des concessions/structures de ces zones. Il faut noter un besoin d'assistance technique dont les coûts sont pris en charge plus loin.

Tableau 10c. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et Coûts de distribution, TPI (USD)

TPI	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couvertures	489 002	505 139	521 809	539 029	556 817	575 192	3 592 249
Objectifs de RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	489 002	505 139	521 809	539 029	556 817	575 192	3 592 249
Ressources disponibles	-	-	-	-	-	-	-
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	489 002	505 139	521 809	539 029	556 817	575 192	3 592 249

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

Seuls les produits et leur coût de distribution sont inclus dans ce tableau. Les coûts complets de dispensation pour le traitement et le diagnostic sont considérés comme coûts du système de santé. Les questions spécifiques au paludisme qui peuvent être considérées comme faisant partie des coûts de dispensation comme les formations ou les supervisions sont incluses ailleurs au niveau des sections de renforcement du système de santé, de gestion programmatique et au niveau des sections de renforcement institutionnel.

Tableau 10d. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Diagnostic (USD)

DIAGNOSTIC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couvertures	18 404 381	13 771 200	13 309 306	12 233 980	12 442 138	12 852 728	83 013 732
Objectifs de RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	13%	42%	70%	71%	72%	72%	72%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	2 392 569	6 567 250	10 416 172	9 677 466	9 857 053	13 716 518	52 627 031
Ressources disponibles	346 742	358 184	705 059	661 806	0	0	2 071 790
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	2 045 828	6 209 067	9 711 113	9 015 660	9 857 053	13 716 518	50 555 241

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

Les données de ce tableau ont été estimées à partir de la quantité des examens microscopiques (cf. outil de calcul) additionnée à celle des TDR sur la base de 50% de diagnostic par TDR et 30% par microscopie aussi bien chez les enfants de moins de 5 ans que chez les plus de 5 ans. En effet le diagnostic microscopique se fait dans les hôpitaux (~30%) tout âge confondu. Par ailleurs il serait irréaliste de doter tous les CSU, les hôpitaux de district et EPN en microscopes et avoir une cible inférieure à celle de RBM. Les objectifs RBM atteints en 2010 devraient rester constants jusqu'en 2013.

Tableau 10e. Besoins de financements en fonction des Objectifs – Produits et coûts de dispensation, Traitement (USD)

TRAITEMENT	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Besoins financiers pour 100% de couvertures	47 930 625	36 103 578	21 152 890	15 934 789	15 696 714	16 214 707	153 033 304
Objectifs de RBM (ou les objectifs nationaux supérieurs)*	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Besoins financiers pour atteindre les Objectifs RBM (ou du pays)	38 344 500	28 882 862	16 922 312	12 747 831	12 757 371	12 971 765	122 426 643
Ressources disponibles	2 931 622	3 136 621	3 136 621	3 136 620	1 250 000	1 250 000	15 535 366
ECART POUR ATTEINDRE OBJECTIFS RBM (ou du pays si supérieur)	35 412 878	25 746 24	13 785 691	9 611 211	11 307 371	11 721 765	107 685159

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

Les données de ce tableau comptent uniquement les coûts des produits. Les coûts spécifiques de dispensation sont pris en compte dans le renforcement du système de santé. Le tableau prend en compte les besoins pour couvrir la prise en charge de 80% des cas de Fièvre au niveau de la communauté et Paludisme confirmé au niveau des structures sanitaires.

Table 11, Besoins de Financement – Domaines Transversaux (USD)

Domaines d'intervention	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Plaidoyer/IEC/CCC							
Besoins financiers	75 000	12 254 837	1 265 100	1 265 100	6 338 462	848 100	22 046 599
Ressources disponibles	21 000	3 431 354	354 228	354 228	1 774 769	237 468	6 173 048
ECART	54 000	8 823 482	910 872	910 872	4 563 692	610 632	15 873 551
S&E:							
Besoins financiers	4 029 413	4 073 246	3 333 246	3 548 121	3 983 246	3 233 246	22 200 519
Ressources disponibles	1 128 236	1 140 509	933 309	993 474	1 115 309	905 309	6 216 145
ECART	2 901 178	2 932 737	2 399 937	2 554 647	2 867 937	2 327 937	15 984 374
Gestion							
Besoins financiers	2 753 978	512 600	512 600	564 725	569 475	512 600	5 428 378
Ressources disponibles	771 114	143 528	143 528	158 123	159 453	143 528	1 519 946
ECART	1 982 864	369 072	369 072	406 602	410 022	369 072	3 908 432
Autres (e.g. TA)							
Besoins financiers	72 000	74 160	76 320	78 480	80 640	82 800	464 400
Ressources disponibles	0	0	0	0	0	0	0
ECART	72 000	74 160	76 320	78 480	80 640	82 800	464 400
BESOIN TOTAL	6 855 391	4 660 006	3 922 166	4 191 326	4 633 361	3 828 646	28 090 897
TOTAL DISPONIBLE	1 971 349	1 358 197	1 153 157	1 230 077	1 355 402	1 131 637	8 199 819
TOTAL ECART	4 956 042	3 375 969	2 845 329	3 039 729	3 358 599	2 779 809	20 355 478

Rq : Ce tableau a été rempli à partir d'une maquette de tableau se trouvant au niveau des Annexes 4 et 5.

Le Tableau 11 inclut le total des coûts et écarts au niveau des domaines transversaux qui appuient la mise à échelle des interventions au niveau des pays. L'estimation des coûts n'a pas varié en fonction de la de la mise à échelle générale (100%) ou la mise à échelle de 80% des interventions.

Les coûts de ce tableau ont été estimés sur la base des besoins globaux du pays (cf. Annexe, 4, 5). Les coûts de gestion prennent en compte les coûts de Gestion et Approvisionnement et les coûts de l'unité de gestion du PNL (Annexe 5). Les coûts de renforcement du système de santé sont pris en compte plus loin dans la rubrique « Système de Santé. »

5. Principales interventions

5.1. Prévention

a. Analyse de la Situation

i. Politique, stratégies et approches

La politique nationale de prévention du paludisme est basée fondamentalement sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées, le traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine –pyriméthamine (TPI/SP) et l'assainissement du cadre de vie (plan stratégique et Round 6).

ii. Financement

Les donateurs qui soutiennent les MILDA en Côte d'Ivoire sont l'Unicef et le fonds mondial à travers le round 6 pour le quel la Côte d'Ivoire à été éligible. Dans la politique nationale de prévention du paludisme, les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides (PID) et la lutte anti larvaires ne sont pas encore vulgarisées. Toutefois, un projet pilote avec la firme CHEMTURA est en cours d'expérimentation dans un des districts du pays.

iii Communication

Il existe un plan national de communication pour la prévention du paludisme incluant le plaidoyer et la sensibilisation au niveau communautaire. Ce plan inclut la communication sur les MII, la PID et la lutte contre les larves. Toutefois, la mise en œuvre effective de ce plan devrait débiter avec le Round 6 du fonds Mondial.

5.1.1. MII

a. Analyse de la Situation

i. Politique, stratégies et approches

Le plan de mise à échelle de la couverture en MII existe avec le premier plan stratégique du PNL. Ce plan a été repris par le plan stratégique 2006-2010, en réponse aux objectifs d'Abuja. Il a été également repris par le round 6 du fonds mondial avec une couverture attendue de 80% chez les populations cibles (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans).

Les objectifs nationaux du plan stratégique 2006-2010 en matière de couverture en MII était d'au moins 60% pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans à l'horizon 2010. Toutefois, cette couverture a été revue à la hausse avec le round 6 à 80% pour les mêmes cibles et de la population générale. Avec le passage à échelle il est envisagé une couverture universelle à l'horizon 2010-2013 à travers les dotations du Fonds Mondial Round 6 et 8 ainsi qu'avec l'appui d'autres bailleurs de fonds.

Les approches envisagées comprennent hormis les distributions de routine (PEV, CPN), une campagne prévue en 2010 et une distribution au niveau communautaire pour maintenir les cibles après la campagne. Les approches prévues conviennent au cadre du pays car la distribution en routine est effective dans les formations sanitaires et le couplage de la distribution de MII avec la vaccination rougeole est déjà programmé.

Il existe un cadre institutionnel, notamment le plan stratégique à base communautaire qui définit la politique d'implication des acteurs communautaires. Par ailleurs, il existe des opportunités avec le secteur privé qui de plus en plus s'implique dans les activités de lutte contre le paludisme. Toutes ces approches s'intègrent dans le cadre global du développement sanitaire du pays (PNDS et plan stratégique du PNLP).

Il apparaît important de définir un cadre d'intervention du secteur commercial privé qui n'est pas clairement défini dans le plan stratégique et une implication des partenaires non gouvernementaux dans l'approvisionnement et la distribution de ces produits. Il apparaît alors nécessaire d'en tenir compte pour la mise à échelle de cette stratégie.

Même s'il n'est pas défini de manière spécifique dans la politique nationale, le pays a opté pour l'utilisation des moustiquaires à longue durée d'action (MILDA's) et devra mettre en place un plan de remplacement des moustiquaires conventionnelles par les MILDAs. Aucun plan d'action de ré-imprégnation des moustiquaires conventionnelles n'a été défini dans le cadre de cette évaluation.

Des mécanismes de contrôle ont été élaborés et sont fonctionnels pour la gestion et la traçabilité des moustiquaires imprégnées à tous les niveaux des circuits de distribution.

Il existe un plan de communication du programme national de lutte contre le Paludisme qui prend en charge les activités de promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées. Le programme s'est fixé comme objectif avec le Round 8 de développer un plan de communication intégrant au moins les plans de communication des services de vaccination de santé de la reproduction qui prendra en compte tous les aspects de la lutte contre paludisme, de la survie de l'enfant et de la santé de la mère.

ii) Niveau de mise en œuvre

Les raisons de la non utilisation des MII sont nombreuses et diverses. On peut noter entre autres : la disponibilité insuffisante des produits au niveau du pays, la méconnaissance des critères de choix des MII par les populations, le coût qui pourrait être élevé sans subvention, la non suppression de la taxe sur les moustiquaires, la faible sensibilisation/médiatisation des produits et des effets bénéfiques liés à leur utilisation.

• Besoins de Mise en Œuvre

Les besoins pour une bonne mise en œuvre des activités d'approvisionnement, de promotion et de distribution des MILDAs à l'échelle nationale sont nombreux et divers parmi lesquels on pourrait citer :

- la formation des agents de santé impliqués dans la distribution et la promotion des MII (Médecins, Infirmiers, Sages-femmes), des enseignants du niveaux scolaire, préscolaire pour une meilleure sensibilisation des enfants, des acteurs communautaires (ONG, OBC, ASC) pour une implication active dans la distribution ainsi que des partenaires privés pour une multiplication des points de distribution des MII,
- le renforcement des capacités du PNLP par la (1) la formation des ses agents en entomologie, en épidémiologie et en suivi évaluation, (2) l'équipement en matériel informatiques, bureautiques et roulants, et logistiques,
- le renforcement des capacités des formations sanitaires et des foyers de jeunes à mener des activités de promotion et de distribution des MILDAs,
- la réhabilitation des magasins de stockage au niveau central et opérationnel

En ce qui concerne la distribution des MILDAs à travers le secteur commercial, le système reste encore très embryonnaire et les données des performances de vente sont très peu disponibles. Ce secteur n'est pas soutenu par les donateurs. Il n'existe pas non plus de marques commercialisées soutenus par ceux-ci.

Le secteur privé de prestation de services est très peu impliqué dans la promotion et la distribution des MILDAs et devrait être d'avantage considéré comme partenaire stratégique dans la mise en œuvre de ces activités. Il s'agira alors (1) de mettre à leur disposition les produits, (2) d'assurer le renforcement de capacité de leur personnel en stratégies de promotion et de distribution des MILDAs, (3) de procéder à l'amélioration de leur capacité en suivi évaluation des activités mise en œuvre.

- Approvisionnement et logistique

La quantification des besoins en moustiquaires est fondé sur l'estimation de la population cible par année. Le nombre prévu ces dernières années n'est pas suffisant pour couvrir les besoins du pays pour une mise à échelles. Seuls les enfants de moins de 5ans et les femmes enceintes sont ciblés par les programmes en cours dans le pays. .

Les commandes récentes se sont faites dans le cadre de la mise en œuvre du Round 6 du fonds Mondial et n'ont pas été confrontées à des problèmes d'approvisionnement. Le Bénéficiaire principal s'est appuyé sur un partenaire non gouvernemental expérimenté pour l'approvisionnement. Des dispositions de stockage des MILDAs sont mises en place mais très peu sont fonctionnelles surtout au niveau périphérique. En effet, bien qu'il existe un système logistique qui permet de faire face au problème de stockage, les magasins de stockage ne répondent toujours pas aux normes (volume, taille, aération, sécurité) et ont besoin d'être augmenté en nombre et en qualité.

Durant ces dernières années, des ruptures de stock fréquentes ont été constatées au niveau des services sanitaires et des points de vente surtout dans la distribution de routine malgré l'existence d'un réseau national de distribution qui couvre l'ensemble des districts du pays. Ces ruptures trouvent leurs causes à plusieurs niveaux : (1) disponibilité insuffisante au niveau central (Pharmacie de la Santé Publique, PSP), (2) absence de fournisseurs locaux, (3) gestion peu satisfaisante au niveau périphérique). Par ailleurs, le réseau de distribution est très peu performant entre le niveau district et les localités les plus éloignées amoindrissant ainsi l'accessibilité des produits aux populations.

- Communication

Les actions de sensibilisation ont jusque là été faites de façon ponctuelle à la faveur d'évènement notamment les journées mondiales de lutte contre le paludisme ou les journées de sensibilisation liées à d'autres évènements. Des données précises sur le nombre de personnes sensibilisées ne sont pas disponibles, de même que le nombre de séances de sensibilisation organisées. Ces actions restent de ce fait insuffisantes et très peu documentées. Dans le cadre du round 6, il est prévu la mise en place d'un réseau communautaire ayant pour principal vocation la sensibilisation des populations aux activités de lutte contre le paludisme.

Au-delà des résultats attendus des activités de sensibilisation que sont les changements de comportement, il est important que des évaluations puissent déterminer de manière plus précise : (1) les raisons indépendantes aux populations de la non utilisation des MII (disponibilité, Spécifications non satisfaisantes, cherté...), (2) les raisons pouvant être liées aux populations (perceptions, croyances, fausses idées... pouvant constituer des freins à l'utilisation des MII).

Jusqu'à présent, les distributions de routine (CPN, PEV) n'ont pas toujours été appuyées par des activités de communication ou des supports de communications. Il est cependant prévu dans le cadre du round 6 de remédier à cette situation par la mise en place d'un plan de communication et de supports au niveau des formations sanitaires. Ce plan devrait être aussi valable pour les activités de campagne de distribution de masse prévues.

- Suivi-Evaluation

Les sources de données utilisées sont celles du Rapport Annuel de la Situation Sanitaire (RASS). En plus de ces rapports dont le dernier a été validé en 2000, des enquêtes ménages sont aussi utilisées pour évaluer la disponibilité et l'utilisation des MII.

La distribution au niveau des formations sanitaires est suivie par des outils de gestion élaborés au niveau national et également par des supervisions. Ces supervisions permettent de faire le contrôle des stocks dans les districts et dans les centres de santé.

Ce cadre de suivi-évaluation devrait être renforcé pour un passage à l'échelle de la distribution des MII. Il serait nécessaire de prendre en compte le suivi et l'évaluation des campagnes de distribution de masse et les distributions communautaires. A cela devrait s'ajouter le développement d'une base de données qui réponde mieux aux nouvelles exigences de suivi des activités d'approvisionnement, de stockage et de distribution des MII. Toutefois, une base de données développée sur Excel permet de suivre en ce moment la distribution des MII dans certains districts.

Tableau 12. Besoins de financement et commodités pour atteindre les objectifs de 2010 de l'initiative RBM

Nombre et coût des MILD à fournir pour atteindre l'objectif ¹	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Première méthode de distribution (routine : CPN-PEV)							
A. Coût moyen d'une MILD distribué*	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	8,5
B. Nombre de MILD à distribuer pour atteindre 100% de couverture	1 434 000	1 482 000	263 900	1 581 000	1 633 000	1 687 000	8 080 900
C. Nombre de MILD à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	1 434 000	1 482 000	263 900	1 581 000	1 633 000	1 687 000	8 080 900
D. Ressources disponibles pour la distribution de MILD	4 142 556	3 030 000	1 583 400	1 583 400	-	-	10 339 356
E. Ecart budgétaire (A1*C1) -D1	5 178 444	6 603 000	0	8 693 100	10 614 500	10 965 500	42 054 544
Deuxième méthode de distribution (Campagne de distribution gratuite population générale)							
A. Coût moyen par MILD distribué*	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8
B. Nombre de MILD à distribuer pour atteindre 100% de couverture	0	0	11 000 000	0	0	0	11 000 000
C. Nombre de MILD à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	0	0	11 000 000				11 000 000
D. Ressources disponibles pour la distribution de MILD	0	0	0	0	0	0	0
E. Ecart budgétaire (A1*C1) -D1	0	0	112 798 400	0	0	0	112 798 400

¹ La méthode de distribution ci-dessous indiquée (de 1 à 3 ou plus) doit contribuer ou être égal au nombre total de moustiquaires nécessaires pour atteindre la cible visée.

Troisième méthode de distribution Distribution au niveau communautaire)							
A. Coût moyen par MILD distribué*	7	7	7	7	7	7	
B. Nombre de MILD à distribuer pour atteindre 100% de couverture	0	0	0	916 667	916 667	916 667	2 750 000
C. Nombre de MILD à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	0	0	0	916 667	916 667	916 667	2 750 000
D. Ressources disponibles pour la distribution de MILD (recouvrement des coût)	0	0	0	0	0	0	
E. Ecart budgétaire (A1*C1) -D1	0	0	0	6 416 667	6 416 667	6 416 667	19 250 000
Nombre TOTAL de MILD à distribuer pour atteindre 100% de couverture (B1+B2+B3)	1 434 000	1 482 000	11 263 900	2 497 667	2 549 667	2 603 667	21 830 900
Nombre TOTAL de MILD à distribuer pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (C1+C2+C3)	1 434 000	1 482 000	11 263 900	2 497 667	2 549 667	2 603 667	21 830 900
Ressources disponibles TOTALES pour la distribution de MILD (D1 + D2 + D3)	4 142 556	3 030 000	1 583 400	1 583 400	0	0	10 339 356
TOTAL Ecart Budgétaire pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (E1+E2+E3) (incluant le coût de la MILD et du mode de distribution)	22 299 444	6 603 000	112 930 350	16 434 162	18 355 562	18 706 562	195 329 080
Ecart en commodité pour atteindre les objectifs de RBM (ou objectifs nationaux) en terme de nombre de MILD	743 574	977 000	11 000 000	2 233 767	2 549 667	2 603 667	20 107 674

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

Le coût total de ce tableau inclut les coûts des MILDAs et de leur distribution. Les autres coûts transversaux comme l'IEC sont pris en compte plus loin dans la section des coûts transversaux. Les méthodes de distribution retenues par le pays sont : les distributions de routine au niveau des formations sanitaires, la campagne de masse, les distributions communautaires de maintien de la couverture.

5.1.2. PID

a. Analyse de la Situation

Dans les documents de politique nationale de prévention du paludisme, les pulvérisations intra-domiciliaires n'ont pas été préconisées comme interventions prioritaires. Toutefois le pays connaît quelques expériences à petite échelle au niveau de certaines localités à titre privé ou sous forme de projet pilote.

Les objectifs pour l'horizon 2013 prévoient deux sites pilotes pour l'expérimentation avant la mise à échelle. Ces objectifs concordent avec les objectifs du RBM 2010 dans la mesure où la couverture escomptée dans les sites pilotes est d'au moins 80%. Il n'existe pas de document de stratégie spécifique à la PID. Toutefois la mise en expérimentation de cette technique va nécessiter la création d'un cadre technique et de document de stratégie de gestion des résidus d'insecticides et autres produits. Les questions qui suivent vont être étudiées au moment de l'élaboration du dossier stratégique pour la PID.

Les questions concernant les chapitres (1) Etat d'avancement de la mise en œuvre, (2) Gestion et Rôle des Partenaires, (3) Approvisionnement et Logistiques, (4) Communication, (5) Suivi et Evaluation sont non pas applicables au contexte actuel du pays où aucune activité de PID n'a été ni retenue ni effectuée par le PNL. Les besoins de financement du tableau 13 suivant rentrent cependant dans le cadre d'un projet pilote que le pays envisage de faire à plus ou moins long terme même s'il ne l'a pas retenu dans sa demande de financement du round 8 du fonds Mondial.

Tableau 13. PID Besoins de financement et en commodités pour atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD)

Nombre et coût des concessions (C) à pulvériser	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût moyen par concession à pulvériser*	8	8	8	8	8	8	8
B. Nombre Total de concessions à pulvériser	417 739	431 524	445 764	460 475	475 670	491 367	2 722 539
C. Ressources disponibles pour les PID	0	0	0	0	0	0	0
Ecart budgétaire (A * B) - C	3341909	3452192	3566115	3683796	3805362	3930939	21 780 313
Quantité totale d'insecticide requise	636007	656995	678676	701073	724208	748107	4 145 066
Ecart de commodités en unité d'insecticide	636007	656995	678676	701073	724208	748107	4 145 066

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

5.1.3 LUTTE ANTI LARVAIRE

a. Analyse de la situation

Dans les documents de politique nationale de prévention du paludisme, la lutte anti-larvaire et l'assainissement du cadre de vie ont été préconisées, toutefois, les interventions les concernant sont encore à l'état embryonnaire. La lutte anti-larvaire en milieu urbain est faisable avec l'assainissement du cadre de vie. Il existe plusieurs villes dans le pays où la riziculture et autres cultures maraichères sont très développées. Le contrôle larvaire des populations d'anophèles issues de ces zones est envisageable. Pour envisager une lutte anti-larvaire efficace il faut créer un cadre de collaboration multisectoriel (Ministères de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère de l'Intérieure avec les collectivités locales, Ministère des Infrastructures Economiques, Ministère de la Constructions et d'Urbanisme, Ministère de l'Agriculture ...).

Il n'existe pas de financement particulier de cette stratégie au niveau de pays. Le niveau de mise en œuvre est presque nul à part quelques activités sporadiques au moment d'évènements particuliers de santé. Le rôle du partenaire est très peu développé dans ce domaine et les activités de communication presque inexistantes. Le cadre de suivi évaluation des autres activités de lutte contre le paludisme ne prennent toujours pas en compte.

b. Besoins et requêtes

Les goulots d'étranglement tiennent du fait que malgré qu'il soit inscrit dans le plan stratégique, le PNLP ne l'a jamais considéré comme une des priorités. La lutte anti larvaire n'est ainsi pas prévue dans les activités du PNLP d'ici les 5 prochaines années et n'a pas fait d'une analyse requête spécifique.

5.1.3 PALUDISME ET GROSSESSE

a. Analyse de la situation

i) Politique, Stratégie et Approche

Le document de politique nationale de lutte contre le Paludisme en général prend en compte le volet du paludisme et grossesse. Les interventions portent le traitement préventif intermittent avec la SULPHADOXINE PYRIMETHAMINE (TPI à la SP), la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides et la prise en charge du paludisme au cours de la grossesse. Ces activités devraient être faites au cours des consultations prénatales (CPN) et la prise de la SP sous observation directe (DOT). Chaque femme consultée est sensibilisée à l'utilisation des MILDAs et la nécessité d'obtenir les deux doses de SP durant les deux derniers trimestres de leur grossesse.

ii) Financement

Le financement de cette composante est assuré principalement par l'Etat et également par l'appui de certains partenaires dont l'UNICEF et le Fonds Mondial. Jusqu'à présent la prise de la SP était payante par les patientes à travers la politique de recouvrement de la Pharmacie de Santé Publique (PSP). Le pays a envisagé dans le cadre du Round 8 de le rendre gratuit pour toutes les femmes à l'échelle nationale.

iii) Etat d'avancement de la mise en œuvre

Le taux de couverture en TPI selon l'enquête situationnelle de 2008 est de 26,6%.

Afin d'améliorer cette performance, les besoins en formation sont importants et comprennent entre autres la mise à niveau de tout le personnel de Santé au niveau opérationnel. Sur les soixante douze districts existants, 19 sont déjà couverts par cette formation réduisant ainsi le nombre de districts à couvrir à 53.

L'ensemble du personnel a été sensibilisé sur la pratique du TPI. La politique d'administration du TPI se fait dans les formations sanitaires au cours des consultations prénatales (CPN)

- Gestion et Rôle des Partenaires

Le Service de la Santé de la Reproduction et le PNLP intègrent leurs activités pour la lutte contre le Paludisme au cours de la grossesse. Les partenaires que sont le Fonds Mondial, l'UNICEF et l'OMS appuient la formation, la fourniture en médicaments et des moustiquaires. Les ONGs s'occupent de la sensibilisation de la population au niveau communautaire. Le secteur privé applique la politique nationale de prise en charge et la prévention du paludisme au cours de la grossesse.

- Approvisionnement et Logistique

De façon générale il n'y a pas de problème de rupture de la SP. L'approvisionnement en SP des formations sanitaires se fait en association avec les autres médicaments à travers la PSP.

- Communication

Il n'existe pas de données collectées sur la connaissance des femmes enceintes sur les risques d'exposition au paludisme. Les messages de sensibilisation sont basés sur les risques du paludisme au cours de la grossesse et devrait s'intégrer dans un plan unique et intégré de communication sur la lutte contre le paludisme que le PNLP veut mettre en place.

- Suivi et Evaluation

Les informations traçant les activités de TPI sont consignées dans les registres de soins maternels et sur les formulaires de collectes de données du SIG. Ces informations précisent l'âge de la grossesse de la femme, les doses administrées et les dates d'administration. Les supervisions assurées par les niveaux central et districts permettent de récolter ces données au niveau des formations sanitaires et les informations concernant les taux de couverture sont récoltées à travers des enquêtes de ménages au niveau communautaire.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Les principaux goulots d'étranglement du TPI en Côte d'Ivoire restent moins un problème de disponibilité de la SP qu'un problème de recouvrement des coûts liés à cette activité. Les femmes se doivent de payer la SP le TPI. Cette mesure entraîne une diminution de l'adhérence des femmes à cette stratégie qui recommande la prise sous observation directe au niveau des formations sanitaires. Par ailleurs, tous les prestataires ne sont pas encore formés et les services de consultations prénatales ne sont pas toujours dotés du matériel nécessaire à la prise sous DOT.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Il s'agit d'inscrire dans la politique du pays l'approche de gratuité de cette activité et d'étendre le renforcement des compétences du personnel à l'ensemble des 53 districts restants. Ce renforcement des compétences devrait aussi s'accompagner de renforcement en matériel et logistique pour une meilleure administration du médicament aux femmes enceintes.

Tableau 14. TPI. Besoins de financement et en commodités pour atteindre les objectifs de RBM en 2010.

Nombre de femmes enceintes recevant le TPI et son coût	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
A. Coût moyen du TPI (2 doses) par femme enceinte*	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23
B. Nombre de femmes enceintes ciblées pour atteindre 100% de couverture	1063048	1098129	1134367	1171801	1210471	1250416	6928232

C. Nombre de femmes enceintes ciblées pour atteindre les Objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	1063048	1098129	1134367	1171801	1210471	1250416	6928232
D. Ressources disponibles pour le TPI	0	0	0	0	061	0	0
Ecart budgétaire (A*B) – D	489 002	505 139	521 809	539 029	556 817	575 192	3 592 249
Nombre de doses de SP requises pour atteindre les objectifs de RBM (ou objectifs nationaux s'ils sont plus ambitieux)	2126097	2196258	2268735	2343603	2420942	2500833	13856468
Ecart en commodités en terme de doses de SP requises pour atteindre les objectifs de RBM (ou objectifs nationaux)	2126097	2196258	2268735	2343603	2420942	2500833	13856468

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

L'estimation des coûts de ces commodités ne prennent pas en compte les coûts de dispensation qui sont prévus au niveau des rubriques de renforcement du système de santé.

5.2 PRISE EN CHARGE

5.2.1 DIAGNOSTIC

Analyse de la situation et évaluation des besoins

i) Politiques, Stratégies, et Approches

L'Etat de Côte d'Ivoire dispose d'une politique et de directives au niveau national en matière de diagnostic du Paludisme qui est en conformité avec les recommandations de l'OMS. Le PNLN est chargé de la mise en œuvre de cette politique au niveau national.

Les directives sur l'utilisation de la microscopie et des TDR dans le système sanitaire sont clairement établis et sont disponibles, cependant la mise œuvre de la politique pour les TDR est à ces débuts. La microscopie

est utilisée pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires de référence par les bio technologistes.

L'utilisation des TDR est recommandée pour les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) où les microscopes ne sont pas mis en place. Les TDR sont réalisés par les agents de santé prestataires de soins. Des études sont actuellement en cours pour déterminer le type de TDR à vulgariser dans le système sanitaire. Tous ces examens de laboratoire sont soumis au système de recouvrement des coûts.

Il existe une stratégie nationale de prise en charge du paludisme à domicile (PECADOM) qui repose sur un diagnostic présomptif. L'utilisation des TDR n'est pas encore définie à ce niveau mais pourrait être envisagée après une bonne expérience au niveau des formations sanitaires. La mise en œuvre de la PECADOM n'est encore effective au niveau national.

La Pharmacie de Santé Publique (PSP) est la structure responsable de la quantification des besoins en diagnostics au niveau national. Cette quantification est faite sur la morbidité liée au Paludisme enregistrée au niveau des formations sanitaires. Ces prévisions des besoins sont approximatives du fait de l'insuffisance des données disponibles.

ii) Financement

Aucun donateur ne finance actuellement les besoins en diagnostic du pays. De ce fait il n'existe pas de fonds disponibles pour assurer le transport du matériel et la formation spécifiques à cette activité. Lors du développement de la proposition du Fonds Mondial Round 8, une large part a été réservée au renforcement du système de diagnostic au niveau des structures de santé. Cette planification pourrait pallier de manière significative au manque de financement actuel de cette composante.

iii) Etat d'avancement de la mise œuvre

- Directives

Les directives sur l'identification et la gestion des échecs thérapeutiques sont disponibles mais les médecins ne sont pas encore formés pour faute de moyens. Il existe des directives sur les supervisions formatives de l'agent de santé mais insuffisamment mises en œuvre faute de moyens. (Un sur quatre)

- Formation

Des manuels de formation sur la microscopie et les aides au diagnostic du paludisme sont disponibles au niveau central. Leur diffusion à tous les niveaux de la pyramide sanitaire n'est pas encore effective en raison de l'insuffisance des moyens pour assurer la reproduction de ces outils et la formation des acteurs de santé. Les manuels de formation et les outils de travail pour l'utilisation des TDR sont révisés et adaptés à l'usage national mais on ne note pas de plan de

formation continue sur les techniques de diagnostic. Il faut dire que les TDR ne sont encore courants au niveau du pays.

- Services de laboratoire

La politique nationale ne prévoit pas l'utilisation de microscopie et des TDR pour le diagnostic du paludisme au niveau communautaire. Les microscopies sont pour le moment réservées au niveau des formations sanitaires de référence ou les laboratoires sont accessibles 24 heures/24 avec un service de garde. Les microscopes et les colorants utilisés sont ceux recommandés par l'OMS.

- Gestion et rôles des partenaires

Au niveau national, il n'existe pas de partenaires impliqués dans la fourniture des services de diagnostic ni dans le financement spécifique de cette composante. Certains services de recherche comme l'Institut Pasteur sont impliqués dans le renforcement des capacités du personnel sous la coordination du MSP et dans et le contrôle de qualité des services de laboratoire.

- Approvisionnement et logistique

Au niveau national le gouvernement assure l'approvisionnement des laboratoires et le stockage des fournitures. Il est aidé dans cette tâche par le réseau des distributeurs privés. Il existe une coordination entre les différents services (PNLP, PSP, Institut Pasteur et Services des Laboratoires) en matière de diagnostic de laboratoire assurée par le PNL qui veille sur l'application des normes pour le diagnostic de confirmation du paludisme.

- Communication

L'intérêt des services de diagnostic ne sont pas inclus dans le plan de communication intégré du PNL. Il serait donc opportun de mettre en place un programme de sensibilisation des populations sur la nécessité d'effectuer un diagnostic parasitologique avant le traitement.

- Suivi évaluation

Les données sur la proportion des agents de santé qui administrent le traitement en fonction des résultats de laboratoire ne sont pas disponibles ; les formulaires de collecte des données du SIG ne permettaient pas de renseigner cette information. Actuellement des nouveaux outils élaborés par la DIPE, prennent en compte cette information mais il reste à les reproduire et à les diffuser auprès des agents de santé.

b. Besoins et requêtes

Outre les besoins globaux en services de diagnostic (TDR et Microscopie) qui sont présentés au niveau du tableau 16, il est aussi envisagé d'améliorer le nombre de techniciens pour l'utilisation des microscopies au niveau des formations sanitaires de référence. Les TDR qui seront utilisés au niveau de toutes les autres formations de premier contact, nécessiteront quant à eux le renforcement des capacités des personnels qui devront l'utiliser qui sont l'ensemble des prestataires de soins au niveau de ces structures.

En effet, dans la proposition du Round 8, il est prévu de diagnostiquer 92% des cas de fièvre reçus niveau des formations sanitaires chez les plus de 5 ans dont 32% de diagnostic microscopique et 60% avec les TDR. Chez les enfants de moins de 5 ans, il est prévu de diagnostiquer que 30% des enfants atteints de fièvre mais qui ne devraient pas conditionner la décision de traiter. Les TDR seront utilisés aussi bien au niveau des Centres de Santé Urbains qu'au niveau des Centres de Santé Ruraux alors que les microscopies sont planifiées au niveau de tous les centres hospitaliers.

Aussi les besoins en formation du personnel vont prendre en compte la formation de 2 bio technologistes au niveau de chaque hôpital de référence des 53 districts non ciblés par le 6 round et la formation de tous les agents de santé des centres de santé urbains, ruraux et du secteur privé qui seront formés à l'utilisation des TDR.

i. Goulots d'étranglement et défis

Avec l'introduction des ACT au niveau communautaire, la Côte d'Ivoire aurait pu mettre les TDRs au niveau communautaire pour une meilleure rationalisation des produits. Aussi une contrainte de taille reste la disponibilité et l'organisation des acteurs communautaires que sont les Organisations à Base Communautaire. Les microscopes quant eux restent disponibles au niveau des hôpitaux de références et les hôpitaux nationaux. Il s'agit alors de les rendre disponibles jusqu'au niveau le plus périphérique du système (Centres de santé urbains et ruraux) afin d'espérer confirmer le plus grand nombre de cas vus au niveau des structures sanitaires. Cette décentralisation du diagnostic microscopique nécessite une augmentation des ressources humaines en termes bio technologistes à travers la formation de base et un renforcement de capacités des prestataires.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Au niveau de la proposition du Round 8, plusieurs solutions ont été adoptées pour le renforcement du système de diagnostic :

- Le renforcement des capacités des prestataires pour l'utilisation des TDRs
- La mise en place et l'organisation des OBC pour une utilisation ultérieure des TDRs
- L'appui aux écoles de formation de base pour une augmentation du nombre de bios technologistes formés

- La mise en place d'une assistance technique pour le contrôle qualité des microscopies effectuées et pour l'utilisation des TDR

Tableau 15. Besoins de financement et en commodités pour les Services de Diagnostic afin d'atteindre les objectifs de RBM 2010 (USD).

Nombre et coût des services de diagnostic et du paludisme	Classe d'Age	2008		2009		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
		Micro-scopie	TDRs	Micro-scopie	TDRs										
A. Coût moyen d'un test de diagnostic	Total	1.5	0,80	1.5	0,80	1.5	0,80	1.5	0,80	1.5	0,80	1.5	0,80	1.5	0,80
B. Nombre de cas suspects de paludisme (fièvre) ciblés à tester pour atteindre une couverture de 100%	< 5 ans	497 772	0	1 022 118	0	1 457 841	0	1 276 530	0	1 289 031	0	1 331 569	0	6 874 861	
	> 5ans	3 031 942	5 630 749	3 074 841	5 710 419	3 012 308	5 594 286	2 840 650	5 275 493	2 899 390	5 384 582	2 995 070	5 562 273	17 854 201	33 157 802
C. Nombre de cas suspects de paludisme (fièvre) ciblés à tester pour atteindre les objectifs de RBM (ou du pays si supérieur)	Total (<5 + > 5 ans)	3 529 714	5 630 749	4 096 959	5 710 419	4 470 149	5 594 286	4 117 180	5 275 493	4 188 422	5 384 582	4 326 639	5 562 273	24 729 062	33 157 802
	< 5 ans	149 332		306 635		437 352		382 959		386 709		399 471		2 062 458	
> 5ans	415 809	779 642	1 504 037	2 820 069	2 533 781	4 750 840	2 389 392	4 480 111	2 438 801	4 572 753	2 519 282	4 723 653	11 801 102	22 127 067	
Total (<5 + > 5 ans)		565 141	779 642	1 810 672	2 820 069	2 971 133	4 750 840	2 772 351	4 480 111	2 825 511	4 572 753	2 918 753	4 723 653	13 863 561	22 127 067
D. Ressources disponibles pour les services de diagnostic		346 742	0	358 184	0	705 059	0	661 806	0	0	0	0	0	2 071 790	0

Ecart budgétaire pour atteindre les objectifs de RBM (ou du pays si supérieur) (A* Total B) - D		1 699 320	346 508	3 904 956	2 304 111	5 542 327	4 168 786	5 086 969	3 928 691	5 847 481	4 009 572	13 613 697	102 821	35 694 751	14 860 490
Nombre total de TDR requis pour atteindre les objectifs de RBM (ou objectifs nationaux)			433 135		288013 9		52109 83		4910864		50119 65		128 527		18 575 613
Ecart en nombre de TDR requis pour atteindre les objectifs de RBM (ou objectifs nationaux)			433 135		288013 9		52109 83		4910864		50119 65		128 527		18 575 613

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

5.2.1. Traitement

a. Analyse de la situation

i Politique, stratégies et approches

Il existe une politique nationale de prise en charge du Paludisme basée sur l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base des dérivées d'ARTEMISININE pour la prise en charge du Paludisme simple. Cette politique recommande en première intention l'utilisation de la combinaison ARTESUNATE + AMODIAQUINE et en deuxième intention, l'association ARTHEMETER + LUMEFANTRINE. Pour ce qui est de la prise en charge du Paludisme grave, le médicament recommandé en première intention, la QUININE perfusion et en cas de contre-indication l'ARTHEMETER Injectable. Cette politique de prise en charge du Paludisme respecte les recommandations de l'OMS. Elle vise également le déploiement communautaire du traitement du Paludisme SIMPLE par l'utilisation des CTA.

Pour la prise en charge du Paludisme au cours de la grossesse, la politique nationale recommande l'utilisation de la QUININE base.

Les changements de politique nationale de prise en charge de Paludisme ont été réalisées sur la base : (i) les études d'efficacité des médicaments réalisées régulièrement par les instituts et centres de recherches (Institut Pasteur, UFR de Sciences Médicales et l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques) et (ii) sur les notifications des cas d'échec thérapeutique renseignés par les agents de santé sur le terrain. Le secteur privé est partenaire de la mise en œuvre de la politique de prise en charge du Paludisme.

ii. Financement

Le Fonds Mondial est le seul partenaire actuel qui apporte une contribution au financement du traitement du Paludisme. Les besoins des établissements sanitaires ne sont pas couverts par l'ensemble des fonds disponibles au niveau national ceci affecte la fourniture des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le fonctionnement du système de santé ivoirien est basé sur le recouvrement des coûts incluant le paiement des frais de consultation et de traitement.

Les de consultations sont de : 100 F pour les centres de santé et dispensaires, 200 F pour les CSU, 500F pour les formations sanitaires de références, 1000 F pour les CHR et 2500 F pour les CHU. Le coût du traitement d'un cas simple de paludisme est identique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire il varie seulement en fonction de l'âge du patient (500- 2000).

Le coût du traitement du paludisme grave varie en fonction de l'état du malade et il est compris entre 10000 et 100 000 F CFA.

Le déploiement communautaire du traitement du paludisme n'est pas encore mise en œuvre.

iii. Niveau de mise en place

Formation et supervision

Il existe des directives et des manuels de formation des agents de santé en matière de traitement standard du paludisme qui sont adaptés à l'usage national et à différents niveaux. Il n'existe pas une fréquence établie pour la formation des agents de santé au niveau national mais les compétences des agents de santé sont renforcées de manière périodique à travers les supervisions, les enseignements post- universitaires et les ateliers. Il existe deux types de formateurs :

- Les formateurs nationaux qui sont sélectionnés parmi les enseignants de l'UFR des sciences Médicales, et personnel du PNLP
- Les formateurs régionaux et de district sont le Directeurs régionaux, Départementaux et des équipes cadres des districts qui sont chargés de former le personnel de santé dans le district.

La formation n'inclut pas les agents de santé du secteur privé bien que le besoin soit identifié cela s'explique par l'insuffisance des ressources disponibles.

- Gestion et rôle des partenaires

A l'instar du système de diagnostic, il n'existe pas de partenaires spécifiques impliqués dans la fourniture des services de traitement à l'exception du Fonds Mondial (Round 6) qui reste le bailleur de fonds principal de cette activité. Le suivi de l'efficacité du traitement est fait cependant par d'autres services collaborateurs du PNLP tels que le département de Parasitologie de l'Université de Cocody. L'Institut Pasteur reste impliquer dans le renforcement des capacités du personnel pour la prise en charge des cas de paludisme au niveau des formations sanitaires.

- Approvisionnement et logistique

Au niveau national la PSP assure le gouvernement assure l'approvisionnement, le stockage et la distribution des médicaments anti paludiques au niveau des formations sanitaires du pays. La disponibilité de ces médicaments au niveau du secteur privé est assurée par des distributeurs indépendants à travers les officines privées du pays.

- Communications

La communication sur la disponibilité et l'efficacité des ACT est prévue dans le cadre du plan de communication du PNLP. Ce plan devrait être renforcé et intégré aux autres plans des services de Santé Maternelle et de la vaccination tout en élargissant les thèmes de communication à la prise en charge des effets indésirables des médicaments (pharmacovigilance).

- S&E

Les outils de suivi évaluation du traitement sont intégrés dans les outils de la DIPE pour le recueil des données sanitaires. Ces sont en mesure d'informer les nombre de cas paludisme correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires et peuvent renseigner sur la consommation des produit et leur taux de rupture. Le niveau de prise en charge au niveau communautaire est renseigné par des enquêtes de ménages. L'ensemble de ces informations sont analysées périodiquement au niveau central et publiées en même temps que les autres données sanitaires au niveau du RASS. La transmission des rapports du niveau périphérique vers le niveau central et les supervisons des niveaux intermédiaires et central vers le niveau périphérique constituent par ailleurs d'autres cadres d'analyse et de diffusion des données recueillies.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

L'un des défis majeurs de la prise en charge des cas de paludisme au niveau du pays reste l'introduction des ACT au niveau communautaire. Dans le cadre de la proposition du Round 8, cette option a été retenue à travers l'utilisation des OBC/ASC. Ainsi les principaux obstacles restent : (1) la disponibilité en nombre suffisant de ces OBC/ASC, (2) l'organisation et le renforcement de leur capacité, (3) le suivi régulier et l'évaluation de l'activité de ces OBC en ce qui concerne la prise en charge des cas de fièvre au niveau communautaire, (4) l'introduction des données communautaires dans le système d'information sanitaire du pays.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Plusieurs solutions ont été retenues par le pays et certaines déjà proposées au Fonds Mondial dans le cadre du Round 8. Il s'agit en l'occurrence : (1) du renforcement institutionnel et organisationnel des OBC/ASC, (2) de la formation des agents de santé et des acteurs communautaires à la prise en charge correcte des fièvre/paludisme, (3) de la mise en place d'un système de coordination, de suivi et d'évaluation des OBC/ASC par les districts et les ONG locales impliquées dans la lutte contre le paludisme et (4) le développement et l'intégration au outils de la DIPE d'outils communautaires de suivi évaluation.

Tableau 16. Besoins de financement et de commodités pour le traitement au niveau des formations sanitaires en vue d'atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD).

Nombre et coût du traitement du paludisme	Classe d'Age	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Coût moyen d'un traitement*	<1 an	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	1-6 ans	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	7-13 ans	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20
	> 14 ans	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80
Nombre de cas ciblés pour le traitement	<1 an	354 873	323 815	290 322	299 903	309 799	320 023	2 356 856
	1-6 ans	5 392 528	4 723 461	3 652 674	2 864 979	2 842 248	2 936 042	29 001 827
	7-13 ans	2 109 369	1 456 463	636 226	342 305	312 937	323 264	5 180 564
	> 14 ans	4 413 469	2 738 776	835 918	572 120	553 375	571 636	9 685 294
	Total	12 270 240	9 242 516	5 415 140	4 079 306	4 018 359	4 150 965	42 757 719
Besoins Financiers	<1 an	354 873	323 815	290 322	299 903	309 799	320 023	2 356 856
	1-6 ans	5 392 528	4 723 461	3 652 674	2 864 979	2 842 248	2 936 042	29 001 827
	7-13 ans	2 531 242	1 747 755	763 471	410 766	375 524	387 916	6 216 676
	> 14 ans	7 944 244	4 929 796	1 504 652	\$1 029 816	996 075	1 028 944	17 433 529
	Total	16 222 888	11 724 828	6 211 119	4 605 464	4 523 646	4 672 926	51 542 066
Disponibilité		2 731 622	2 886 621	2 886 621	2 886 620	1 000 000	1 000 000	14 085 366
Ecart en termes de nombre de traitements de 1 ^{ère} ligne		9 538 618	6 355 895	2 528 519	1 192 686	3 018 359	3 150 965	28 672 353

L'estimation initiale ci-dessus par tranche d'âge est faite sur la base des cas de fièvre reçus au niveau des formations sanitaires avec une utilisation de 48% des services de santé. Par la suite la quantité d'ACT tient compte des cas de fièvre palustres confirmés.

Tableau 16a. Besoins de financement et de commodités pour le traitement au niveau communautaire des enfants de moins de 5 ans en vue d'atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD).

Nombre et coût du traitement du paludisme	Classe d'Age	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Coût moyen d'un traitement*	<1 an	1	1	1	1	1	1	1
	1-5 ans	1	1	1	1	1	1	1
Nombre de cas ciblés pour le traitement	<1 an	384 446	350 800	314 516	324 895	335 616	346 692	2 553 261
	1-6 ans	5 841 905	5 117 083	3 957 064	3 103 727	3 079 102	3 180 712	31 418 646
	Total	6 226 351	5 467 882	4 271 579	3 428 622	3 414 718	3 527 404	33 971 907
Besoins Financiers	<1 an	384 446	350 800	314 516	324 895	335 616	346 692	2 553 261
	1-5 ans	5 841 905	5 117 083	3 957 064	3 103 727	3 079 102	3 180 712	31 418 646
	Total	16 222 888	11 724 828	6 211 119	4 605 464	4 523 646	4 672 926	51 542 066
Disponibilité		0	0	0	0	0	0	0
Ecart en termes de nombre de traitements de 1 ^{ère} ligne		6 226 351	5 467 882	4 271 579	3 428 622	3 414 718	3 527 404	33 971 907

Il est prévu de traiter les cas de fièvre au niveau communautaire chez les enfants de moins de 5 ans. Pour cela, une estimation complémentaire a été faite pour prendre en charge les 52% de cas de fièvre chez les enfants de moins de 5ans qui ne sont pas vus au niveau des formations sanitaires.

Tableau 16b. Besoins de financement pour le traitement de deuxième ligne, des cas graves et des femmes enceintes en vue d'atteindre les objectifs de RBM en 2010 (USD).

Prise en Charge des cas graves et Traitement de seconde ligne	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Coût Médicaments des cas graves et traitement FE	556 445	402 162	213 041	157 967	155 161	160 281	1 645 058
Coût Médicaments de seconde intention	278 223	201 081	106 521	78 984	77 581	80 141	822 529
TOTAL (5% des ACT au niveau des FS)	834 668	603 242	319 562	236 951	232 742	240 422	467 587
Coût Médicaments des cas graves et traitement FE		402 162	213 041	157 967	155 161	160 281	1 088 613
Coût Médicaments de seconde intention		201 081	106 521	78 984	77 581	80 141	544 306
TOTAL USD (5% des ACT au niveau des FS)		603 242	319 562	236 951	232 742	240 422	1 632 919

Rq : L'outil de calcul a été utilisé pour remplir ce tableau

Les besoins financiers des traitements de deuxième ligne, de la prise en charge des cas graves et de la prise en charge des cas de paludisme chez la femme enceinte sont estimés à 5% des écarts financiers pour la prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires.

6. Questions transversales

6.1. Epidémie/ Contrôle d'urgence

a. Analyse de la situation

i Politique, stratégies et approches

Durant ces dernières années, le pays n'a pas connu de situation d'épidémie dans le cadre du paludisme même si on note une recrudescence saisonnière annuelle liée à la pluviométrie.

Cependant depuis 2002, avec la crise sociopolitique qu'a connue le pays, il y a eu un déplacement massif de population du nord vers le sud. Cette situation a entraîné une augmentation de la fréquentation des services de santé au niveau des zones d'accueil. Cette sur utilisation a concerné l'ensemble des pathologies infectieuses et parasitaires parmi lesquelles le paludisme.

Par ailleurs, le pays dispose d'un document de politique sur la prise en charge des cas d'urgence qui a été élaboré en 2004. Plusieurs stratégies ont été retenues :

1. La mise en place d'un système de surveillance épidémiologique
2. La déclaration précoce de l'épidémie
3. La mise en place d'un système d'information pour la notification des cas
4. La mobilisation rapide des ressources à partir d'un fonds d'urgence
5. La prise en charge effective des cas
6. La coordination et le Suivi Evaluation des cas d'urgence

Il reste cependant à définir un seuil critique pour la détection précoce des épidémies de paludisme.

Il faut noter par ailleurs le manque de coordination des différents services impliqués dans la surveillance, l'existence de données non concordantes à différents niveaux du système de surveillance, la faible qualité des données transmises, l'incomplétude des données de surveillance, le manque de base de données sur les situations d'urgence.

De ce fait, la déclaration de l'épidémie ou des situations d'urgence suit très rarement le circuit mis en place. Les niveaux opérationnels étant le plus souvent saisis par les niveaux centraux pour vérification d'informations.

ii. Financement

Le fonds d'urgence pour la prise en charge des cas a été mis en place au niveau central par le gouvernement sans la contribution des partenaires.

Cependant, après la déclaration des cas, l'état fait appel aux différents donateurs et partenaires. Le niveau opérationnel concerné par la situation d'urgence est financé sur présentation d'un plan d'action budgétisé. Ainsi, il n'existe pas de fonds d'urgence au niveau local. La marge de manœuvre du niveau opérationnel se trouve ainsi limitée du fait de la mobilisation parfois tardive des ressources.

iii. Niveau de mise en place

- Gestion et rôle des partenaires

En cas d'épidémie, les partenaires au développement contribuent à alimenter le fonds d'urgence sur requête du ministère en charge de la santé. En outre un appui matériel et logistique est souvent apporté par divers donateurs.

- Approvisionnement et logistique

Même si dans le cadre général, il existe un stock d'urgence en médicaments pour les maladies à potentiel épidémique, en ce qui concerne le paludisme, aucune disposition particulière n'est prise.

- Ressources humaines

Les ressources humaines existant au niveau du pays suffisent pour faire face aux épidémies. La riposte est normalement dirigée par le comité national de lutte contre les épidémies. Cependant les insuffisances de coordination emmènent parfois à la création de comité ad hoc pour la gestion du processus.

- Mise en œuvre de l'intervention

Le choix des interventions pour la mise en œuvre de la riposte se fait à partir du plan proposé par le niveau opérationnel. Le document de politique de lutte contre les épidémies ne fait pas mention de stratégies spécifiques pour le paludisme.

- Urgences

La crise sociopolitique survenue en Septembre 2002 a provoqué un dysfonctionnement du système sanitaire. Dans le nord du pays, l'absence de personnel qualifié et de matériel a créé une situation de détresse des populations malades. Dans la zone sud, le flux de population a engendré un surcroît de la demande de soins, créant une situation d'urgence où le paludisme constituait une des préoccupations majeures du système de santé.

Durant la crise, des sites de regroupement ont été mis en place au niveau des régions Centre sur une période moyenne de 2 ans. Ces populations étaient prises en charge sur le plan sanitaire par : l'Etat, les ONGs impliquées dans la prise en charge des victimes de la crise, les partenaires

uni et multilatéraux sans mécanisme de coordination bien défini. Plusieurs aides ont été enregistrées à type de vivres et non vivres (médicaments, couvertures...). Il n'y avait pas de mesures particulières de prévention du paludisme.

- Suivi et Evaluation

Le système de suivi évaluation était peu satisfaisant. Peu de données ont été collectées et analysées par le système national. Cependant, quelques données sont disponibles auprès des partenaires qui ont été impliqués dans ces interventions. Ces données pourraient permettre d'avoir une idée des activités menées et des ressources mobilisées. La faiblesse de ce système n'a donc pas facilité l'orientation et la bonne gestion des interventions.

- Communications

Peu d'activités d'IEC et de CCC ont été menées durant la crise en faveur des populations affectées. Cependant des centres d'informations ont été ouverts au niveau des sites pour guider et renseigner les populations sur les services disponibles.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

La survenue de la crise a permis d'identifier plusieurs goulots d'étranglement. On pourrait citer :

1. une mauvaise coordination des structures responsables de la gestion des crises,
2. une faiblesse du système mis en place de suivi évaluation des activités,
3. une faible mise en œuvre des activités de communication (IEC/CCC),
4. une absence de fonds d'urgence rapidement mobilisable et autres ressources nécessaires au niveau opérationnel,
5. une absence de formation adéquate du personnel dans la gestion des urgences,
6. une absence de politique clairement définie de surveillance épidémiologique du paludisme

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Plusieurs solutions permettant d'atteindre les objectifs de 2010 en ce qui concerne la gestion des épidémies et des crises d'urgence peuvent être retenues :

1. la définition et la mise en place d'une politique de surveillance épidémiologique du paludisme
2. la formation du personnel à la gestion des urgences
3. la mise en place d'un système de mobilisation rapide de fonds et de moyens matériels pour faire face aux urgences au niveau opérationnel
4. l'élaboration et la diffusion d'un document sur les activités IEC/ CCC à mettre en œuvre en situation d'urgence
5. le renforcement de la coordination et du suivi évaluation par la mise en de place de structure unique pour chaque domaine accompagnée d'une définition claire des activités
6. L'identification et la mobilisation d'une assistance technique de qualité

On ne note pas zones à faciès épidémique en Cote d'Ivoire vis-à-vis du paludisme par contre les situations d'urgences ont déjà été vécues par le pays. En effet, pendant la crise sociopolitique en CI (2002-2004) environ 800 000 personnes ont été déplacées de leurs régions d'origine (du nord vers le sud et de l'ouest vers le sud).

Le tableau 18 indique ainsi les besoins financiers pour les situations d'urgence.

Tableau 17. Besoins de financement pour les situations d'épidémie et d'urgence (USD)

Le coût d'intervention pour une situation d'épidémie ou d'urgence	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Le coût d'intervention par personne affectée*	12	12	12	12	12	12	12
Nombre estimé de personnes affectées	800000	824000	848720	874182	900407	927419	5174728
Ressources disponibles pour les situations	0	0	0	0	0	0	0

d'épidémie ou d'urgences							
Nombre de personnes affectées qui peuvent être couvertes avec les ressources disponibles	0	0	0	0	0	0	0
Ecart budgétaire	9600000	9888000	10184640	10490179	10804885	11129031	62096735

Le calcul des coûts de besoin de ce tableau est basé sur une estimation de \$12 par personne. Cette somme est répartie comme suit : \$5.00 pour les MILD, \$2.50 pour le diagnostic et le traitement, \$1.00 pour l'IEC, \$1.50 pour les frais de distribution, \$2 pour la formation, la supervision et le monitoring. Le coût de la PID n'a pas été pris en compte ici du fait que la stratégie n'est pas retenue par le pays dans les 5 ans à venir.

6.2. Plaidoyer/CCC/IEC

a. Analyse de la situation

i Politique, stratégies et approches

Le plan intégré de Communication (PIC) du Paludisme a été développé en 2005 à partir des interventions prévues dans le plan stratégique 2005-2010. Les différentes composantes de communication prises en compte comportent les stratégies d'IEC, de CCC (Communication pour le Changement de Comportement) et de plaidoyer.

Il est important de noter que les activités de lutte contre le paludisme attirent l'attention des plus hautes autorités du pays. Les journées mondiales de paludisme célébrées chaque année à l'instar de la communauté internationale sont régulièrement présidées par les proches collaborateurs du Président tel que le Ministère de la Santé et/ou les membres de son cabinet. Il en est de même des autorités sanitaires et administratives régionales/district.

Faisant partie des pays qui ont signé la déclaration d'Abuja, le gouvernement, par la voix de ses représentants intègre dans leur déclaration politique les recommandations de la communauté internationale sur la lutte contre le paludisme.

Les stratégies définies permettent de sensibiliser les leaders et populations sur la lutte contre le paludisme et sur les services offerts. Il s'agit du Plaidoyer, de l'IEC, et de la Communication pour le Changement de Comportement par la mobilisation sociale, de la mobilisation communautaire. Ces stratégies sont renforcées par l'identification et la mise en place d'un partenariat durable avec la presse et les médias ainsi que le développement d'un plan de SE de la communication.

ii. Financement

Le financement du plan de communication a été estimé à 1 107 946 USD, sans identification des sources de financement. Plusieurs activités de plaidoyer ont été identifiées avec les partenaires nationaux et internationaux qui pourraient cependant aider à la mobilisation des ressources de financement du plan.

iii. Niveau de mise en place

- Gestion et Rôle des partenaires
Afin d'assurer une bonne mise en œuvre du plan, la mise à contribution des partenaires devraient s'accompagner :
 - (1) d'une définition de leur domaine d'intervention et de leur rôle et dans la mise en œuvre,
 - (2) d'une définition des activités spécifiques à mener par les leaders,
 - (3) d'une estimation des besoins attendus et du rôle des leaders dans la mobilisation de ces ressources,
 - (4) d'une identification des stratégies impliquant les communautés dans les activités de plaidoyer,
 - (5) d'une identification des stratégies impliquant la société civile dans les activités de plaidoyer,
 - (6) d'une identification des différents canaux à utiliser pour les activités de plaidoyer,
 - (7) d'un système de coordination et de suivi des activités,

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

Les principaux goulots d'étranglement et défis à relever sont :

1. L'absence d'un Plan de communication au niveau du ministère prenant en compte les préoccupations des autres services de santé,
2. L'absence d'identification des partenaires impliqués dans la mobilisation des ressources,
3. L'absence de plan définissant les activités de plaidoyer,

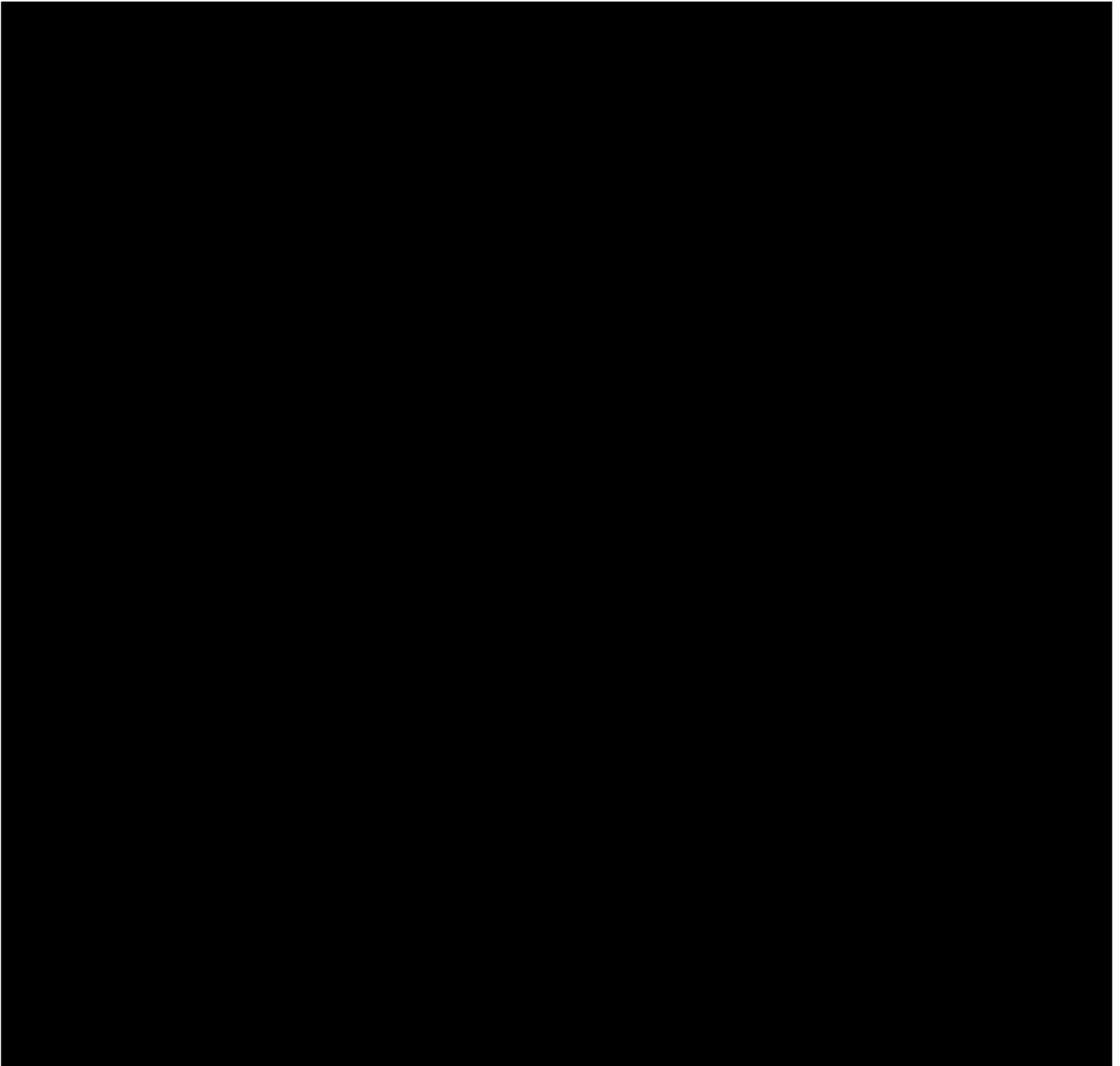
4. La faible sollicitation des « leaders, célébrités » pour les activités de plaidoyer,
5. La faible sollicitation des « leaders, célébrités » pour le financement des activités de plaidoyer,
6. La faible participation des communautés dans la lutte contre le paludisme,
7. Une insuffisance de mise en œuvre du plan de communication

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

Plusieurs solutions peuvent alors être envisagées :

1. Le renforcement du Plan de Communication Intégré (PIC) par la prise en compte des autres affections et programmes de lutte contre les maladies ;
2. La mobilisation de ressources financières, humaines et logistiques pour une bonne mise en œuvre des activités du plan de communication ;
3. Le développement d'un plan de suivi évaluation intégrant les différentes composantes de la Communication (Plaidoyer/IEC/CCC) ;
4. Le développement de stratégies efficaces permettant d'impliquer les « leaders, célébrités » dans le financement et la mise en œuvre des activités de plaidoyer ;
5. La définition des rôles et la responsabilisation des communautés dans la mise en œuvre des activités de communication ;
6. L'identification et la mobilisation d'une assistance technique de qualité

Tableau 18. Besoins de financement pour les activités de plaidoyer, d'IEC/CC (USD)



Rq : Les estimations de ce tableau ont été effectuées à partir du tableau 27 de l'annexe du report template de NA.

6.3. Suivi et Evaluation

a. Analyse de la situation

i Politique, stratégies et approches

Il existe dans le pays un plan de suivi évaluation des activités de lutte contre le paludisme provenant du plan stratégique du PNLP. Les indicateurs retenus dans ce plan sont renseignés à partir du Système d'Information et de Gestion (SIG) géré par la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE).

Les données sont collectées par l'agent de santé au niveau des établissements sanitaires de premiers contacts (ESPC) pour produire un rapport mensuel qui est transmis au district. Après compilation et traitement, le district envoie un rapport mensuel directement à la DIPE avec parfois copie à la région sanitaire. Au niveau central, la DIPE analyse les données et produit un rapport annuel national sur la situation sanitaire (RASS). Il faut noter cependant que depuis 2000 aucun rapport national n'a pu être produit. Les indicateurs relatifs aux activités menées en milieu communautaire sont renseignés à travers des enquêtes périodiques menées dans le cadre des MICS ou des EDS ou en collaboration avec d'autres partenaires.

ii. Financement

La subvention du fonds mondial a permis a programme de financer un bonne partie de son plan de suivi évaluation et ce financement est disponible jusqu'en 2011. Il s'agira alors pour le programme de rechercher des financements complémentaires pour le renforcement des activités de suivi évaluation au niveau périphérique. Il s'agit en autres :

- De la mise en place des points focaux sur le reste de 72 districts non couverts,
- Du renforcement des capacités des points focaux su l'ensemble des 72 districts
- Du renforcement du contrôle qualité sur l'ensemble du pays

Cet appui devrait compléter le financement de l'état et des partenaires prévu dans le cadre de la réforme du SIG et de l'amélioration de la qualité des données.

iii. Niveau de mise en place

- Gestion du programme et rôle des partenaires

Le système d'information et de gestion qui soutient le système d'information du programme paludisme bénéficie depuis 2006, d'une

réforme qui devrait permettre une meilleure collecte de données et une gestion de l'information satisfaisante. Il s'agit en autres :

- de la mise en place de nouveaux outils qui prennent mieux en compte les informations liées aux activités du programme paludisme,
- du renforcement des capacités des responsables des CSE (Centre Surveillance Epidémiologique) qui ont en charge la gestion des données et le contrôle qualité au niveau des districts,
- de la mise en place d'un système de contrôle qualité de la gestion des données sur plus du quart des 72 districts que compte le pays.

Par ailleurs, le programme a procédé à l'évaluation de son système de Suivi Evaluation dans le cadre de la subvention du Fonds Mondial. Ceci a permis de développer un plan de SE détaillé et financé jusqu'en 2011. Plusieurs indicateurs ont été alors définis ; ils concernent aussi bien les indicateurs du Fonds Mondial que les indicateurs du Programme. On peut noter les principaux que sont :

- Les indicateurs de processus
 1. Nombre et Proportion de moustiquaires imprégnées d'insecticide distribuées aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes dans les dix neuf districts par les structures de santé et les ONGs contractantes
 2. Nombre et pourcentage des agents de santé formés au nouveau protocole national de prise en charge du paludisme dans les structures sanitaires
 3. Proportion de centres de santé ne signalant aucune rupture de stocks d'Artésunate amodiaquine supérieure à une semaine durant les trois derniers mois
 4. Proportion d'ESPC ayant reçu au moins une visite de supervision du district les trois derniers mois
 5. Nombre de personnes ayant participé aux activités de sensibilisation de proximité au niveau communautaire
- Les indicateurs de résultats
 1. Proportion de femmes enceintes vues en CPN recevant 2 doses de TPI selon le protocole national
 2. Proportion de la population capable de citer les mesures primaires de prévention contre le paludisme
 3. Nombre d'études réalisées et publiées
- Les indicateurs d'impact
 1. Taux brut de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les dix neuf districts
 2. Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vus au niveau des formations sanitaires pour paludisme simple ayant reçu un traitement conforme au protocole national

3. Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII la nuit précédant l'enquête
4. Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous MII la nuit précédant l'enquête
5. Proportion de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TPI selon le protocole national

- S&E

Afin de mieux s'intégrer au système d'information et de gestion du pays, le PNLP a mis en place au niveau central une unité chargée de la coordination et du suivi de la mise en œuvre de toutes les activités de Suivi Evaluation. Cette unité devrait s'appuyer sur des points focaux paludisme au niveau de chaque district qui auront entre autres missions d'appuyer les responsables de CSE et de faciliter la collecte et la gestion des données spécifiques du programme. Ces points focaux n'existent pour le moment qu'au niveau des 19 districts concernés par la subvention du fonds mondial. Il s'agira ensuite de les généraliser sur l'ensemble des 72 districts que compte actuellement le pays.

b. Besoins et requêtes

i. Goulots d'étranglement et défis

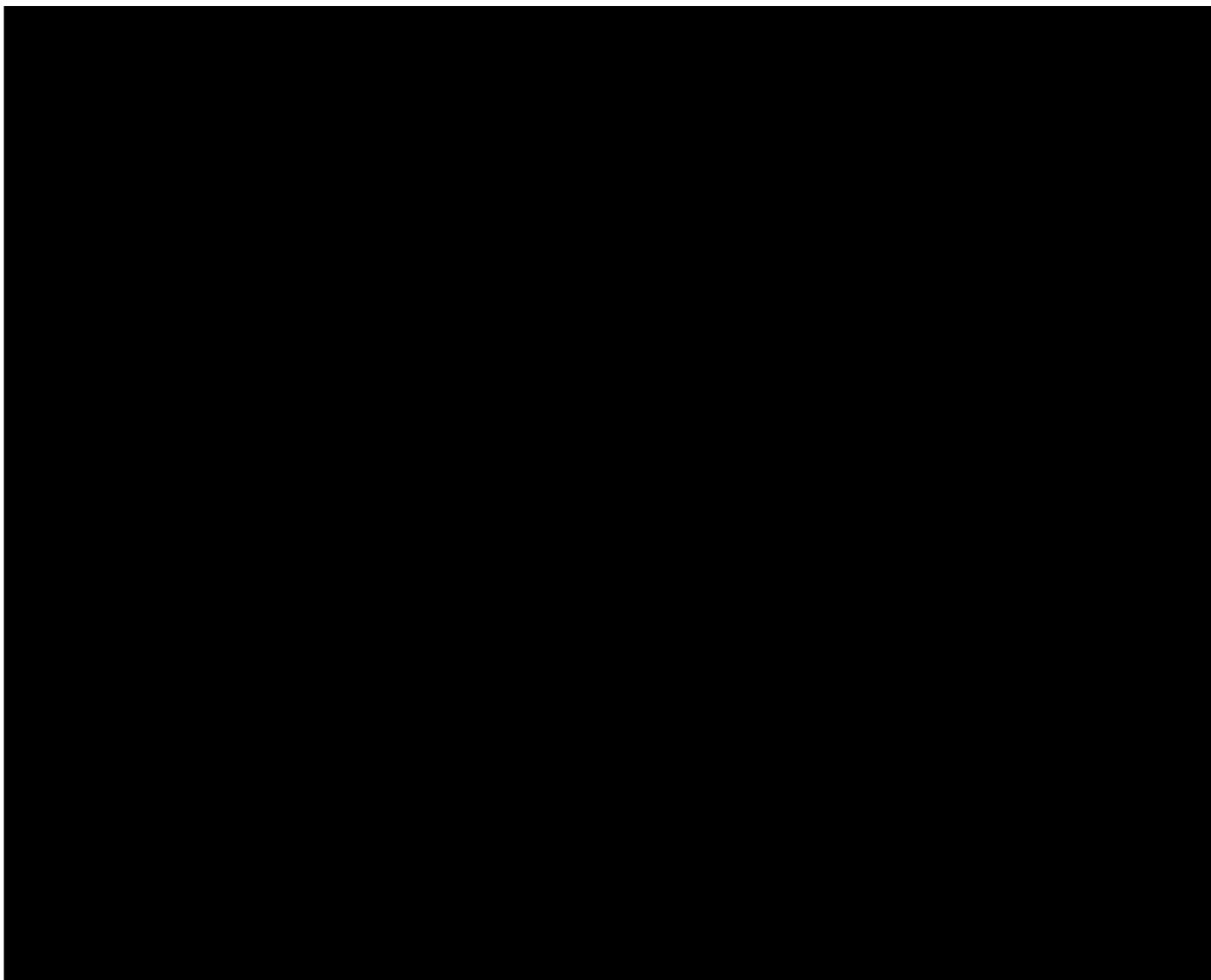
L'évaluation du système de suivi évaluation dans le cadre du fonds Mondial a permis de relever les problèmes suivants

- la non disponibilité au niveau opérationnel des nouveaux outils développés par la DIPE,
- la non prise en compte des données des EPN (CHU et Instituts) et des structures privées dans le SIG,
- la non existence de connexion internet au niveau périphérique et l'insuffisance du parc informatique (ordinateurs, serveurs...),
- l'absence de validation des données à tous les niveaux avec « shunt » du niveau intermédiaire (régions),
- l'insuffisance de ressources humaines au niveau périphérique pour la gestion des données,
- l'insuffisance de diffusion des rapports.

ii. Solutions proposées pour atteindre les cibles de 2010

- Mettre en place un système de contrôle qualité de la collecte et de la gestion des données,
- Renforcer le parc informatique pour la gestion des données du niveau périphérique jusqu'au niveau central
- Améliorer la quantité et la qualité des ressources humaines chargées du suivi évaluation depuis le niveau périphérique jusqu'au niveau central,
- Améliorer l'utilisation et la diffusion des données collectées.
- L'identification et la mobilisation d'une assistance technique de qualité

Tableau 19. Besoins Financiers pur la Surveillance, le S&E et la Recherche Opérationnelle (USD).



Rq : Les estimations de ce tableau ont été effectuées à partir du tableau 27 de l'annexe du report template de NA.

7.7. Gestion de programmes et des systèmes de santé

7.1. Systèmes de santé et Gestion de programmes

a. Analyse de la situation

i. Le rôle assigné au PNLP

Le PNLP est l'instance de coordination des activités de lutte contre le paludisme au niveau national. Il a pour mission de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée au paludisme par des activités de type promotionnel, préventif ; curatif et de recherche opérationnelle. Il aussi pour rôle de contribuer à la mobilisation des ressources.

Il constitue le premier conseiller du cabinet ministériel en matière de lutte contre le paludisme et oriente sur les prises de décision stratégique de lutte contre le paludisme. Le PNLP fédère de ce fait tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme au niveau du pays.

Les activités de supervision sont menées par le personnel appuyé par des partenaires extérieurs au Programme du fait de l'insuffisance du personnel. Ses interlocuteurs principaux au niveau opérationnel reste le médecin chef du district. Le niveau intermédiaire est ainsi « court-circuité » dans la collecte et la transmission des données.

Le feed back vers le niveau opérationnel est rarement effectué.

Il n'existe pas de mécanisme de collaboration formelle entre le Service de la Santé de la Reproduction/Santé Maternelle et Infantile (SR/SMI) et le PNLP.

ii. L'autorité de gestion et de décision du PNLP

Le PNLP est dirigé par un Directeur Coordonateur qui est appuyé par 6 chefs de service. Au niveau de chaque service (Prévention, Prise en charge, Suivi Evaluation, Communication et Partenariat, Recherche, Affaires financières). Ainsi, le personnel qui est au nombre de huit (08, dont 06 cadres supérieurs) demeure encore insuffisant pour mener à bien les activités.

iii. L'environnement d'exécution du PNLP

Les locaux actuels du PNLP sont peu favorables à la mise en œuvre de coordination de la lutte contre le paludisme. Il n'existe pas de connexion internet disponible pour l'ensemble du personnel et le parc informatique est insuffisant. Le PNLP compte cependant une ligne téléphonique et une ligne de fax qui demeurent insuffisantes pour les activités du Programme.

Le parc automobile s'est agrandi avec la subvention du Round 6 du fonds mondial mais reste insuffisant pour mener toutes les activités de supervision.

Les indemnités du personnel sont quasi inexistantes et l'insuffisance des per diems contribue très peu au bon déroulement des activités planifiées.

iv. Planification, Suivi et Evaluation du PNLP

Les activités de planification du programme sont menées avec les différents partenaires et acteurs du niveau opérationnel. La planification de la mise en œuvre et du suivi évaluation se fait surtout en concertation avec le niveau opérationnel.

Le plan opérationnel du PNLP est développé à partir du plan stratégique et du projet financé par le Fonds Mondial. Ce plan est complété par divers autres plans que sont : le plan de communication, le plan d'interventions à base communautaire, le plan de gestion et d'approvisionnement et le plan de suivi évaluation. Ces plans sont financés par l'état, les partenaires et la subvention du FM.

Du fait de l'insuffisance des ressources humaines et du cadre de travail du programme peu adéquat, le PNLP a des difficultés pour mettre en œuvre les plans développés. Présentement le PNLP ne dispose pas de ressources suffisantes pour absorber de gros financements dans la lutte contre le paludisme.

Il est alors important de renforcer ses capacités de sous-traitance et de coordination des différents partenaires qui pourraient être impliqués dans la mise en œuvre.

v. Relations internes et coordination à l'intérieur du Ministère de la santé

Le PNLP est un des programmes coordonnés par la Direction de la Santé Communautaire (DSC) qui est rattachée à Direction Générale de la Santé. Il existe un mécanisme de coordination des différents programmes de la DSC mais avec des réunions irrégulières. Il n'existe pas de plan d'action intégrés des activités des programmes du DSC au niveau opérationnel.

vi. Coordination et principaux rôles des partenaires de RBM aux niveaux local et national

Il n'existe pas de comité national de lutte contre le paludisme. Cependant plusieurs partenaires dont ceux RBM sont impliqués dans la mise en œuvre des activités du programme de lutte à travers le comité de coordination mis en place avec la subvention du Round 6 du Fonds Mondial au niveau national et opérationnel. Il s'agit de renforcer ce partenariat et de rendre fonctionnel la coordination.

b. Besoins et requêtes pour permettre au PNLP de jouer son rôle

i. Principaux goulots d'étranglements et défis

1. Insuffisance des ressources humaines au niveau de l'unité de gestion ;
2. Environnement de travail du PNLP peu adéquat (Locaux, communication, internet, parc informatique...)
3. Insuffisance de la logistique pour les activités de supervision
4. Comité de lutte contre le paludisme inexistant ;
5. Faible niveau de contractualisation des activités avec des partenaires extérieurs ;

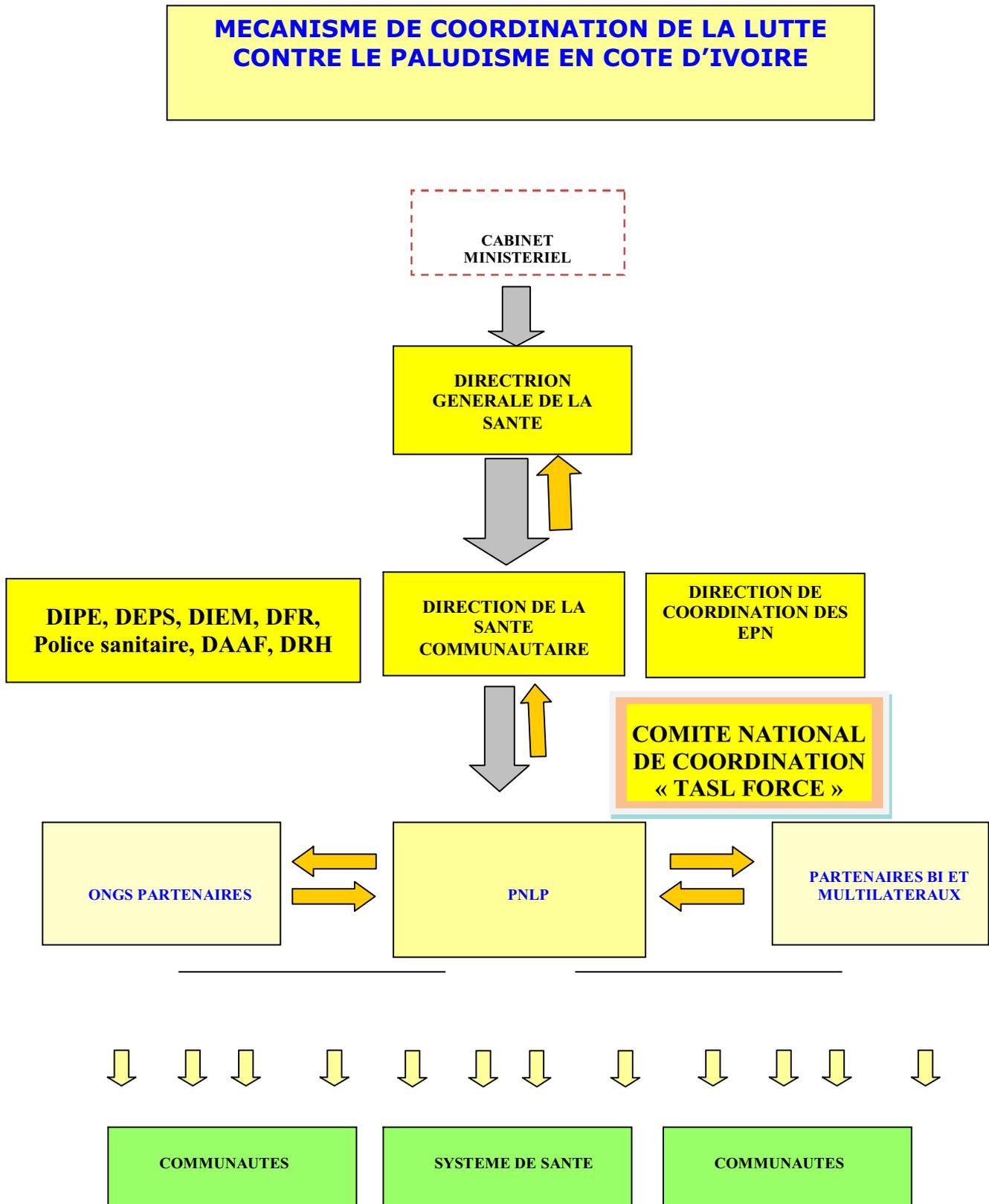
ii .Solutions proposées

1. Renforcement des capacités humaines et logistiques du PNLP ;
2. Amélioration de l'environnement de travail du PNLP ;
3. Création d'un comité national de lutte fonctionnel avec l'ensemble des partenaires de RBM
4. Améliorer les capacités d'absorption du PNLP par un renforcement des contractualisations avec les partenaires extérieurs
5. L'identification et la mobilisation d'une assistance technique de qualité

Tableau 20. Partenaires de RBM, rôles et couverture/ capacité de mise en œuvre

Partenaires	Rôle	Couverture/ capacité de mise en œuvre	Besoins d'appuis
OMS	Assistance technique	Couverture nationale	Appui financier du suivi-évaluation (réunions, atelier de formation, supervisions...)
UNICEF	Bailleurs de fonds/ Assistance technique	Couverture partielle du pays (zone centre ouest et nord). Appui à la mise en œuvre des activités	Renforcement de l'appui financier du suivi-évaluation (réunions, atelier de formation, supervisions...).
PSI	Assistance technique	Couverture partielle du pays (dans 19 districts). Promotion et distribution des MILDA	Renforcement de l'approvisionnement et de la gestion des MILDA. Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des activités à base communautaire
CARE	Assistance technique	Couverture partielle du pays (dans 19 districts). Appui à l'organisation et à la mise en œuvre des activités à base communautaire	Renforcement de l'organisation de la mise en œuvre des activités à base communautaire

Graphique 4. Mécanisme de coordination du partenariat PNL



7.2. Gestion des l'approvisionnements

a. Analyse de la Situation

i. Système de gestion de l'approvisionnement du Ministère de la santé.

L'approvisionnement en produits médicaux en Côte d'Ivoire relève de la centrale d'achat qu'est la PSP pour le secteur public et para public. Celle ci dispose d'un réseau national de distribution, de gestion et de suivi des produits médicaux, en collaboration avec les systèmes de contrôle de qualité agréés par le MSHP à travers la DPM et le LNSP.

La PSP fait face à une limitation de ses capacités de stockage en particulier pour le pré positionnement des MILDA. Grâce au financement du Fonds Mondial pour le 6ème Round ainsi qu'à l'appui d'autres partenaires, des moyens sont mis en place pour combler en partie les gaps consécutifs à la faiblesse d'approvisionnement en MILDA et en CTA.

Dans la perspective du passage à l'échelle des interventions et de la couverture universelle pour la prévention du paludisme, la proposition du 8ème Round prévoit le renforcement des structures étatiques (PSP, DPM, LNSP, Districts sanitaires) de gestion et de distribution des produits médicaux. C'est ainsi qu'un plan GAS a été développé. La mise en œuvre de ce plan fera intervenir plusieurs structures dont les ONGS partenaires et les autres services de santé.

ii. Système de gestion de l'approvisionnement de la société civile et du secteur privé

Le système de distribution de la société civile et du secteur privé est essentiellement constitué par les officines privées qui constituent une bonne complémentarité du système public dans la distribution des médicaments.

b. Besoins et requêtes pour permettre au PNLN de jouer son rôle

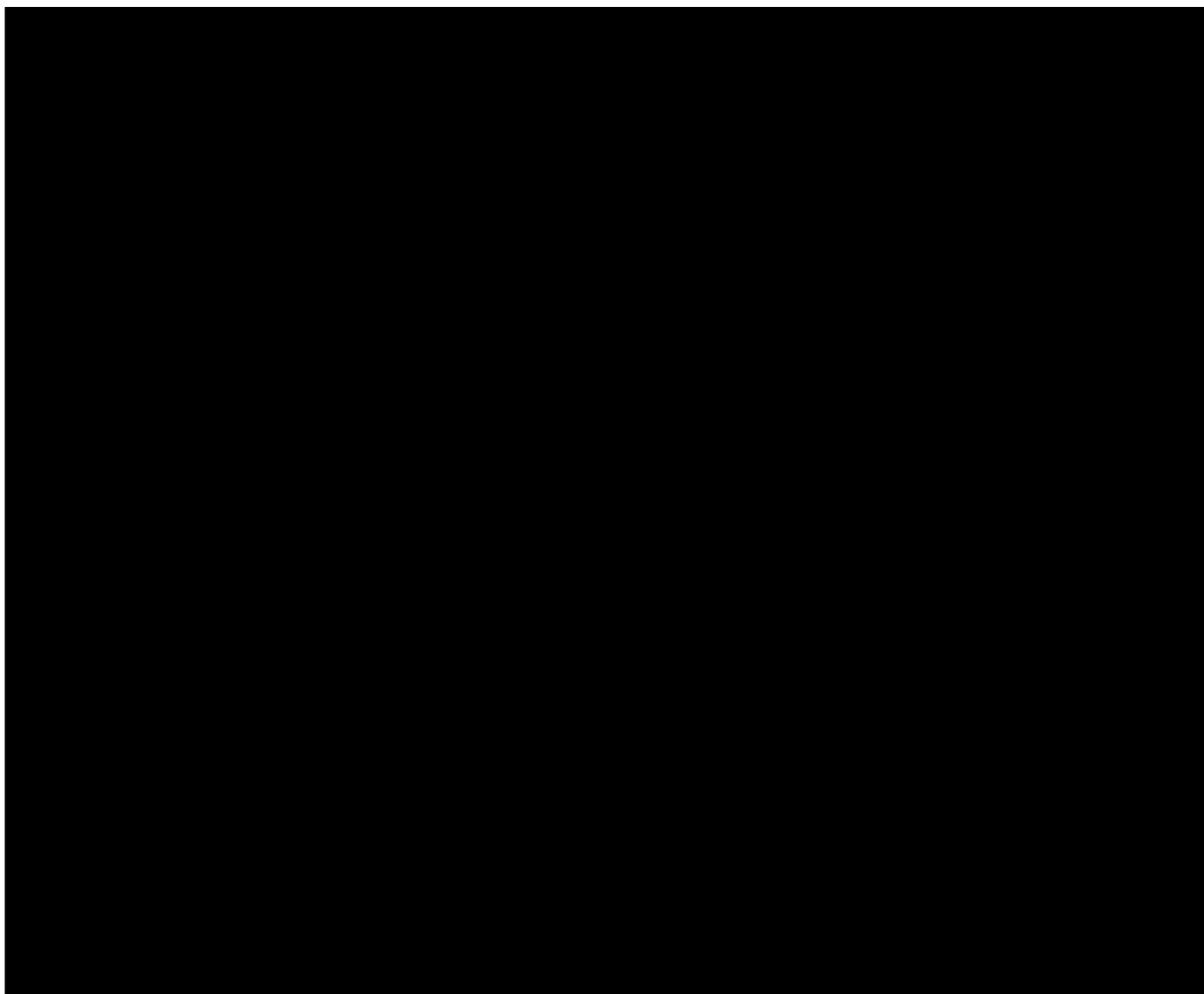
i. Principaux goulots d'étranglements et défis

La bonne gestion des ruptures de stock restent le principal défi du système d'approvisionnement de la PSP. Elle fait face à une trésorerie commune de ses recettes au niveau des caisses de l'Etat l'empêchant ainsi de renouveler convenablement ses stocks au niveau des districts.

ii. Solutions proposées

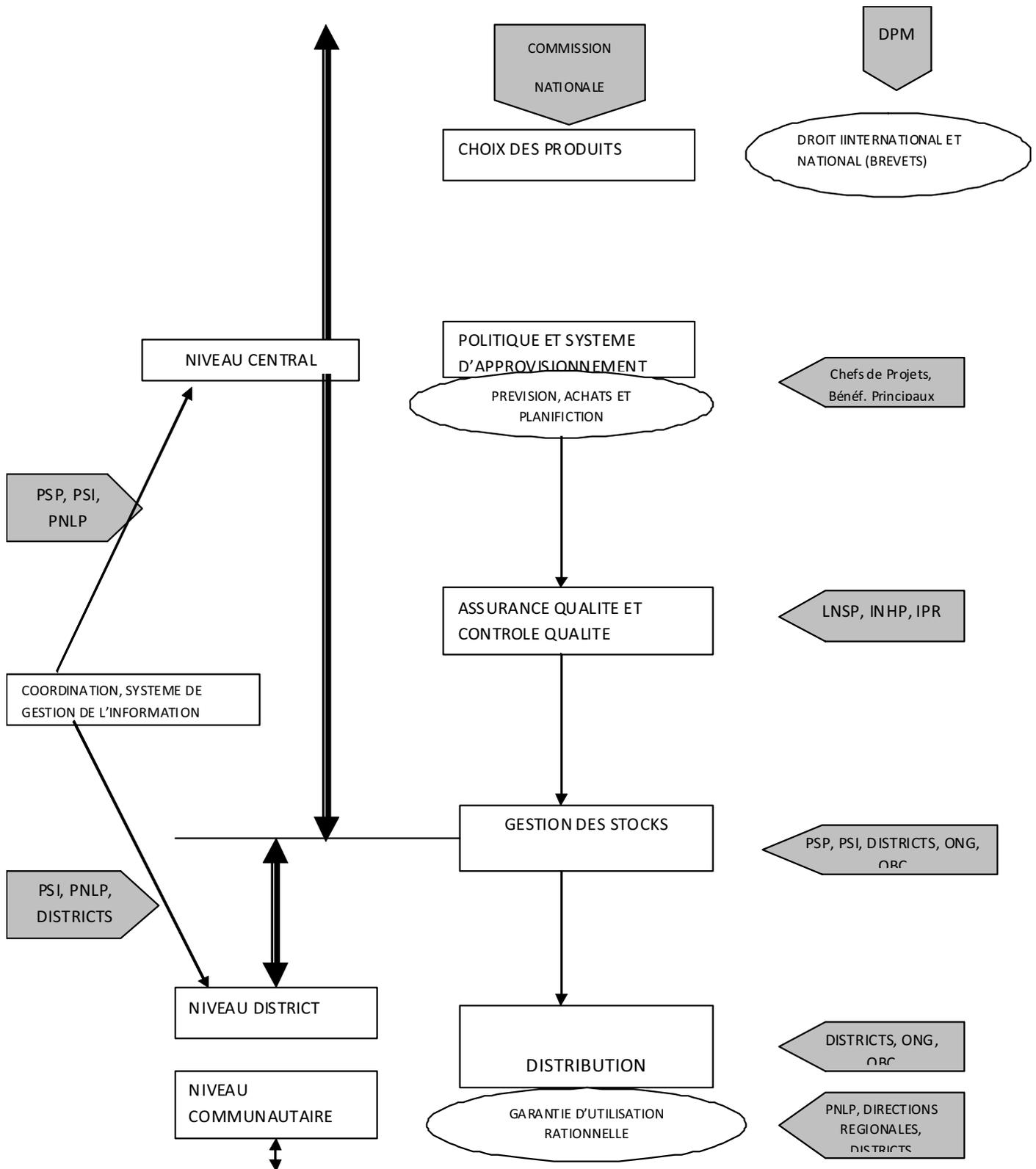
Avec le démarrage du round 6, la PSP a pu obtenir l'autorisation d'ouvrir un compte spécial pour chaque projet dont elle assure la gestion de l'approvisionnement. C'est ainsi qu'un système de recouvrement et de réinvestissement intégral pour des commodités est mis en place pour les fonds déjà disponibles pour la mise en œuvre des activités du PNLN.

Tableau 20b. Besoin financier pour la gestion de l'approvisionnement et la gestion de l'Unité de Coordination du PNLP



Ce tableau présente les coûts d'estimation de l'approvisionnement au niveau du secteur public et les coûts de gestion de l'Unité de coordination du PNLP.

Graphique 5 : Diagramme schématique montrant les systèmes de gestion de l'approvisionnement pour les principales interventions



7.3. Renforcement du Système de Santé

a. Analyse de la Situation

- i. Le système de santé publique
- ii. Les systèmes de santé à but lucratif et à but non lucratif
- iii. L'accès au système de santé
- iv. Ressources humaines: PNLP et les questions nationales
- v. Ressources humaines: au niveau régional et au niveau des structures chargées de l'offre de services
- vi. Ressources humaines: initiatives pour améliorer la situation des ressources humaines

b. Besoins et requêtes pour renforcer le système de santé

- i. Principaux goulots d'étranglements et défis
- ii. Solutions proposées

Graphique. Organigrammes au niveau du PNLP et du district décrivant les normes en personnel, le niveau actuel du personnel et les recommandations (si nécessaire) pour des postes additionnels.

Tableau 21. Normes en Personnel, Personnel Actuel et Besoins

Région/District/ Pays	Médecins	Cliniciens	Infirmiers	Aide infirmiers	Tech de Sante Environnementale	Pharmaciens	Techniciens de labo	ASC
District 1	A recueillir Sur terrain DRH							
Actuel								
Norme								
Ecart								
District 2								
Actuel								
Norme								
Ecart								
District 3								
Actuel								
Norme								
Ecart								
District 4								

Région/District/ Pays	Médecins	Cliniciens	Infirmiers	Aide infirmiers	Tech de Santé Environnementale	Pharmaciens	Techniciens de labo	ASC
Actuel								
Norme								
Ecart								
TOTAL ACTUEL								
TOTAL NORMES								
ECART TOTAL								

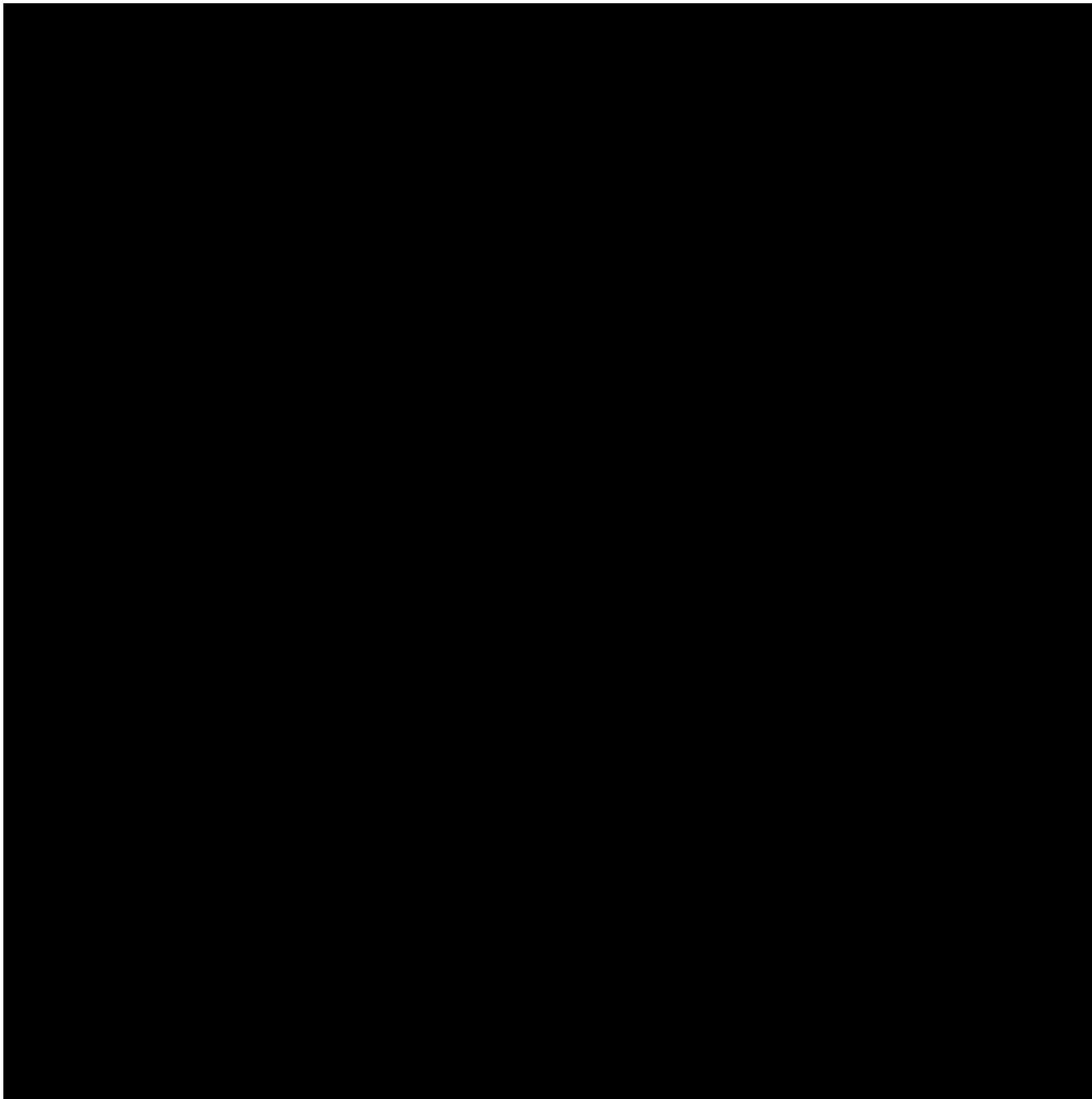
Le nom des districts doit être inséré dans le tableau. Il peut être important d'insérer une colonne de population si les normes sont données sous forme de ration. Présenter les normes et les écarts du niveau national pourraient être suffisantes si les données par districts ne sont pas disponibles.

Tableau 22. Structures de santé publique et infrastructures

Niveau/ Type	Structure de santé Niveau un (Premier Contact)			Structure de santé Niveau deux (Hôpitaux Généraux et Hôpitaux Régionaux)			Structure de santé Niveau trois (CHU)			Structure de santé Niveau trois			Services d'assistance		
	Publique	Société civile	Privé	Publique	Société civile	Privé	Publique	Civile société	Privé	Publique	Civile	Privé	Publique	Civile	Privé
Effectif Actuel	1562	22	130	79	5		8						19		
Norme															
Ecart															

*Les effectifs actuels, les normes et les écarts peuvent ne pas exister ou méconnues pour certains cas spécialement en ce qui concerne la société civile ou le secteur privé.

Tableau 22b. Besoin financier pour le renforcement du Système de Santé



Annexes

Annexe1: Liste des documents consultés		
NUM	Documents	Description
1	Document Population INS	Rapport sur la situation démographique et sanitaire du pays
2	RASS 1999- 2000 et 2001 - 2006	Rapport Annuel sur la situation Sanitaire, Publiée par le Ministère tous les ans
3	Publication ou rapport du CSRS	Publications scientifiques sur le paludisme en Côte d'Ivoire: Centre Suisse de Recherche Scientifique, Institut Pasteur...
4	Etude entomologique Palu INSP	Rapport d'étude de l'Institut National de Santé Publique
5	Liste des structures sanitaires privées DEPS	Document publié par le ministère sur la liste des Structures sanitaires privées
6	Plan Nationalm de Développement Sanitaire (PNDS); Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (DSRP)	Documents de Politique sanitaire du pays
7	Plan stratégique; Plan ded Suivi Evalution; Plan de Communication du PNLP	Documents de Politique du PNLP
8	Rapport PNLP	Rapports d'enquete, de supervison du PNLP
9	Enquête CAP	
10	Rapport Analyse Situationnelle	
11	Proposition FM Round 6	Proposition développée par le pays pour la lutte contre le paludisme au Fonds Mondial
12	Proposition RSS GAVI	Proposition développée par le pays pour le Renforcement du Système de Santé à GAVI
13	Rapport SRPF	Rapport d'activités du Service de la Reproduction et de Planification Familiale
14	Documents de planification PSI (round 6); Documents de planification UNICEF et Rapport technique; PEPFAR;	Plan d'action et rapports des partenaires sur la période 2008 - 2013

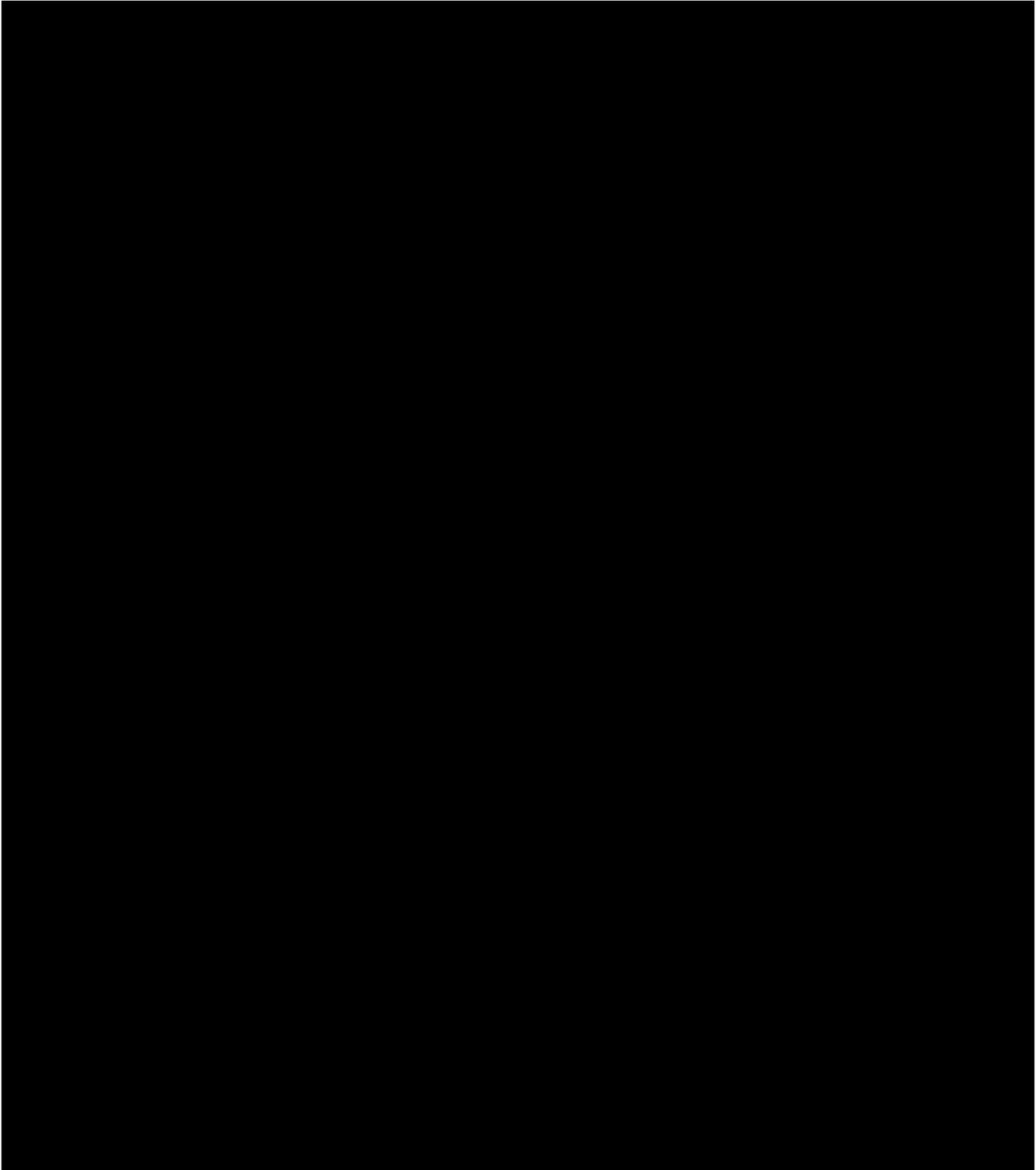
Annexe 2: plan d'action		
DATE	ACTIVITES	SUIVI / EVALUATION
Mardi 13/05/2008	Revue documentaire	Liste des documents disponibles
	Liste des documents	Outils NA partagés
	Constitution des groupes	Groupes constitués
	Stratégie de collecte des indicateurs	
	Elaboration agenda	Agenda élaboré
Mercredi 14 Mai	Collecte des documents	Documents disponibles
	Remplissage outils de travail	Début de remplissage des outils effectif
	Identification stratégique de mise en œuvre	Stratégies additionnelles identifiées
Jeudi 15 Mai	Collecte des indicateurs sur le terrain (données manquantes)	Collecte des données manquantes effective
	Groupe de travail pour remplissage documents et rapport (qualitatif)	Remplissage outils (suite)
Vendredi 16 Mai	Groupe de travail pour remplissage documents et rapport	Début Développement rapport
	Etat sur les données manquantes	Complément données disponibles
Samedi 17 Mai	Remplissage de documents (suite)	Développement rapport NA
	Revue documentaire	Développement rapport NA
20 mai au 03 juin 2008	Remplissage de documents (suite)	Développement rapport NA
	Revue documentaire (Suite)	Développement rapport NA
09 au 21 juin 2008	Remplissage de documents (suite)	Développement rapport NA
	Revue documentaire (Suite)	Développement rapport NA
22 au 30 juin 2008	Finalisation du Draft 1 rapport	Draft 1 Rapport développé et disponible au niveau pays et envoyé à RBM

Annexe 3: processus d'élaboration du Need Assessment									
N°	Activités	Période	Ressources Humaines (* Responsable)	Ressources Matérielles	Ressources Financières (\$US)	Résultats Attendus	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Hypothèse	
1	Réunion de Restitution et de partage au PNLP	Vendredi 9 mai 2008	Equipe réunion Dakar	Documents / Outils du NA	PM	Informations sur le Projet partagées	Nombre d'agents briefés sur le nombre prévu	Indisponibilité des responsables du PNLP	
5	Identification de l'assistance technique (consultant international)	Lundi 12 au Vendredi 30 mai 2008	PNLP, Partenaires	TDR	PM	Consultant sélectionné	Contrat du consultant signé	Absence de candidat répondant aux critères retenus	
6	Mobilisation des ressources (envoi de la requête à WARN)	Mardi 13 mai 2008	DC-PNLP	Formulaire de demande de fonds EU	PM	Formulaire rempli	Formulaire signé	Disponibilité du président du CCM	
3	Atelier d'élaboration du Need assessment	Mardi 13 au 17 mai 2008	Equipe d'élaboration du NA/consultants	Documents / Outils du NA	15 000	draft NA élaboré	Draft de NA disponible	Indisponibilité de certaines personnes ressources	

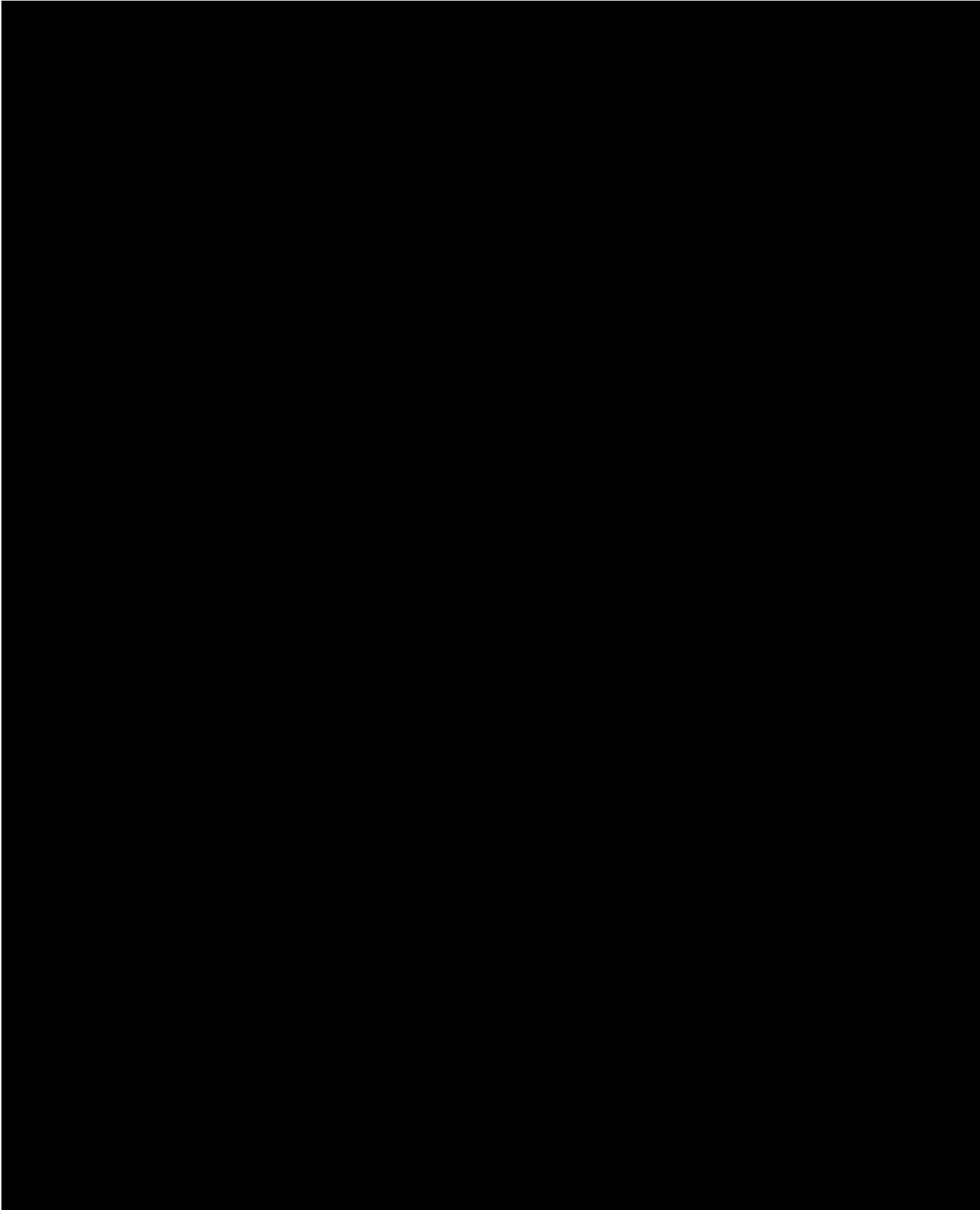
2	Identification des partenaires, des institutions et choix des zones opérationnelles à visiter	Vendredi 9 mai 2008	PNLP, Partenaires	Documents information au niveau du PNL	PM	Partenaires, institutions et zones identifiées	Listes des partenaires, des institutions et des districts disponibles	Indisponibilité de certaines membres du groupe de travail
	Prise en charge du consultant national	du 9 au 24 mai et du 10 au 12 juin (17 jours)			5000			
9	Collecte des données manquantes au niveau national et districts (visite de terrain)	jeudi 15 au vendredi 16 mai 2008	Consultants et groupe de travail	Questionnaire, logistique	25 000	Informations collectées au niveau des différents partenaires	Nombre de rapports déposés sur le nombre prévu	Indisponibilité de certains partenaires
7	Réception de fonds du NA de WARN	Mardi 20 mai 2008	PNLP, Partenaires	Requêtes adressées aux partenaires	PM	Ressources disponibles mises à disposition	Ressources disponibles/ressources prévues	Retard de l'attribution et l'engagement des ressources
13	Finalisation du rapport du NA	du 17 au 24 mai 2008	Consultants et groupe de travail	Draft et commentaires	PM	Rapport finalisé	Document de rapport distribué	-

14	Briefing CCM sur résultats du NA	mardi 10 juin 2008	PNLP, Consultants	Rapport NA	PM	Réunion de briefing tenue	Rapport de Briefing	Disponibilité des membres du CCM
4	Journée de validation du NA (avec couverture médiatique)	jeudi 12 juin 2008	Coordonnateur PNL et staff 20 personnes	Document NA	5 000	NA validé	Rapport de réunion disponible	Indisponibilité de certaines personnes ressources
15	Finalisation de la proposition du round 8	du 1er au 30 juin	Consultants et groupe de travail	Proposition FM	PM	Proposition round 8 élaborée	Proposition round 8 disponible	
	Developpement du business plan	du 7 au 30 juillet	Consultants et groupe de travail	Business plan	20 000	Business plan développé	Business plan disponible	
TOTAL					70 000			

Annexe 4: Besoins en approvisionnement et gestion de l'unité de coordination



Annexe 5: Besoins de renforcement du système de santé



Annexe 6 : Statistiques Démographiques et Socio Economiques (Côte d'Ivoire 1990 -2006)

Indicateurs de Base	
Classement selon le TMM5	26
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 1990	153
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 2006	127
Taux de mortalité infantile (moins d'un an), 1990	105
Taux de mortalité infantile (moins d'un an), 2006	90
Taux de mortalité néonatale, 2000	65
Population totale (milliers), 2006	18 914
Nombre annuel de naissances (milliers), 2006	684
Nombre annuel de décès des moins de 5 ans (milliers), 2006	87
RNB par habitant (\$EU), 2006	870
Espérance de vie à la naissance (années), 2006	48
Taux d'alphabétisation des adultes, 2000-2005*	49
Taux nets de scolarisation/fréquentation à l'école primaire (%), 2000-2006*	62
Part du revenu des ménages (%) 1995-2004*, les 40% les plus pauvres	14
Part du revenu des ménages (%) 1995-2004*, les 20% les plus riches	51
Définitions et sources principales [popup]	
Nutrition	
% de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance 1999-2006*	17
% d'enfants nourris au sein (2000-2006*), exclusivement (<6 mois)	4
% d'enfants nourris au sein (2000-2006*), plus aliments de sevrage (6-9 mois)	54
% d'enfants nourris au sein (2000-2006*), encore allaités (20-23	37

mois)	
-------	--

Santé	
--------------	--

% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2006)* souffrant d'insuffisance pondérale, modérée et grave	20
% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2006)* souffrant d'insuffisance pondérale, grave	4
% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2006)* souffrant d'émaciation, modérée et grave	7
% d'enfants de moins de 5 ans (2000-2006)* souffrant de retard de croissance, grave	34
Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2005, Au moins une dose [‡] (%)	95
Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (6-59 mois) 2005, couverture totale? (%)	89
% de ménages consommant du sel iodé, 2000-2006*	84

% de la population utilisant des sources d'eau potable améliorées, 2004, totale	84
% de la population ayant accès à des installations d'assainissement adéquates, 2004, totale	37
% de vaccins PEV réguliers financés par l'Etat, 2006, totale	28
Vaccination 2006, Enfants d'un an vaccinés contre :TB. Vaccins correspondants, BCG	77
Vaccination 2006, Enfants d'un an vaccinés contre : DTC.Vaccins correspondants, DPT1B	95
Vaccination 2006, Enfants d'un an vaccinés contre : DTC. Vaccins correspondants, DPT3B	77
Vaccination 2006, Enfants d'un an vaccinés contre : polio. Vaccins correspondants, polio3	76
Vaccination 2006, Enfants d'un an vaccinés contre : rougeole. Vaccins correspondants, rougeole	73
Vaccination 2006, Enfants d'un an vaccinés contre : HepB. Vaccins correspondants, HepB3	77
% de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et ayant consulté un agent de santé qualifié±, 2000-2006*	35
% d'enfants de moins de 5 ans présumés atteints d'une pneumonie et recevant des antibiotiques±, 2000-2006*	19
% de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et bénéficiant d'une réhydratation orale et d'une alimentation en continu, 2000-2006*	45
Paludisme 2003-2006*, % de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire	17
Paludisme 2003-2006*, % de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	6
Paludisme 2003-2006*, % de moins de 5 ans atteints de fièvre et recevant des médicaments antipaludiques	36

HIV / AIDS	
Estimation du taux de prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans), fin 2005	7.1
Estimated number of people (all ages) living with HIV, 2005 (thousands), estimation	750
"Estimated number of people (all ages) living with HIV, 2005 (thousands), estimation basse"	470
"Estimated number of people (all ages) living with HIV, 2005 (thousands), estimation haute"	1000
Transmission de la mère à l'enfant: Nombre estimatif de femmes (âgées de plus de 15 ans) vivant avec le VIH , 2005 (milliers)	400
Transmission de la mère à l'enfant: Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) dans la capitale, année	2002
Transmission de la mère à l'enfant: Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes jeunes (15-24 ans) dans la capitale, médiane	5.2
Infections pédiatriques: Nombre estimatif d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, 2005 (milliers)	74
Prévention chez les jeunes, Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2005, Hommes	0.3
Prévention chez les jeunes, Taux de prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans), 2005, Femmes	2.4
Prévention chez les jeunes, Connaissance d'ensemble du VIH (%), 2000-2006*, Hommes	28
Prévention chez les jeunes, Connaissance d'ensemble du VIH (%), 2000-2006*, Femmes	18
Prévention chez les jeunes, Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risques (%), 2000-2006*, Hommes	53
Prévention chez les jeunes, Utilisation d'un préservatif lors des derniers rapports sexuels à risques (%), 2000-2006*, Femmes	39
Orphelins, Enfants (0-17 ans). orphelins à cause du SIDA, 2005, estimation (milliers)	450
Orphelins, Enfants (0-17 ans). orphelins, toutes causes confondues, 2005, estimation (milliers)	1400
Orphelins, Taux de fréquentation scolaire des orphelins, 2000-2006*	121
Définitions et sources principales [popup]	

Education	
Youth (15-24 years) literacy rate, 2000-2006*, Hommes	71
Youth (15-24 years) literacy rate, 2000-2006*, Femmes	52
Nombres pour 100 personnes 2005, Téléphones	14
Nombres pour 100 personnes 2005, Utilisation d'Internet	1
Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2006*, brut, Hommes	80
Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2006*, brut, Femmes	63
Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2006*, net, Hommes	62
Taux de scolarisation dans le primaire 2000-2006*, net, Femmes	50
Taux net de fréquentation dans le primaire (2000-2006*), net, Hommes	66
Taux net de fréquentation dans le primaire (2000-2006*), net, Femmes	57
% d'enfants entrés en première année atteignant la cinquième 2000-2006*, Données admin.	88
% d'enfants entrés en première année atteignant la cinquième 2000-2006*, Données de l'enquête	92
Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2006*, brut, Hommes	32
Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2006*, brut, Femmes	18
Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2006*, net, Hommes	26
Taux de scolarisation dans le secondaire 2000-2006*, net, Femmes	15
Taux de fréquentation dans le secondaire (2000-2006*), net, Hommes	32
Taux de fréquentation dans le secondaire (2000-2006*), net, Femmes	22
Définitions et sources principales [popup]	
Indicateurs démographiques	
Population (milliers), 2006, moins de 18 ans	9179
Population (milliers), 2006, moins de 5 ans	2849

Taux annuel d'accroissement démographique (%), 1970-1990	4.4
Taux annuel d'accroissement démographique (%), 1990-2006	2.5
Taux brut de mortalité, 1970	18
Taux brut de mortalité, 1990	13
Taux brut de mortalité, 2006	16
Taux brut de natalité, 1970	51
Taux brut de natalité, 1990	45
Taux brut de natalité, 2006	36
Espérance de vie, 1970	49
Espérance de vie, 1990	54
Espérance de vie, 2006	48
Indice synthétique de fécondité, 2006	4.6
% de la population urbanisée, 2006	45
Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%), 1970-1990	6.1
Taux annuel moyen d'accroissement de la population urbaine (%), 1990-2006	3.3
Définitions et sources principales [popup]	
Indicateurs Économiques	
RNB par habitant (\$EU), 2006	870
Taux annuel moyen de croissance du PIB (%), 1970-1990	-1.9
Taux annuel moyen de croissance du PIB (%), 1990-2006	-0.5
Taux annuel moyen d'inflation (%), 1990-2006	6
% de la population ayant moins de 1 dollar EU par jour, 1995-2005*	15
% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1994-2005*), Santé	4
% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1994-2005*), Education	21
% des dépenses du gouvernement central affecté aux secteurs : (1994-2005*), Défense	4
APD totale reçue en millions de \$ EU, 2005	119
APD totale reçue en % du RNB du pays bénéficiaire, 2005	1
Service de la dette en % des exportations de biens et de services, 1990	26

Service de la dette en % des exportations de biens et de services, 2005	4
Définitions et sources principales [popup]	
Femmes	
Espérance de vie des femmes en % de celle des hommes, 2006	104
Taux d'alphabétisation des femmes adultes en % de celui des hommes, 2000-2006*	64
Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons, net primaire 2000-2006*, scolarisées	81
Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons, net primaire 2000-2006*, qui fréquentent	86
Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons, net secondaire 2000-2006*, scolarisées	58
Taux de scolarisation et de fréquentation des filles en % de celui des garçons, net secondaire 2000-2006*, qui fréquentent	69
Taux d'emploi des contraceptifs (%), 2000-2006*	13
Taux de couverture pour les soins prénatals (%), 2000-2006*	85
Accouchements assistés par du personnel soignant qualifié (%), 2000-2006*	57
Accouchements en institutions (%), 2000-2006*	54
Ratio mortalité maternelle [†] , 2000-2006*, déclarée	540
Ratio mortalité maternelle [†] , 2005, ajustée	810
Ratio mortalité maternelle [†] , 2005, risque de décès maternel sur la vie entière. 1 sur :	27
Définitions et sources principales [popup]	
Protection des Enfants	
Travail des enfants (5-14 ans) 1999-2006*, total	35
Travail des enfants (5-14 ans) 1999-2006*, Garçons	36
Travail des enfants (5-14 ans) 1999-2006*, Filles	34
Mariage d'enfants 1987-2006*, total	35

Mariage d'enfants 1987-2006*, En milieu urbain	27
Mariage d'enfants 1987-2006*, En milieu rural	43
Enregistrement des naissances 1999-2006?, total	55
Enregistrement des naissances 1999-2006?, En milieu urbain	79
Enregistrement des naissances 1999-2006?, En milieu rural	41
Mutilations génitales féminines/excision 1997-2006*, Femmesa (15-49 ans) , total	36
Mutilations génitales féminines/excision 1997-2006*, Femmesa (15-49 ans) , En milieu urbain	34
Mutilations génitales féminines/excision 1997-2006*, Femmesa (15-49 ans) , En milieu rural	39
Mutilations génitales féminines/excision 1997-2006*, fillesb, total	9
Attitudes face à la violence familiale 1999-2006*, total	65
Enfants handicapés 1999-2006*, total	-
Discipline imposée aux enfants 2005-2006*, total	90
Définitions et sources principales [popup]	
Le Taux du Progrès	
Classement selon le TMM5	26
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 1970	237
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 1990	153
Taux de mortalité des moins de 5 ans, 2006	127
Taux annuel moyen de régression (%)T, 1970-1990	2.2
Taux annuel moyen de régression (%)T, 1990-2006	1.2
Régression depuis 1990 (%)T	17
Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%), 1970-1990	-1.9
Taux annuel de croissance du PIB par habitant (%), 1990-2006	-0.5
Indice synthétique de fécondité, 1970	7.4

Indice synthétique de fécondité, 1990	6.6
Indice synthétique de fécondité, 2006	4.6
Taux annuel moyen de régression (%), 1970-1990	0.5
Taux annuel moyen de régression (%), 1990-2006	2.2
Définitions et sources principales [popup]	