

Formulaire de demande : Soutien au renforcement du système de santé (RSS) en 2016

Date butoir pour le dépôt de la demande :

15 janvier 2016

1 mai 2016

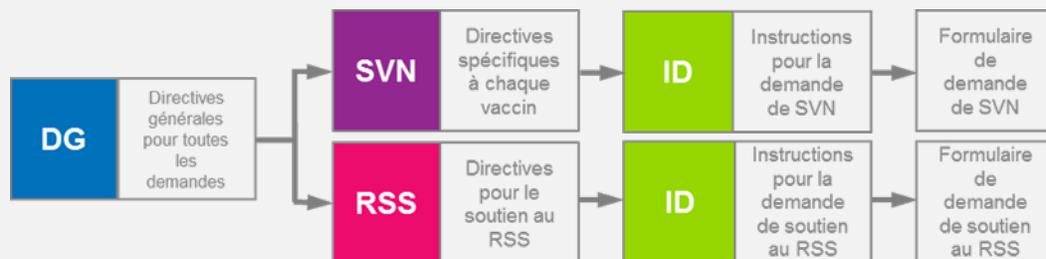
9 septembre 2016

Date du document : Octobre 2015

(Le présent document remplace toutes les versions ultérieures)

Dossier de demande pour 2016 :

Il est conseillé aux pays faisant une demande de soutien de tout type à Gavi en 2016, de consulter les documents suivants dans l'ordre dans lequel ils sont présentés ci-dessous :



Formulaire de demande de soutien au RSS

But de ce document :

Ce formulaire doit être rempli pour faire une demande de soutien au RSS de Gavi. Les demandeurs sont tenus de lire les instructions concernant la demande de RSS avant de remplir ce formulaire, et sont priés de se reporter à ces instructions tout en complétant le formulaire de demande. Les demandeurs doivent d'abord lire les directives générales pour tous les types de soutien, ainsi que les directives concernant le RSS avant de remplir ce document.

Le formulaire de demande, ainsi que toute annexe, doivent être soumis en anglais, en français, en portugais, en espagnol ou en russe.

Liens internet et coordonnées :

Tous les dossiers de demande sont disponibles sur la page web de demande de soutien de Gavi : www.gavi.org/soutien/demandes/. Pour toute question concernant les directives au sujet d'une demande, veuillez contacter applications@gavi.org ou votre gestionnaire de programmes pays.

SOMMAIRE

Partie A: Résumé du soutien demandé et renseignements sur le candidat.....	1
1. Renseignements sur le candidat.....	1
2. Processus de l'élaboration de la demande (maximum 2 pages)	1
3. Signatures.....	3
4. Résumé analytique (maximum 2 pages)	4
5. Acronymes.....	6
Partie B : Informations générales	8
6. Description du secteur de la santé national.....	8
7. Plan National de Développement Sanitaire et son lien avec le PPAC	8
8. Plan de suivi et d'évaluation dans le cadre du PNDS	10
9. Alignement avec les programmes de financement basés sur les résultats	12
Partie C : Détails de la demande	13
10. Goulots d'étranglement au niveau du système de santé pour atteindre les résultats en matière de vaccination.....	13
11. Goulots d'étranglement au niveau du système de santé ciblés par le soutien au RSS de Gavi.....	16
12. Objectifs du PNDS et de la demande de soutien.....	17
13. Description des activités	18
14. Chaîne des résultats	20
15. Suivi et évaluation.....	24
16. Option de vérification des données FBP.....	25
Partie D : Plan de travail, budget et analyse des écarts	26
17. Plan de travail détaillé, descriptif du budget et analyse des écarts	26
18. Pérennité.....	27
Partie E : Modalités de mise en œuvre et d'atténuation des risques	28
19. Modalités de mise en œuvre.....	28
20. Participation des organisations de la société civile.....	30
21. Risques et mesures d'atténuation.....	31
22. Gestion financière et approvisionnement.....	33

PARTIE A: RÉSUMÉ DU SOUTIEN DEMANDÉ ET RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT

1. Renseignements sur le candidat	
Financement total demandé à Gavi (en \$ US)	<i>Ceci doit correspondre exactement au budget demandé à la question 17 (budget détaillé).</i>
Votre pays a-t-il finalisé et approuvé le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	<i>Indiquer l'année de fin du PNDS : 2020 Fournir obligatoirement l'annexe n° 8 : PNDS</i>
Votre pays a-t-il finalisé et approuvé le plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	<i>Indiquer l'année de fin du PPAC : 2020 Fournir obligatoirement l'annexe n° 11 : PPAC</i>
Date proposée pour le début de la subvention de RSS :	<i>Indiquer le mois et l'année de la date prévue pour le début de la subvention : 01 Mars 2017</i>
Date de fin de la subvention de RSS proposée :	<i>Indiquer le mois et l'année de la date prévue pour la fin de la subvention. 31 décembre 2021</i>
Planification de l'évaluation conjointe :	<i>Indiquer le moment de l'année où l'évaluation conjointe sera menée, et à quel panel d'examen de haut niveau l'évaluation conjointe sera soumise. Période 1^{ère} évaluation conjointe : Juin 2017 Périodicité des évaluations conjointe : annuelle Panel :</i>

2. Processus de l'élaboration de la demande (maximum 2 pages)

La Côte d'Ivoire a élaboré en 2008, sa première proposition de renforcement de système de santé (RSS) par Gavi, l'Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins. Cette proposition venait en complément au programme de Soutien aux Services de Vaccination (SSV) dont la Côte d'Ivoire bénéficiait depuis 2001. Après 3 années de suspension (2011, 2012 et 2013), un nouveau plan de travail a été défini en 2014. Ce plan, qui prenait en compte les besoins nouveaux en rapport avec la crise post-électorale avait pour objectif majeur d'améliorer la couverture vaccinale, par le renforcement des capacités logistiques au niveau régional et district y compris les centres de santé ; et par le renforcement des activités de suivi et de gestion.

Dans le cadre de la flexibilité accordée à la Côte d'Ivoire par Gavi, une feuille de route dénommée : « *l'approche taillée sur mesure* » a été élaborée en 2015. Elle prenait en compte tous les financements Gavi disponibles dans le pays et les tranches à venir (RSS, SSV, SVN, SSI).

La mise en œuvre du RSS1 et de façon générale de la feuille de route a contribué à accroître les moyens de déplacement et donc la mobilité des acteurs des régions sanitaires de 40 à 97%. En effet, 74 véhicules de supervision ont été mis à disposition des directeurs régionaux et départementaux de la santé et 724 motos aux responsables des aires sanitaires pour la réalisation des stratégies avancées. Aussi ce RSS à travers la feuille de route, a contribué à améliorer : (i) le financement de la stratégie « Atteindre Chaque Communauté (ACC) », (ii) la disponibilité des vaccins et (iii) l'offre de la vaccination dans toutes les régions sanitaires et couches sociales de la Côte d'Ivoire. La mise en œuvre de la feuille de route a également contribué à améliorer les capacités de stockage de la chaîne du froid, la qualité des données de vaccination et les couvertures vaccinales en 2015.

Au regard de ces résultats et devant la nécessité de consolider les acquis, la Côte d'Ivoire a sollicité et obtenu la possibilité de soumettre une nouvelle proposition du RSS qui couvrira la période 2017-2021. L'élaboration de la présente proposition s'est faite en 5 étapes d'avril à septembre 2016. L'ensemble de ce processus a été conduit avec la participation de la DCPEV et des partenaires techniques et financiers (PTF), à savoir : l'OMS, l'UNICEF et l'AMP.

Première étape : Lancement du processus d'élaboration

Cette activité a vu la participation des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du RSS en Côte d'Ivoire, à savoir :

- les structures techniques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique : la Direction Générale de la Santé, les Directions centrales, les Établissements Publics Nationaux (EPN) de santé et les Directions de Coordination des programmes de santé, en particulier la Direction de Coordination du Programme

- les structures techniques des autres Ministères (Cabinet du 1^{er} Ministre, Ministère chargé de l'Économie et des Finances, Ministère chargé du Budget, Ministère du Plan et du Développement) ;
- une organisation de la société civile, la Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire (FENOS-CI) ;
- les Unités de Recherche et de Formation en santé (UFR des Sciences médicales, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques) ;
- les partenaires techniques et financiers du Ministère de la Santé (OMS, UNICEF) ;
- le partenaire de mise en œuvre : Agence de Médecine Préventive (AMP).

À l'issue de ce lancement, 17 groupes thématiques composés des structures du Ministère en charge de la santé, notamment les Directions Centrales, les Programmes de Santé, les établissements publics nationaux, les Directions Régionales et les Directions Départementales du Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique (MSHP) ont été constitués afin de faire des propositions d'activités en lien avec les différentes thématiques et les différents goulots d'étranglement.

Sous la conduite de la Direction Générale de la Santé, un secrétariat technique composé de 22 membres issus du MSHP (Direction Générale de la Santé (DGS) ; Direction des Affaires Financières (DAF), Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS) ; Institut National de Santé Publique (INSP) ; Institut National d'Hygiène Publique (INHP) ; Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination (DCPEV), Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique (PNDAP)) ; de certains ministères techniques (Cabinet du 1^{er} Ministre, Ministère chargé de l'Économie et des Finances, Ministère du Plan et du Développement) ; et de la société civile à travers sa faitière : la FENOS-CI ; a été mis en place. Ce secrétariat avait pour mission de coordonner le processus d'élaboration de la proposition RSS2.

Ces groupes thématiques rendaient compte au secrétariat technique qui est sous la coupole du groupe thématique restreint (GTR). Par la suite le GTR rendait compte régulièrement au CCIA.

Deuxième étape : Définition des axes stratégiques et des objectifs

Les axes stratégiques et les objectifs ont été définis à l'issue d'un atelier regroupant les membres du secrétariat technique, les organisations de la société civile et les partenaires techniques et financiers. Cet atelier a permis de dégager 7 objectifs qui s'alignent sur les priorités du PNDS 2016-2020, et du PPAC 2016-2020.

Troisième étape : Rédaction du draft de la proposition

Le secrétariat technique a été subdivisé en 6 commissions. Chaque commission avait à proposer une partie narrative conformément au canevas de soumission de la proposition. Ce qui a permis d'obtenir un premier draft qui a été consolidé au cours d'un atelier, avec la participation des membres du secrétariat technique et des partenaires. Dans le cadre de l'évaluation conjointe des programmes Gavi 2016, un atelier d'harmonisation des financements des interventions des PTF a été organisé et a permis de mieux cibler les activités à financer par Gavi pour cette proposition.

Après la production du premier draft de la proposition, celui-ci a été partagée à toutes les parties prenantes (Société civile, PTF, Cabinet du 1^{er} Ministre, Ministère en charge de l'économie et des finances, Ministère du plan et du développement, les structures déconcentrées et décentralisées du Ministère en charge de la santé).

Quatrième étape : Finalisation de la proposition

Elle s'est faite au cours d'un atelier réunissant le secrétariat technique et les autres parties prenantes (Société civile, PTF, Cabinet du 1^{er} Ministre, Ministère en charge de l'économie et des finances, Ministère du plan et du développement, les structures déconcentrées et décentralisées du Ministère en charge de la santé) qui ont donné leur avis sur la proposition et leur expérience du terrain pour sa mise en œuvre optimale. Les représentants de toutes ces structures y compris ceux de la DCPEV ont été répartis dans chacun des groupes constitués pour la validation de la proposition. Le document issu de l'atelier a été partagé par le secrétariat technique avec le cabinet du Ministre en charge de la santé, les partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, AMP), la société civile (FENOS-CI) et le secrétariat de Gavi pour avis et commentaires. Leurs recommandations ont été prises en compte, ce qui nous a permis de retenir en définitive 4 objectifs pour cette proposition. Ensuite, la proposition a été présentée au GTR, dont le secrétariat est assuré par la DCPEV, en prélude à la validation du document par le CCIA.

Cinquième étape : Validation et soumission de la proposition à Gavi

Après sa validation par le CCIA au cours de sa session du 01 septembre 2016, la proposition RSS2 de la Côte d'Ivoire a été soumise sur le portail de Gavi.

Tout le long du processus de rédaction de cette proposition, une assistance technique régulière et soutenue a été fournie par les partenaires de l'Alliance (OMS, UNICEF) et l'AMP, à travers leurs contributions pertinentes aux différents drafts produits.

3. Signatures

3a. L'approbation du gouvernement

Comprend l'approbation par le ministère de la Santé et par le ministère des Finances de la proposition de RSS – **Annexe n° 2 obligatoire.**

Nous, soussignés, affirmons que les objectifs et les activités de la proposition de Gavi sont parfaitement alignés avec le plan stratégique sanitaire national (ou équivalent), et que les fonds pour la mise en œuvre de toutes les activités, y compris les fonds nationaux et tout co-financement nécessaire pour les vaccins, seront inclus dans le budget annuel du ministère de la Santé.

Le Ministre de la Santé (ou son délégué)

Nom :

Signature :

Le Ministre des Finances (ou son délégué)

Nom :

Signature :

Date :

Date :

3b. Approbation du comité de coordination du secteur de la santé (CCSS)

Inclure l'approbation officielle du CCSS pour la proposition de RSS - **Annexe obligatoire n° 3**

Inclure la signature de chacun des membres du comité présents ainsi que la date.

Annexe obligatoire n° 3 : Approbation de la proposition de RSS par le CCSS

Nous, membres du CCSS, ou comité équivalent, nous sommes réunis le _____ (date) pour examiner cette proposition. Lors de cette réunion, nous avons approuvé cette proposition sur la base des pièces justificatives ci-jointes. Le procès-verbal de la réunion approuvant cette proposition est jointe à la présente demande.

Veuillez donner la liste de tous les membres du CCSS	Titre / Organisation	Nom	Signer ci-dessous pour confirmer :	
			Participation à la réunion durant laquelle la proposition a été approuvée	Approbation du procès-verbal où la proposition a été discutée
Président(e)				
Secrétaire				
Membres du MdS				
Partenaires de développement				
Membres de l'OSC				
OMS				
UNICEF				
Autres				

4. Résumé analytique (maximum 2 pages)

La demande de subvention RSS2 à Gavi vise à renforcer la performance du système de santé de la Côte d'Ivoire à travers les activités de vaccination. A cet effet, la présente proposition adresse les goulots d'étranglement prioritaires du système de santé qui affectent les résultats de la vaccination à savoir : (i) *insuffisance dans les prestations des soins de santé, (ii) disparités géographique et socio-économique en matière de vaccination, (iii) faible implication de la communauté dans la mise en œuvre des programmes et projets de santé, (iv) insuffisance dans la qualité et l'utilisation des données produites par le système d'information sanitaire, et (v) faible capacité de stockage et de gestion des produits de santé y compris les vaccins.*

Cette proposition s'aligne sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 et le Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) 2016-2020 du PEV.

Son objectif général est de contribuer à l'amélioration de la couverture vaccinale grâce à la mise en place d'un système de santé fonctionnel, permettant aux activités de vaccination d'être conduites convenablement. De façon spécifique, 4 objectifs sous-tendent cette proposition et visent d'ici fin 2021 à :

1. Renforcer l'offre des services de vaccination en stratégie avancée et mobile y compris les postes avancés dans les 29 districts sanitaires ciblés;
2. Renforcer la demande des services de vaccination dans 29 districts sanitaires ciblés ;
3. Améliorer la qualité et l'utilisation des données de vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. ;
4. Renforcer les capacités de stockage des vaccins dans les 82 districts sanitaires.

Les résultats attendus de cette proposition se résument à :

- améliorer l'offre et la qualité des prestations de services de vaccination à travers entre autres le renforcement de capacités d'agents de santé sur la pratique de la vaccination, la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles et le renforcement de la chaîne du froid ;
- susciter la demande des services de santé y compris ceux de la vaccination, notamment par la formation des OSC et l'organisation de missions de sensibilisation de proximité sur la santé ;
- assurer l'équité dans l'accès et l'utilisation des services de vaccination.

Les 29 districts ciblés par la présente proposition l'ont été sur la base de l'analyse des performances en matière de vaccination et de l'équité démographique et socio-économiques de la couverture vaccinale de l'ensemble des districts. Il s'agit entre autre des districts de : Guéyo, San Pedro, Sassandra, Soubré, Tabou, Biankouma, Danané, Man, Zouan-Hounien, Bangolo, Blolequin, Duékoué, Guiglo, Kouibly, Toulepleu, Minigan, Odienné, Touba, Séguéla, Mankono, Boundiali, Ferkessédougou, Korhogo, Ouangolodougou, Tengrela, Bondoukou, Bouna, Nassian et Tanda. Tous ces districts sanitaires sont repartis au niveau de 5 zones géographiques de la Côte d'Ivoire (Sud-ouest, Ouest, Nord-ouest, Nord, Nord-est).

Le budget global alloué à la mise en œuvre des activités de cette proposition sur une période de 5 ans (2017-2021) est estimé à 10.140.000 USD, dont 1 222 318 USD (soit 12%) consacré aux activités communautaires.

En ce qui concerne le dispositif de mise en œuvre, c'est le Ministère en charge de la Santé à travers la Direction Générale de la Santé qui est le responsable technique, et institutionnel. Toutefois, les partenaires techniques et financiers, notamment les partenaires statutaires de l'Alliance Gavi (OMS et UNICEF) et d'autres partenaires tels que l'Agence de Médecine Préventive (AMP) ainsi que les Organisations de la Société Civile (OSC) intervenant dans les activités de santé y compris la vaccination seront associées aux opérations de mise en œuvre selon leur mandat respectif.

Les OSC participeront à la mise en œuvre du présent RSS à travers l'exécution d'activités communautaires en faveur de la santé y compris la vaccination. Ces actions seront menées dans les 29 districts ciblés, sous la coordination de la FENOS-CI.

L'instance d'orientation stratégique de la proposition RSS est le CCIA qui a validé la proposition avant sa soumission à Gavi.

Les fonds du RSS seront gérés par la Direction Générale de la Santé qui en sera l'ordonnateur des dépenses. Le suivi de l'utilisation des fonds sera assuré régulièrement par des missions d'audits internes réalisées par l'Inspection Générale des Finances et des missions d'audits externes réalisées par des cabinets privés, sélectionnés après appel d'offre.

Les indicateurs de suivi et évaluation seront d'une part les indicateurs standards du cadre de performance (Couverture en Penta 3 ; Couverture en VAR ; Équité géographique de la couverture en Penta 3 ; Équité socio-économique dans la couverture vaccinale. Taux d'abandon : Proportion d'enfants complètement vaccinés) et

d'autre part les indicateurs spécifiques aux activités du RSS2.

L'acquisition des biens se fera soit par achat direct au travers des systèmes d'approvisionnement et d'achat des partenaires au développement, soit par les procédures de passation des marchés publics en vigueur en Côte d'Ivoire.

5. Acronymes

Fournir une liste complète de tous les acronymes utilisés dans cette demande.

Acronyme	Signification de l'acronyme
ACCD	Agence centrale comptable de dépôt
ACC	Atteindre Chaque Communauté
AMD	Antenne de maintenance du district
AMP	Agence de la médecine préventive
ASC	Agent de santé communautaire
AVS	Activités de vaccination supplémentaire
BGE	Budget Général de l'Etat
BM	Banque mondiale
CAP	Connaissance Attitude et Pratiques
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCEOP	Contrepartie nationale au financement de la plateforme d'optimisation de la chaîne de froid
CCIA	Comité de coordination inter agences pour la vaccination
CCSS	Comité de coordination du secteur de la santé
CDF	Chaîne du froid
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier et universitaire
COGES	Comité de gestion de l'établissement sanitaire
CPEV	Coordonnateur PEV
CRIEMM	Centre régional des infrastructures de l'équipement du matériel et de la maintenance
CRS	Comité régional de suivi
CSE	Chargé de surveillance épidémiologique
DAF	Direction des affaires financières
DCPEV	Direction de coordination du programme élargi de vaccination
DDS	Direction départemental de la santé
DG	Directives générales
DGS	Direction Générale de la Santé
DHIS	District health information system
DIEM	Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DPML	Direction de la pharmacie et du médicament....
DQS	Direction générale de la santé
DQS	Data quality self assessment
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction régional de la santé
DTC-Hep-Hib	Vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite virale B et les infections à Haemophilus influenzae
DVDMT	District vaccine data management tool
EAC	Examen conjoint annuel
ECD	Équipe cadre de district
ECR	Équipe régional de santé
EDS	Enquête Démographique de Santé
EGEV	Évaluation de la gestion efficace des vaccins
EPN	Établissements publics nationaux
ERS	Équipe régionale de santé
ESPC	Établissement sanitaire de premier contact
FBP	Financement basé sur les performances
FBR	Financement basé sur les résultats

<i>Gavi</i>	<i>Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins</i>
<i>GTR</i>	<i>Groupe thématique restreint</i>
<i>GVAP</i>	<i>Plan d'action mondial pour la vaccination</i>
<i>HAI</i>	<i>Health alliance international</i>
<i>HG</i>	<i>Hôpital général</i>
<i>HPV</i>	<i>Human papilloma virus</i>
<i>ID</i>	<i>Instructions pour la demande</i>
<i>IDE</i>	<i>Infirmier diplômé d'État</i>
<i>IGF</i>	<i>Inspection générale des finances</i>
<i>IHP+</i>	<i>International Health Partnership ou Partenariat International pour la Santé et Initiatives apparentées</i>
<i>INHP</i>	<i>Institut national de l'hygiène publique</i>
<i>Km</i>	<i>Kilomètre</i>
<i>LQAS</i>	<i>Évaluation rapide de la performance selon l'enquête d'assurance de la qualité par lot</i>
<i>MAPI</i>	<i>Manifestions postvaccinale Indésirable</i>
<i>MICS</i>	<i>Multiple Indicators Cluster SurveyS (Enquête à Indicateurs Multiples)</i>
<i>MSHP</i>	<i>Ministère de la santé et de l'hygiène publique</i>
<i>OMS</i>	<i>Organisation mondiale pour la santé</i>
<i>OSC</i>	<i>Organisation de la société civile</i>
<i>PEV</i>	<i>Programme élargi de vaccination</i>
<i>PIDRHS</i>	<i>Plan Intérimaire de Développement des Ressources Humaines</i>
<i>PNDAP</i>	<i>Programme national de développement des activités pharmaceutiques</i>
<i>PNDS</i>	<i>Plan national de développement sanitaire</i>
<i>PNPMT</i>	<i>Programme national de promotion de la médecine traditionnelle</i>
<i>PPAC</i>	<i>Plan pluri-annuel complet</i>
<i>PSRV</i>	<i>Plan stratégique régional pour la vaccination</i>
<i>PTF</i>	<i>Partenaire technique et financier</i>
<i>RASS</i>	<i>Rapport annuel sur la situation sanitaire</i>
<i>RHS</i>	<i>Ressources humaines en santé</i>
<i>RR</i>	<i>Vaccin combiné contre la rougeole et la rubéole</i>
<i>RSS</i>	<i>Renforcement du système de santé</i>
<i>SARA</i>	<i>Service Availability & Readiness Assessment</i>
<i>SFDE</i>	<i>Sage-femme diplômée d'État</i>
<i>Sida</i>	<i>Syndrome d'immunodéficience acquise</i>
<i>SIGFIP</i>	<i>Système intégré de gestion des finances publiques</i>
<i>SIGL</i>	<i>Système d'information en gestion logistique</i>
<i>SMT</i>	<i>Stock management tool</i>
<i>SNFBP</i>	<i>Stratégie Nationale de Financement Basé sur la Performance</i>
<i>SNIS</i>	<i>Système national d'information sanitaire</i>
<i>SVN</i>	<i>Soutien aux vaccins nouveaux et sous utilisés</i>
<i>TdRS</i>	<i>Termes de référence</i>
<i>UFR</i>	<i>Unité de formation et de recherche</i>
<i>UNDAF</i>	<i>United Nation Development Assistance Framework</i>
<i>Unicef</i>	<i>Fonds des nations unies pour l'enfance</i>
<i>UNFPA</i>	<i>Fonds des Nations Unies pour la Population</i>
<i>US</i>	<i>United States</i>
<i>VAR</i>	<i>Vaccin anti rougeoleux</i>
<i>VIH</i>	<i>Virus de l'immunodéficience humaine</i>

PARTIE B : INFORMATIONS GÉNÉRALES

6. Description du secteur de la santé national (maximum 1 page)

Le système national de santé ivoirien est de type pyramidal et comprend trois (3) niveaux dans sa structuration administrative : (i) **le niveau central** qui a pour missions de définir la politique nationale en matière de santé, l'appui et la coordination globale de la santé qui comprend: le Cabinet du Ministre, la Direction Générale, les Directions et Services centraux et les Programmes de santé ; (ii) **le niveau intermédiaire** composé de 20 Directions régionales a une mission de coordination et d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ; (iii) **le niveau périphérique** est composé de 82 Districts sanitaires et assurent la coordination et mise en œuvre des activités dans les 1967 établissements publics de soins. La liaison entre les établissements de soins et la communauté est assurée par un réseau d'agents de santé communautaires (ASC).

L'analyse portant sur les principaux piliers du système de santé montre des avancées en vue de l'amélioration des performances. Ainsi, en vue d'une synergie des interventions de tous les acteurs du système de santé, il a été mis en place un cadre de concertation et de coordination des partenaires du secteur de la santé.

Pour le financement de la santé en Côte d'Ivoire, des efforts consentis par l'Etat ont permis l'accroissement de la proportion du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé qui est passée de 5,56 % en 2012 à 6,19 % en 2014.

Face au défi d'une information sanitaire de qualité, disponible à temps prenant en compte aussi bien tout le secteur public que privé et communautaire pour la prise de décision, le logiciel DHIS2 a été déployé dans les 20 régions sanitaires comme support de gestion de l'information sanitaire.

L'accroissement de l'offre de services de santé a permis d'améliorer le taux d'accessibilité géographique avec la proportion de la population vivant à moins de 5 Km d'un centre de santé qui est passée de 44% en 2012 à 67 % en 2015.

En outre, le taux de disponibilité des médicaments essentiels au niveau de la Nouvelle PSP-CI est passé de 23 % en 2011 à 90 % en 2015 avec cependant une faible disponibilité et accessibilité des produits de santé au niveau périphérique qui se situe entre 23 % et 35 %. En outre, le taux de satisfaction en Penta et VAR sont respectivement de 98% et 97% en 2015.

Toutes ces avancées ont contribué à une nette augmentation entre 2013 et 2015 des taux de fréquentation et d'utilisation des services de santé. Au niveau de la fréquentation, l'on est passé de 31,3 % en 2013 à 39,2 % en 2014 puis 48 % en 2015 (RASS 2015). En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, elles sont respectivement de 27,4 %, 33,2 % et 43,3 % en 2013, 2014 et 2015 (RASS 2015) contre 18 % en 2012.

7. Plan National de Développement Sanitaire et son lien avec le PPAC (2 pages au maximum)

La Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020) dont l'objectif est de renforcer la disponibilité de l'offre de services de santé de qualité dans toutes les régions, pour une prise en charge adéquate et optimale des populations.

Le PNDS 2016-2020 a défini 5 axes stratégiques :

- **Axe 1 : gouvernance et leadership.** Il comprend trois domaines d'actions prioritaires qui sont le pilotage du système, la décentralisation et la déconcentration du système de santé et le système d'information sanitaire ;
- **Axe 2 : financement de la santé.** Il est composé de trois domaines d'action prioritaires, à savoir le financement, la gestion des ressources financières et l'accessibilité financière des populations aux soins ;
- **Axe 3 : offre et utilisation des services.** Il est constitué de cinq domaines d'actions prioritaires qui sont : (i) les ressources humaines, (ii) les infrastructures et équipements, (iii) les produits pharmaceutiques, produits sanguins et vaccins, (iv) la qualité des prestations, (v) la résilience face aux catastrophes ;
- **Axe 4 : lutte contre la maladie.** Il comprend huit domaines d'actions prioritaires que sont : (i) le paludisme, (ii) le VIH/sida, (iii) la malnutrition, (iv) la vaccination, (v) les maladies à potentiel épidémique, (vi) la tuberculose, (vii) les maladies non transmissibles, (viii) les maladies tropicales négligées ;

- **Axe 5 : santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes.** Il est composé de quatre domaines d'actions prioritaires qui sont (i) la mortalité maternelle, (ii) la santé sexuelle et reproductive des adolescents, des jeunes et des femmes, (iii) la contraception et (iv) la mortalité des nouveaux nés.

Pour l'élaboration du PPAC 2016-2020, la Direction de Coordination du Programme Élargi de vaccination (DCPEV) a procédé à une revue externe du PEV en 2015. Cette revue a permis d'identifier des goulots d'étranglements relatifs aux différents blocs fonctionnels du système de vaccination : (i) Prestations de services, (ii) Surveillance et contrôle de la maladie, (iii) Approvisionnement en vaccins, qualité et logistique, (iv) Génération de la demande et communication, (v) Gestion du programme. Afin de lever ces goulots, des objectifs, stratégies et activités ont été identifiés pour la période 2016-2020.

Le PNDS 2016-2020 a identifié la vaccination et la surveillance des maladies à potentiel épidémique comme des actions prioritaires dans ces axes stratégiques 3 et 4. Le système de vaccination avec ses différents blocs fonctionnels s'intègre dans le système de santé soit par des actions spécifiques à la vaccination (approvisionnement en vaccins et intrants, différentes stratégies de vaccination, dotation en matériel de chaînes de froid) soit par des actions transversales liées au système de santé (la gouvernance, le financement de la santé, l'offre et l'utilisation des services).

Les axes stratégiques ont été définis dans le PPAC 2016-2020 conformément aux orientations du Plan d'action mondial pour la vaccination (GVAP) 2011-2020, du Plan stratégique régional pour la vaccination (PSRV) 2014-2020, du PNDS 2016-2020 et selon les différents blocs fonctionnels du système de vaccination.

À l'analyse de ce qui précède, il ressort que le lien existant entre le PPAC 2016-2020 et le PNDS 2016-2020 s'articule comme suit :

- Les axes stratégiques « renforcement des services de vaccination » et « renforcement des mécanismes de suivi communautaire des enfants » du bloc fonctionnel « *Prestation des services de vaccination* » du PPAC font référence aux axes stratégiques 3 et 4 du PNDS. Les axes stratégiques « renforcement des capacités » et « renforcement du système de gestion à tous les niveaux » du bloc fonctionnel « *Approvisionnement, qualité et logistique* » du PPAC sont en lien avec l'axe stratégique 3 du PNDS. Les axes stratégiques (i) Renforcement de la planification stratégique/Recherche formative/Suivi Évaluation, (ii) Renforcement de la communication pour le changement de comportement (CCC) (iii) Renforcement de la mobilisation sociale du bloc fonctionnel « *Communication et génération de la demande* » du PPAC font référence aux axes stratégiques 3 et 4 du PNDS.
- Les axes stratégiques (i) Renforcement de la surveillance active des cas de maladies, (ii) Organisation des activités de vaccination supplémentaires (AVS), (iii) Organisation de la surveillance des MAPI y compris l'invagination intestinale aiguë, et (iv) Organisation de la surveillance à base communautaire du bloc fonctionnel « Surveillance et contrôle de la maladie » sont en rapport avec l'axe stratégique 4 du PNDS.
- Les axes stratégiques (i) Amélioration de la mobilisation des ressources financières, (ii) Renforcement de la coordination et du cadre institutionnel sur la vaccination et (iii) Amélioration de la qualité des données de vaccination à tous les niveaux du bloc fonctionnel « gestion du programme, des ressources humaines, coût et financement » du PPAC font référence aux axes stratégiques 1 et 2 du PNDS.

8. Plan de suivi et d'évaluation dans le cadre du PNDS (2 pages maximum)

Analyse de la situation du système de suivi et d'évaluation

L'analyse du cadre de suivi faite lors de la revue du PNDS 2012-2015 montre un système en reconstruction avec plusieurs acquis notamment: (i) l'actualisation et la standardisation des outils et l'harmonisation des procédures de collecte des données au niveau des districts, (ii) l'informatisation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) à travers le logiciel DHIS2 en remplacement du logiciel SIGVISION. Ces différents dispositifs ont permis la production des rapports annuels sur la situation sanitaire (RASS) avec une amélioration progressive de la qualité des données.

Ces résultats ne peuvent occulter le défi toujours croissant d'une information sanitaire de qualité, disponible à temps prenant en compte tous les secteurs (public et privé), pour la prise de décision. En effet, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est composé de divers sous-systèmes logés dans différentes directions et structures du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, avec une faiblesse évidente de coordination des interventions.

Malgré les efforts réalisés depuis 2014, le SNIS n'assure pas à l'heure actuelle une disponibilité permanente des informations complètes et fiables, permettant une prise de décision pertinente et la planification aux différents échelons du système de santé.

Dispositif institutionnel du suivi et de l'évaluation du PNDS 2016-2020

Le dispositif institutionnel du suivi et de l'évaluation du PNDS 2016-2020 implique des instances de coordination aux trois niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau central, le suivi et l'évaluation comporte deux volets :

- le volet stratégique assuré par le comité interministériel de pilotage qui est présidé par le Premier Ministre. Ce comité a pour mission de: (i) donner les orientations politiques pour la mise en œuvre des activités du PNDS; (ii) assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des Partenaires Techniques et Financiers nationaux et internationaux pour la mise en œuvre du PNDS, (iii) valider les différents documents et rapports élaborés par le comité technique de suivi et de revues des plans.
- le volet thématique assuré par un comité technique de suivi et de revues des plans qui est présidé par le Ministre en charge de la santé. Ce comité technique implique l'ensemble des acteurs et partenaires techniques et financiers du secteur de la santé et a pour mission de : (i) veiller à la mise en œuvre du PNDS; (ii) assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans et programmes; (iii) donner des avis techniques sur la mise en œuvre des plans annuels; (iv) organiser les revues annuelles du Ministère de la santé; (v) valider les rapports de progrès du PNDS et adopter les différents plans (triennaux, annuels). Sur la base du rapport du Comité technique de suivi, le Ministre en charge de la Santé informera régulièrement le comité interministériel du PND et le Gouvernement de l'évolution de la mise en œuvre du plan, en Conseil des Ministres.

Au niveau régional le suivi de la mise en œuvre du PNDS est assuré par un comité technique régional de suivi (CRS/PNDS) placé sous la présidence du Préfet de région. Ce comité régional est constitué des représentants des collectivités territoriales et des districts sanitaires de la région, ainsi que les différents acteurs de la santé. Il est chargé : (i) de coordonner la mise en œuvre au niveau régional et district (ii) d'organiser les réunions bilans ; (iii) d'élaborer les rapports périodiques d'exécution des plans.

Les Partenaires au développement sont représentés au sein du Comité Technique de suivi et de revues du PNDS. Ils accompagnent les efforts du Gouvernement conformément à la Déclaration de Paris et aux sept comportements de IHP+. Ils fournissent l'appui nécessaire pour la mise en œuvre et la réalisation du suivi évaluation du PNDS. Leurs interventions dans le plan de suivi évaluation et de revues s'inscrivent dans le domaine de la mobilisation des ressources, du financement et de l'appui technique.

Mécanismes de contrôle, de suivi et d'évaluation

Contrôle de la mise en œuvre du PNDS

Dans un souci d'efficacité et de transparence, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique renforcera tous les mécanismes de contrôle et d'inspection à tous les échelons de la pyramide sanitaire

Ainsi, les procédures de gestion administrative, financière et comptable d'une part, les mécanismes de contrôle et d'audit d'autre part, seront diffusés pour être appliqués à tous les niveaux du système de santé. Ceci nécessitera un renforcement des actions de l'Inspection Générale de la Santé en liaison avec l'Inspection Générale des Finances et l'Inspection Générale d'État. Ces procédures et mécanismes seront définis à partir des différents organes et systèmes de contrôle existants.

La Direction des Affaires Financières et le Service de l'Audit et du contrôle de Gestion du Ministère de la santé et de l'hygiène Publique veilleront en liaison avec l'Inspection Générale des Finances à la régularité des opérations comptables et financières des établissements et services.

La Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) et la Direction des Ressources Humaines (DRH) réaliseront respectivement l'inventaire annuel du patrimoine du Ministère et le contrôle annuel des effectifs.

Les directions régionales et départementales de la Santé seront chargées d'assurer le contrôle des opérations comptables et financières des établissements de leur circonscription.

Études et évaluations

Des revues, évaluations et études seront menées afin de renforcer le système de suivi et évaluation et évaluer l'impact des stratégies et interventions.

Les revues du PNDS se feront sur la base des rapports d'exécution des plans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des rapports de supervision périodique de chaque niveau, des audits des activités sanitaires et des audits financiers et comptables. Les rapports de contrôle et d'inspection seront également pris en compte dans les évaluations. Les conclusions et recommandations de cette revue permettront de donner de nouvelles orientations pour l'atteinte des résultats.

Les données de routine et de surveillance épidémiologique des maladies, collectées dans le cadre du SNIS, permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système. Des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront également menées pour suivre les progrès accomplis. Les programmes de santé pourront renseigner des indicateurs spécifiques pour enrichir le rapport de progrès et de performance du secteur de la Santé.

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Le comité technique de suivi et de revues organisera la revue annuelle en collaboration avec toutes les parties prenantes.

Les Directions Régionales produiront un rapport trimestriel et organiseront une réunion mensuelle de l'Équipe Régionale de Santé et une réunion trimestrielle de suivi des Districts Sanitaires. Les Districts Sanitaires produiront un rapport trimestriel d'activité et organiseront des réunions mensuelles des Équipes Cadre de District, une réunion trimestrielle de suivi de toutes les structures.

L'évaluation de la mise en œuvre du PNDS sera initiée par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique en collaboration avec les Ministères membres du Comité de Pilotage. Il s'agira d'une évaluation externe qui visera aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs du PNDS 2016-2020 que l'évaluation des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des plans. Elle appréciera l'impact des plans triennaux mis en œuvre à la fin de la période du PNDS 2016-2020.

Des enquêtes portant sur le niveau des épidémies dans la population générale et chez les populations à risques, la qualité des traitements et des soins ainsi que la qualité de la prise en charge permettront de mesurer l'impact de la mise en œuvre du plan. De façon quinquennale, se feront l'EDS-MICS et l'EIS. L'enquête SARA DQR et l'enquête sur les populations-clés (VIH) auront lieu tous les 2 ans tandis que l'enquête de couverture vaccinale sera réalisée tous les 3 ans.

*Fournir **obligatoirement l'annexe n° 9** : Plan national de suivi et d'évaluation (pour le secteur de la santé / stratégie), ainsi que tout sous-plan national, le cas échéant. S'il n'en existe aucun, expliquer comment le plan national de santé est actuellement surveillé et fournir un calendrier pour l'élaboration d'un plan de suivi et d'évaluation.*

*Si disponible, fournir **l'annexe n° 16** : Rapport d'évaluation de la qualité des données ; et **annexe n° 17** : Plan d'amélioration de la qualité des données.*

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de joindre le plan national de suivi et d'évaluation et tous les documents concernant le processus d'examen conjoint, y compris les termes de référence et le calendrier.*

9. Alignement avec les programmes de financement basés sur les résultats (FBR) (le cas échéant) (maximum 1 page)

La Côte d'Ivoire a adopté en 2014 une Stratégie Nationale de Financement Basé sur la Performance (SNFBP) avec l'appui des partenaires techniques et financiers, notamment la Banque Mondiale, l'UNICEF, le PEPFAR, le Fond Mondial et l'UNFPA. Le Financement basé sur la performance (FBP) est une opportunité pour améliorer le système de santé. La Stratégie Nationale de Financement Basé sur la Performance est en cohérence avec le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020), qui souligne que le financement constitue l'un des défis majeurs pour le système de santé en Côte d'Ivoire.

En Côte d'Ivoire, cette stratégie vise les objectifs spécifiques suivants :

1. Améliorer la qualité et accroître l'utilisation des services de santé par les populations, notamment les plus vulnérables (couple mère-enfant) ;
2. Renforcer la gouvernance globale du secteur de la santé en assurant notamment la séparation des fonctions essentielles ;
3. Renforcer la participation communautaire ;
4. Soutenir le développement d'un système d'information sanitaire pour améliorer la prise de décisions ;
5. Consolider le partenariat public-privé.

A cet effet, des indicateurs et leurs cibles ont été définis dont certains relatifs à la vaccination: Nombre d'enfants de moins d'un an ayant reçu le BCG, DTC-HepB-Hib3 et VAR et nombre de femmes enceintes ayant reçu VAT 2+

Cette stratégie va consister en deux axes d'interventions prioritaires à savoir :

- un projet pilote d'une durée de 4 ans concerne 19 districts sanitaires pour un coût global d'environ 14 milliards de francs CFA, dont environ 15% supportés par l'État Ivoirien a débuté en Août 2016. Ce projet a démarré avec 4 districts sanitaires (Cocody-Bingerville, Anyama, Sinfra et Bouaflé) et s'étendra à 15 autres districts (Grand-Bassam, Adzopé, Tiassalé, San-Pedro, Soubré, Issia, Vavoua, Tiébissou, Yamoussoukro, Niakara, Dabakala, Bouna, Nassian, M'Bahiakro et Prikro) à partir de 2017. Les premiers résultats sont attendus pour le premier trimestre 2017.
- un passage progressif à échelle se fera à partir de 2018, sur la base des résultats du projet pilote.

Le Ministère en charge de la Santé assumera son leadership dans la mise en œuvre de cette stratégie. Cependant, le caractère multisectoriel des problèmes de financement dans le système sanitaire invite l'ensemble des acteurs dans les secteurs socio-sanitaire, juridique et financier à participer activement à la mise en œuvre de cette stratégie. Les Indicateurs en matière de vaccination sont inclus dans le FBP. La Côte d'Ivoire ayant adopté le concept de FBP, les bonus obtenus pour bonne performance dans l'exécution du présent RSS serviront à intensifier les activités du FBP dans le cadre du passage à échelle. Les ressources du RSS soutiendront donc les activités de suivi du FBP, l'achat des indicateurs de santé y compris les interventions au niveau communautaire.

PARTIE C : DÉTAILS DE LA DEMANDE

10. Goulots d'étranglement au niveau du système de santé pour atteindre les résultats en matière de vaccination (3 pages au maximum)

L'analyse qui a conduit à l'identification des goulots d'étranglement au niveau du système de santé empêchant d'atteindre les résultats en matière de vaccination, repose essentiellement sur une revue documentaire. Les principaux goulots identifiés sont résumés dans les points ci-dessous :

- **Inadéquation entre la formation des ressources humaines en santé (RHS) et les besoins du Ministère en charge de la santé.**

Le personnel de santé issu des écoles de formation ne répond pas toujours aux besoins des programmes de santé prioritaires. Par ailleurs, l'insuffisance de la production des ressources humaines de qualité est occasionnée par la faiblesse des investissements consacrés à la formation et les difficultés de mise en œuvre de la réforme du système éducatif (PNDS 2016-2020).

- **Faible motivation des ressources humaines en santé (RHS) et distribution non équitable du personnel de santé sur le territoire national.**

Selon le PNDS 2016-2020, les ressources humaines de la Santé (RHS) sont confrontées à des difficultés qui sont liées entre autre : (i) à leur inégale répartition due aux faiblesses du système de gestion de l'information sur les RHS, (ii) aux difficultés de fidélisation des RHS accentuées par l'insuffisance de motivation du personnel, surtout dans les zones reculées et difficiles d'accès et (iii) l'absence de profil de carrière.

Pour pallier à cette situation l'Etat a procédé à un recrutement important de personnel de santé à partir de 2012. Néanmoins des disparités persistent dans la disponibilité du personnel de santé au niveau régional. En effet, selon le rapport annuel sur la situation sanitaire 2013, les régions sanitaires du Loh-Djiboua et du Haut Sassandra enregistrent les plus faibles ratios médecin/population, respectivement 1 médecin pour 27 103 habitants et 1 médecin pour 25 173 habitants. Les régions du Cavally-Guémon, du Gboklé-Nawa-San Pedro, du Haut Sassandra, du Loh-Djiboua, du Tonkpi et du Worodougou-Béré présentaient les ratios infirmier/population les plus élevés, soit 1 infirmier pour plus de 5 000 habitants. Par ailleurs la majeure du personnel de santé est concentrée dans les grandes villes, particulièrement à Abidjan et ses environs. Cette région concentre à elle seule 60% des ressources humaines de la santé, mais seulement 24% de la population (PIDRHS 2014-2015).

Il y a par ailleurs, une faible implication du personnel médical dans les activités de vaccination qui sont confiées à un personnel qui n'a pas toujours la qualification et les compétences requises. Les activités de vaccination sont parfois perçues par ce personnel comme peu valorisantes financièrement. Cela se traduit au niveau du système de vaccination par le fait que l'acte vaccinal est réalisé par du personnel non qualifié (aides-soignants) dans 59% des structures sanitaires visités (Rapport revue externe 2015 du PEV).

- **Insuffisance dans l'approvisionnement et la gestion des produits de santé y compris les vaccins.**

L'enquête selon la méthodologie OMS/HAI menée en 2013 et 2014 par la DPML et le PNDAP a révélé que la disponibilité moyenne de tous les médicaments était de 31,6%, superposable à celle des 48 médicaments de la liste nationale des médicaments essentiels, soit 31,9% (PNDS 2016-2020). Cette faible disponibilité des médicaments et produits s'explique par le faible taux de satisfaction des commandes, le non-respect des délais de livraison des commandes, ainsi qu'un défaut de gestion des produits de santé par les gestionnaires de pharmacie.

L'insuffisance des capacités de stockage et de distribution des produits de santé au niveau central et déconcentré est liée à la non-conformité des infrastructures et des équipements des services de pharmacies des établissements sanitaires publics, ainsi que l'insuffisance dans la fonctionnalité des moyens logistiques au niveau des districts.

Concernant le système de vaccination, ces insuffisances se traduisent par les ruptures fréquentes en vaccin et consommables et l'insuffisance de capacité de stockage (entrepôts secs et entrepôts frigorifiques), qui a contraint à différer l'introduction du vaccin contre le rotavirus dans le PEV de routine, initialement prévue en 2015 (Rapport évaluation conjointe 2016).

Ces ruptures sont également attribuables en partie au retard dans le décaissement par l'état des

fonds alloués à l'achat des vaccins traditionnels et du cofinancement des vaccins nouveaux. Par ailleurs, du fait des retards accusés dans le paiement des transitaires, il existe des difficultés pour l'enlèvement des vaccins et consommables.

- **Insuffisance du système de maintenance et de renouvellement des équipements**

Au plan institutionnel, il n'existe pas de document de politique nationale de maintenance des équipements et des infrastructures. Les structures chargées de la maintenance des équipements et des infrastructures au niveau déconcentré (CRIEMMS et AMD) sont en nombre insuffisant. Au niveau du système de vaccination, la maintenance des équipements de la chaîne du froid est inefficace. Selon les résultats de l'EGEV, les délais moyens d'attente pour réparation des unités frigorifiques sont de 6 à 10 mois et la qualité des interventions est insuffisante.

- **Insuffisance dans l'élimination des déchets issus des activités de soins**

Selon le Plan national de gestion des déchets médicaux en Côte d'Ivoire (2009-2011), plusieurs facteurs limitent la bonne gestion des déchets en Côte d'Ivoire. Ce sont entre autres : (i) l'insuffisance voire l'inexistence de matériels et d'équipements pour la pré collecte, la collecte et le transport, (ii) l'inexistence d'équipement de traitement dans la majorité des structures, (iii) le manque de formation du personnel en charge de la gestion des déchets et du personnel soignant sur les risques que constituent les déchets médicaux, et (iv) le manque d'équipements de protection individuels et collectifs pour les agents en charge de la gestion des déchets.

- **Insuffisance dans les prestations des soins de santé**

Selon les résultats de l'analyse situationnelle du PNDS 2016-2020, le taux de fréquentation et d'utilisation des services de santé étaient respectivement de 48% et de 43,3% en 2015 au niveau national. Les prestations de vaccination sont offertes gratuitement aux populations en stratégies fixe, avancée et mobile. La revue externe 2015 du PEV a révélé que sur l'ensemble des établissements sanitaires, 96% offraient des prestations de vaccination et le secteur privé était faiblement impliqué. Toutefois, les stratégies avancées et mobiles étaient insuffisamment mises en œuvre (18 districts sur les 26 concernés ont effectué des sorties en stratégie mobile en 2014).

- **Iniquité géographique et socio-économique en matière de vaccination**

La revue externe 2015 du PEV montre qu'il n'y a pas de différence significative dans les couvertures vaccinales entre les garçons et les filles. Cependant, les cibles vivant en milieu urbain avaient une couverture vaccinale complète plus élevée que celle des cibles vivant en milieu rural (52% contre 39%). En considérant les régions, on a noté une forte disparité dans les couvertures vaccinales. Elles variaient du simple au double entre les zones à faibles couvertures et celles à couvertures élevées. Les régions qui présentaient les couvertures vaccinales les plus faibles étaient celles situées au nord (39%), nord-est (25%), nord-ouest (29%) et sud-ouest (35%). Au niveau socio-économique, l'EDS-MICS 2011-2012 révèle des disparités importantes, en particulier entre les enfants des ménages les plus pauvres et ceux des plus riches. En effet, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés est de 39 % chez les enfants des ménages les plus pauvres alors qu'il s'établit à 68% chez les enfants des ménages les plus riches, soit un écart de 29 points de pourcentage.

- **Insuffisance d'implication de la communauté dans la mise en œuvre des programmes et projets de santé.**

Au niveau communautaire, la non formalisation du statut des ASC constitue une difficulté majeure pour la pérennité de la demande pour le système de santé (Rapport évaluation conjointe 2016). D'autres difficultés entravent également l'utilisation des services de santé de façon générale et l'amélioration de la couverture vaccinale de façon spécifique. Il s'agit entre autres : (i) du déficit de communication interpersonnelle, (ii) des préjugés et autres pesanteurs socio-culturelles, (iii) de la méconnaissance des maladies cibles du PEV et du calendrier vaccinal et (iv) de la faible implication des OSC à tous les niveaux du système. A ces difficultés, il faut ajouter l'accès difficile des populations aux structures de santé (35% situé à plus de 5 km des structures de santé) et le faible pouvoir économique et décisionnel des mères pour la vaccination de leurs enfants. (Revue externe 2015 du PEV, PNDS 2016-2020).

- **Insuffisance dans la qualité et l'utilisation des données produites par le système d'information**

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est composé de divers sous-systèmes qui sont logés dans différentes directions et institutions du Ministère en charge de la santé, ce qui pose des problèmes de coordination. Le SNIS connaît d'énormes difficultés liées à : (i) la non intégration dans le SNIS des données des structures sanitaires privées et des EPN hospitaliers, (ii) l'insuffisance de ressources humaines formées dédiées à la gestion de données sanitaires dans les établissements de santé, (iii) la rupture fréquente des outils de gestion de l'information sanitaire et (iv) l'absence d'un cadre formel de retro information du niveau central vers le niveau déconcentré (PNDS 2016-2020, Revue externe 2015 du PEV). Par ailleurs les données produites par le SNIS sont insuffisamment utilisées pour la prise de décision, du fait de leur faible qualité.

- **Insuffisance dans le financement et la mobilisation des ressources financières allouées au secteur de la santé.**

Le budget du ministère de la santé représentait 6,5% du budget national en 2015, nettement en dessous du seuil de 15% recommandée par la conférence d'Abuja en 2001. La part de ce budget consacré à la vaccination est insuffisante et connaît une réduction d'année en année. Elle est ainsi passée de 2,5% en 2012 à 1,6% en 2015 (Revue externe PEV 2015).

Pour l'achat des vaccins et consommables, l'État a inscrit dans le budget du Ministère de la Santé 2 lignes budgétaires (une logée à l'INHP pour l'achat des vaccins traditionnels du PEV et l'autre à la DCPEV pour le co-financement des nouveaux vaccins). Cependant la mobilisation rapide de ces fonds reste difficile en raison de procédures comptables complexes, ce qui cause des retards dans le décaissement des ressources pour l'achat des vaccins et consommables ; d'où des ruptures avec des répercussions sur la performance du programme de vaccination (Rapport EGEV 2015, Rapport évaluation conjointe 2016). À cet effet l'évaluation conjointe 2016 a permis d'adresser une recommandation relative au regroupement des deux lignes susmentionnées.

Par ailleurs, les montants des lignes budgétaires pour l'achat des vaccins et consommables sont reconduits à l'identique chaque année, sans tenir compte du fait que les besoins en vaccins augmentent d'année en année, du fait de l'augmentation naturelle des populations cibles, mais aussi avec l'introduction planifiées des nouveaux vaccins (Rotavirus, HPV, RR et MenAfriVac).

Au niveau des structures déconcentrées, on note certaines faiblesses qui sont : (i) l'insuffisance du budget alloué aux structures de santé ; (ii) l'inadaptation de l'architecture du budget par rapport aux activités des DRS et DDS (supervisions, monitoring, regroupements, réunions et déplacements hors site) et (iii) l'insuffisance de mobilisation des ressources locales (PNDS 2016-2020).

- **Faiblesses des capacités institutionnelles et de gestion des programmes de santé et des établissements sanitaires.**

L'amélioration du cadre gestionnaire s'est faite par la mise en place d'un cadre de concertation et de coordination des partenaires du secteur de la santé, dans l'optique du renforcement du mécanisme de coordination intra et inter sectoriel des interventions de tous les acteurs du système de santé. Malgré les efforts du Gouvernement, des problèmes persistent notamment l'insuffisance de coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau déconcentré, on note : (i) une insuffisance de la fonctionnalité des organes de gestion des structures sanitaires (COGES, ECD et ERS), (ii) une insuffisance de coordination des interventions de santé, (iii) l'insuffisance de leadership au niveau des structures déconcentrées et l'inadéquation de certaines interventions des collectivités locales avec les priorités de santé (PNDS 2016-2020).

Par ailleurs, la revue documentaire a révélé les faiblesses suivantes : (i) l'absence de document de politique nationale en matière de vaccination, (ii) l'absence de cadre de collaboration entre le Ministère de la santé et celui de la communication pour les activités de prévention et de promotion de la santé et (iii) la contrainte liée à la non disponibilité de compte pour le transfert des fonds au profit des districts et régions sanitaires (Rapport évaluation conjointe 2016).

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de référencer les passages pertinents et les pages du PNDS qui indiquent comment les enseignements tirés des précédents PNDS ont été incorporés dans le plan PNDS actuel. Si disponible, joindre la documentation concernant la mise en application des enseignements tirés concernant les mécanismes du fond commun, y compris les passages pertinents des examens annuels conjoints (EAC), des évaluations à mi-parcours etc.*

11. Goulots d'étranglement au niveau du système de santé ciblés par le soutien au RSS de Gavi (maximum 2 pages)

L'analyse qui a conduit à l'identification des goulots d'étranglement au niveau du système de santé empêchant d'atteindre les résultats en matière de vaccination, repose essentiellement sur une revue documentaire. Les principaux goulots identifiés sont résumés dans les points ci-dessous :

- **Insuffisance dans les prestations des soins de santé**

La revue externe 2015 du PEV a révélé que sur l'ensemble des établissements sanitaires, 96% offraient des prestations de vaccination et le secteur privé était faiblement impliqué. Toutefois, les stratégies avancées et mobiles sont insuffisamment mises en œuvre (18 districts sur les 26 concernés ont effectué des sorties en stratégie mobile en 2014).

- **Disparités géographique et socio-économique en matière de vaccination**

Aucun problème sexo-spécifique en matière de vaccination n'a été mis en évidence aussi bien par l'EDS-MICS 2011-2012, que par la revue externe 2015 du PEV.

Cependant, les enfants vivant en milieu urbain étaient mieux vaccinés que ceux issus du milieu rural. Les différences entre ces zones étaient de de l'ordre de 13 point de pourcentage pour la couverture vaccinale complète.

Au niveau régional, les couvertures vaccinales variaient du simple au double entre les zones à faibles couvertures et celles à couvertures élevées. Les régions qui présentaient les couvertures vaccinales les plus faibles sont celles situées au nord, nord-est, nord-ouest et sud-ouest.

Les enfants issus des ménages les plus riches avaient des couvertures vaccinales plus élevées (68%) que ceux des ménages les plus pauvres (39%).

- **Faible implication de la communauté dans la mise en œuvre des programmes et projets de santé.**

Plusieurs difficultés entravent l'utilisation des services de santé de façon générale et l'amélioration de la couverture vaccinale de façon spécifique. Les raisons de non vaccination ou de vaccination incomplète des enfants étaient dominées par le manque de motivation des parents (46,1%) et le manque d'information des parents (16%) (Revue externe 2015 du PEV, PNDS 2016-2020). Selon l'enquête sur l'équité dans l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale, la relation entre les populations et les services de santé varie selon les zones géographiques. En effet, environ 59% des femmes à Tabou affirment rencontrer des problèmes au sein de la structure de santé (Enquête sur l'équité), contre 14% à Gagnoa.

Selon les résultats de la revue externe 2015, 30% des districts sanitaire avaient un taux d'abandon supérieur à 10%.

- **Insuffisance dans la qualité et l'utilisation des données produites par le système d'information sanitaire.**

Le SNIS connaît d'énormes difficultés, notamment : (i) l'insuffisance de ressources humaines formées dédiées à la gestion de données sanitaires dans les établissements de santé, (ii) l'absence d'un cadre formel de retro information du niveau central vers le niveau déconcentré (PNDS 2016-2020, Revue externe 2015 du PEV). Selon le rapport de l'évaluation conjointe 2016, le matériel informatique est insuffisant et vétuste. En effet, les progiciels utilisés pour la gestion des données de vaccination (eDVDMT et SMT) requièrent des ordinateurs très performants. Par ailleurs les données produites par le SNIS sont insuffisamment utilisées pour la prise de décision, du fait de leur faible qualité.

- **Faible capacité de stockage et de gestion des produits de santé y compris les vaccins.**

Le système de vaccination connaît des insuffisances de capacité de stockage (entrepôts secs et entrepôts frigorifiques), qui a contraint à différer l'introduction du vaccin contre le rotavirus dans le PEV de routine, initialement prévue en 2015 (Rapport évaluation conjointe 2016).

Selon l'évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (EGEV 2015), Les chambres froides et les réfrigérateurs ne disposent pas tous d'enregistreurs continus de température à tous les niveaux. De même, dans le cadre de l'introduction du VPI et du Rota, 52% des structures visitées avaient une insuffisance de capacité de stockage de vaccin. Aussi, le Plan de renouvellement du matériels roulant et de la chaîne de froid du MSHP 2015-2020, a fait ressorti un besoin en matériels en chaîne

de froid, pour augmenter la capacité de stockage des vaccins à tous les niveaux.

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** ne sont pas tenus de répondre à cette question.*

12. Objectifs du PNDS et de la demande de soutien (maximum 2 pages)

Les résultats la revue externe 2015 du PEV montrent que seulement 45% des enfants de 12-23 mois sont complètement vaccinés pour le BCG (1 dose), le vaccin DTC-Hep-Hib (3 doses), le vaccin Polio oral (3 doses), le vaccin anti-rougeoleux (1 dose) et le vaccin anti-typhoïdique (1 dose). Il existe par ailleurs des disparités géographiques en matière de couverture vaccinale. Les zones géographiques à faible couverture sont celles du Nord (39%), du Nord-est (25%), du Nord-ouest (29%) et du Sud-ouest (35%).

Aussi, l'EDS-MICS 2011-2012 montre que plus de trois quarts (77%) de la population urbaine se classent dans les deux quintiles de bien-être économique les plus hauts (riches et plus riches), alors que la plupart de la population rurale (71 %) est classée dans les deux quintiles les plus bas (plus pauvres et pauvres). Les régions de l'Ouest, du Nord-Est et du Sud-Ouest présentent les proportions les plus élevées de population classée dans les deux quintiles les plus pauvres (respectivement 67%, 69% et 56%), alors que dans la ville d'Abidjan, environ 91% de la population est située dans les hauts quintiles de bien-être (riches et plus riches).

Sur la base de l'analyse des performances en matière de vaccination et des caractéristiques socio-économiques des populations, la présente proposition RSS cible tous les districts sanitaires issus des cinq (5) régions dont les caractéristiques ont été décrites ci-dessus. Ce sont les districts de :

- Guéyo, San Pedro, Sassandra, Soubré et Tabou pour la région du Sud-ouest ;
- Biankouma, Danané, Man, Zouan-Hounien, Bangolo, Bolequin, Duékoué, Guiglo, Kouibly et Toulepleu pour la région de l'Ouest ;
- Minigan, Odienné, Touba, Séguéla et Mankono pour la région du Nord-ouest ;
- Boundiali, Ferkessedougou, Korhogo, Ouangolodougou et Tengrela pour la région du Nord ;
- Bondoukou, Bouna, Nassian et Tanda pour la région du Nord-est.

En effet, ces zones abritaient 29 650 enfants cibles non vaccinés au DTC-Hep-Hib 3, soit 46% de l'ensemble des non vaccinés du pays en 2015. Par ailleurs, les districts sanitaires ciblés par la proposition abritent 307 080 enfants de moins de 1 an ; soit 36% de la cible attendues au niveau national en 2016.

Objectifs	Description
Objectif 1 : D'ici fin 2021, renforcer l'offre des services de vaccination en stratégie avancée et mobile y compris les postes avancés dans les 29 districts sanitaires ciblés	Cet objectif est en lien direct avec l'effet n°3 de l'axe stratégique 3 du PNDS qui est formulé comme suit : « <i>L'offre des services de qualité est disponible et l'utilisation des services de santé est accrue</i> ». Il est également en rapport avec les objectifs définis dans le PPAC 2016-2020 qui vise à « atteindre d'ici 2020, une couverture vaccinale d'au moins 95% au niveau national et d'au moins 90% dans chaque district et chaque centre vaccinateur pour tous les antigènes ».
Objectif 2 : D'ici fin 2021, renforcer la demande des services de vaccination dans 29 districts sanitaires ciblés	L'objectif 2 de la proposition RSS est en rapport avec l'axe stratégique 3 du PNDS 2016-2020 « Offre et utilisation des services de santé » et l'axe 6 du PNDS « Prévention et promotion de la santé et de l'hygiène publique ».

	relatifs à la communication et génération de la demande (objectifs spécifiques 6 et 7) qui visent à accroître la demande des services de vaccination et à renforcer la participation des communautés aux activités de santé y compris la vaccination.
Objectif 3 : D'ici fin 2021, améliorer la qualité et l'utilisation des données de vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Cet objectif est en lien avec l'extrait 1.3 de l'effet 1 de l'axe 1 du PNDS intitulé « le système national d'information sanitaire est amélioré et est utilisé pour la prise de décision à tous les niveaux ». Il s'aligne également sur le PPAC 2016-2020, en rapport avec l'objectif spécifique 3 du bloc fonctionnel « Gestion des programmes » qui vise à améliorer la qualité des données de vaccination à tous les niveaux.
Objectif 4 : D'ici fin 2021, renforcer les capacités de stockage des vaccins dans les 82 districts sanitaires	Cet objectif s'aligne sur l'extrait 3.3 de l'effet 3 du PNDS 2016-2020 « L'offre de service de qualité est disponible et l'utilisation est augmentée ». Il est également en lien avec l'objectif 1 du bloc fonctionnel « approvisionnement en vaccins et consommables, qualité et logistique » du PPAC 2016-2020.

Les objectifs de la présente proposition portent sur, l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des données de vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ainsi que le renforcement des capacités de stockage des vaccins dans tous les districts sanitaires. Les objectifs portent également sur le renforcement de l'offre et la demande des services de santé dans les 29 districts sanitaires ciblés.

Les interventions proposées viennent renforcer les acquis du RSS1. En effet la feuille de route de l'approche taillée sur mesure a contribué à l'amélioration de la qualité des données de vaccination en ce qui concerne la complétude et la promptitude des rapports, la cohérence et l'exactitude des données au niveau central et district. Cependant des défis demeurent au niveau opérationnel, dans la collecte des données primaires et leur utilisation pour la prise de décision.

Le RSS1 a également permis d'améliorer la logistique du PEV, en ce qui concerne les moyens de déplacements et la chaîne du froid. Cependant des besoins en équipement de chaîne du froid restent à combler au regard du plan de réhabilitation de la CDF et du matériel roulant développé après l'inventaire des équipements réalisé en 2015. Les interventions proposées vont permettre de renforcer les capacités de stockage en vaccins au niveau opérationnel et mener des actions pour renforcer l'offre des services de santé dans les zones les plus défavorisées.

Les interventions supportées par les autres partenaires et visant le renforcement du système de santé, vont également contribuer à l'atteinte de ces objectifs et adresseront les goulots d'étranglement non ciblés dans cette proposition. En effet, la Banque mondiale contribue au financement basé sur la performance, à la mise en place de la couverture maladie universelle, à la réhabilitation et à l'équipement des infrastructures, au renforcement du système de gestion de l'information sanitaire et au renforcement des capacités de riposte aux maladies épidémiques. Pour ce qui est du Fonds mondial, il intervient dans le cadre de l'appui au plan triennal de renforcement du système national de suivi et évaluation, dans la réhabilitation et construction des infrastructures, dans l'appui à la décentralisation et au renforcement des districts sanitaires.

13. Description des activités (maximum 3 pages)

Objectif / Activité	Explication du lien avec l'amélioration des résultats de la vaccination
Objectif 1 : D'ici fin 2021, renforcer l'offre des services de vaccination en stratégie avancée et mobile y compris les postes avancés dans les 29 districts sanitaires ciblés	
1.1- Organiser des ateliers d'élaboration des plans d'action dans les 29 districts sanitaires ciblés.	Ces plans d'action annuels par district prendront en compte toutes les activités prévues dans le cadre du PEV.
1.2- Former 1800 agents de santé (2 par aire sanitaire) dans les 29 districts sanitaires ciblés sur la pratique de la vaccination.	L'activité proposée va permettre de renforcer les capacités des agents vaccinateurs afin d'améliorer la qualité de la pratique vaccinale.
1.3- Mettre en œuvre les stratégies avancées et mobiles y compris les postes avancés dans les 29	Ces interventions vont permettre d'améliorer la couverture et l'équité dans l'offre des services en

districts sanitaires ciblés.	adoptant la stratégie innovante appropriée en fonction du contexte.
1.4- Réaliser les supervisions trimestrielles des régions vers les 29 districts sanitaires ciblés.	Au cours de ces supervisions, les faiblesses constatées seront corrigées et les capacités des agents en charge de la vaccination seront renforcées en vue de mieux réaliser les activités du programme.
1.5- Réaliser les supervisions bimestrielles des 29 districts sanitaires ciblés vers leurs aires sanitaires respectives.	
Objectif 2 : D'ici fin 2021, renforcer la demande des services de vaccination dans 29 districts sanitaires ciblés	
2.1- Former les points focaux communication des 29 districts sanitaires en techniques de communication et de mobilisation sociale.	Cette activité leur permettra de mieux adresser les questions de communication liées à la vaccination au sein des districts sanitaires et d'apporter leur assistance aux agents de santé communautaires.
2.2- Étendre l'initiative « 1 parrain pour 100 enfants » aux 29 districts sanitaires ciblés.	La phase pilote du projet « 1 parrain pour 100 enfants » conduite dans les 02 districts a donné des résultats probants. Les taux d'abandons sont passés de 52% au début du projet à 27% à la fin du projet. Le passage à échelle permettra de capitaliser ces acquis.
2.3- Former 29 OSC locales dans les 29 districts sanitaires ciblés sur les notions de base de santé, les techniques de communication et de mobilisation sociale.	Le renforcement des capacités des OSC sur la vaccination et les techniques de communication leur permettra d'améliorer leurs interventions auprès des populations.
2.4- Organiser tous les 4 mois des campagnes de sensibilisation de proximité sur la santé, par les OSC locales dans les 29 districts sanitaires ciblés.	La sensibilisation des populations sur la santé en général, et la vaccination en particulier va contribuer à accroître la demande en vaccination au niveau des communautés.
2.5- Réaliser tous les 6 mois une réunion de suivi des activités des programmes de santé au niveau district élargi aux autorités administratives, aux collectivités territoriales et aux communautés, dans les 29 districts sanitaires ciblés.	Cette activité permettra d'impliquer les autorités administratives, les collectivités territoriales et la communauté dans la mise en œuvre et le suivi des interventions de santé, y compris la vaccination.
Objectif 3 : D'ici fin 2021, améliorer la qualité et l'utilisation des données de vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	
3.1- Acquérir 120 kits informatiques complets (Ordinateur + imprimante + onduleur) et 120 disques durs externes pour les gestionnaires de données du niveau central, régional et district.	Le renouvellement des équipements permettra d'améliorer les conditions de travail et de disposer des informations à temps aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
3.2- Organiser annuellement une évaluation de la qualité des données sanitaires (DQS) couplée au LQAS par les pairs.	Le DQS et le LQAS permettront d'identifier les forces et les faiblesses du système d'information sanitaire. L'implication des pairs favorisera une meilleure appropriation des résultats et un partage d'expérience sur les bonnes pratiques en matière de gestion des données.
3.3- Organiser un atelier de consensus sur l'intégration des données de vaccination dans le DHIS2.	Ces activités permettront d'avoir une base données unique comprenant aussi bien des données de vaccination que celles des autres pathologies. Le croisement de ces différentes données va améliorer l'analyse et l'utilisation des données de vaccination pour une prise de décisions efficace.
3.4- Former 125 acteurs du niveau central, régional et district sur le DHIS 2 et l'analyse des données de vaccination.	
3.5- Organiser 2 enquêtes nationales de couverture vaccinale.	
Objectif 4 : D'ici fin 2021, renforcer les capacités de stockage des vaccins dans les 82 districts sanitaires.	

<p>4.1- Acquérir 340 réfrigérateurs solaires (TCW 40SDD), 296 électriques (TCW 2000), 50 électriques (TCW 3000), 468 stabilisateurs, et 1638 enregistreurs continus de température type 30 jours.</p>	<p>Selon le plan de renouvellement 2015-2020 du PEV, le pays enregistre un gap de 1083 réfrigérateurs. La valeur de ces équipements sera utilisée comme montant indicatif pour la soumission du pays à la plateforme, vu qu'un inventaire est prévu pour la fin de l'année 2016. Ces équipements permettront d'augmenter les capacités de stockage en vaccins et de préparer l'introduction de nouveaux vaccins. Les 29 districts sanitaires ciblés seront prioritaires dans la distribution de ces équipements.</p> <p>Les acquisitions seront effectuées à travers la centrale d'achat de l'UNICEF et seront exemptées de taxes et droits de douane conformément aux dispositions prises par l'Etat (Cf. partie 22).</p>
<p>4.2- Construire des locaux pour l'installation des nouvelles chambres froides dans 11 régions sanitaires.</p>	<p>Afin d'améliorer la capacité de stockage et la disponibilité des vaccins dans l'ensemble des régions sanitaires, de nouveaux locaux seront construits. Ils permettront d'abriter les chambres froides acquises pour ces 11 régions sanitaires qui n'en disposent pas.</p>
<p>4.3- Former 55 logisticiens de dépôts du niveau central et régional à l'utilisation du SMT, du DVDMT et des outils de monitoring de la température</p>	<p>Cette activité permettra une meilleure gestion des stocks de vaccins et consommables.</p>

Afin d'assurer la gestion efficace du programme, des activités ont été prévues dans la proposition.

Elles portent principalement sur :

- le suivi de la coordination et de la mise en œuvre du programme RSS,
- le renforcement des capacités des gestionnaires du programme,
- la conduite des audits internes et externe, ainsi que l'évaluation finale du programme.

La gestion du programme va nécessiter une assistance technique pour :

- le reporting financier et le rapport de progrès à la fin de la première ;
- les deux enquêtes de couverture vaccinale ;
- la gestion du programme RSS auprès de la DGS.

Par ailleurs, les montants inscrits dans la présente proposition pour les acquisitions d'équipements de chaîne du froid serviront à supporter les coûts correspondant à la contrepartie nationale au financement de la plateforme d'optimisation de la chaîne de froid (CCEOP).

14. Chaîne des résultats (maximum 4 pages)

*Établir la **chaîne de résultats** à l'aide du modèle fourni ci-dessous. Pour chaque objectif défini à la question 12, fournir des informations sur : (i) les activités (comme il est indiqué à la question 13) ; (ii) les résultats intermédiaires ; (iii) les résultats de vaccination ; (iv) l'impact ; et (v) une estimation de l'avancement.*

*Une fois que la chaîne des résultats a été établie, la prochaine étape est d'élaborer le **cadre de performances** (pour toutes les demande de RSS, c'est-à-dire incluant les demandes au fond commun de soutien). Vous pouvez y accéder via le portail de Gavi du pays : www.gavi.org*

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** ne sont pas tenus de remplir ce modèle, mais doivent fournir un résumé de la manière dont les subventions de Gavi contribueront à l'amélioration des résultats de la vaccination dans le contexte du PNDS.*

Chaine des résultats

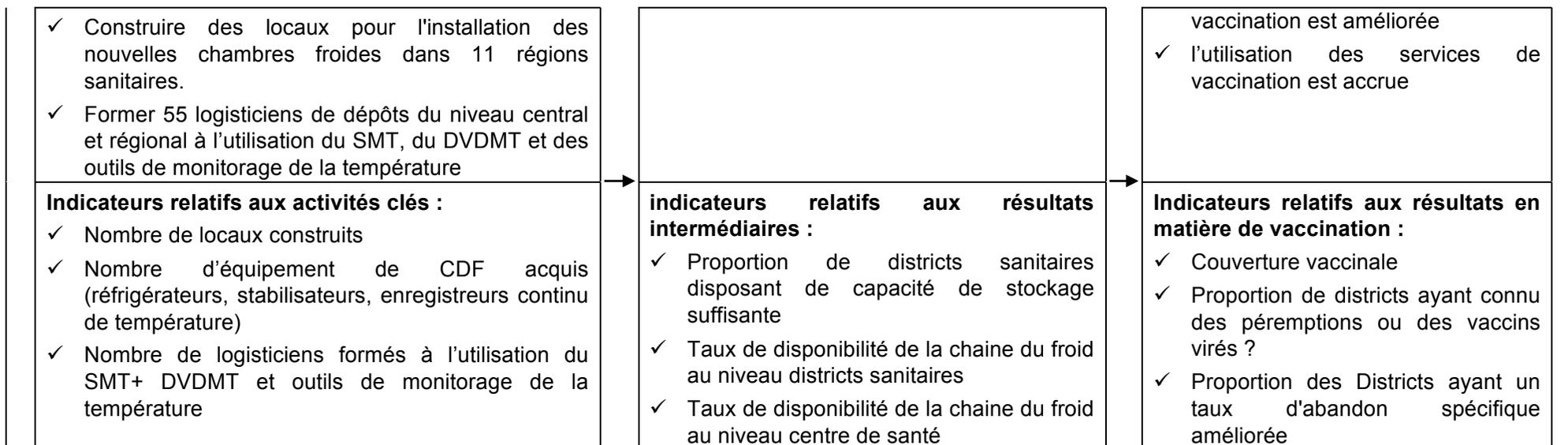
Objectif 1 : D'ici fin 2021, renforcer l'offre des services de vaccination en stratégie avancée et mobile y compris les postes avancés dans les 29 districts sanitaires ciblés.

<p>Activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Former 1800 agents de santé dans les 29 districts sanitaires ciblés sur la pratique de la vaccination ✓ Mettre en œuvre les stratégies avancées et mobiles y compris les postes avancés dans les 29 districts sanitaires ciblés 	<p>Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les prestations offertes sont de meilleure qualité ✓ L'offre de service est accrue ✓ Le nombre d'enfants vaccinés en stratégie avancée et mobile est accru 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La couverture vaccinale est améliorée au niveau national et dans chaque district et aires de santé ✓ Le nombre d'enfants non ou incomplètement vaccinés est réduit ✓ Équité géographique et économique dans la couverture vaccinale
<p>Indicateurs relatifs aux activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'agents de santé formés sur la pratique de la vaccination ✓ Proportion de séances de vaccination organisées en stratégie avancée et mobile, y compris les postes avancés 	<p>Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proportion d'enfants porteurs de cicatrice après la vaccination au BCG ✓ Proportion d'enfants vaccinés en stratégie avancée et mobile parmi les cibles vivant à plus de 5 Km d'un centre de santé 	<p>indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Couverture vaccinale ✓ Proportion de districts ayant une couverture en DTC-HepB-Hib 3 ≥ 80% ✓ Taux d'abandons spécifique et global

Objectif 2 : D'ici fin 2021, renforcer la demande des services de vaccination dans 29 districts sanitaires ciblés

<p>Activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Former les points focaux communication des 29 districts sanitaires ciblés en techniques de communication et de mobilisation sociale ✓ Étendre l'initiative « 1 parrain pour 100 enfants » aux 29 districts sanitaires ciblés ✓ Organiser tous les 4 mois des campagnes de sensibilisation de proximité sur la santé par les OSC locales dans les 29 districts sanitaires ciblés 	<p>Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les points focaux communication des districts sont outillés pour conduire les activités de communication ✓ Les communautés s'impliquent dans la mise en œuvre des activités de vaccination et la recherche des perdus de vue ✓ Les parents ont une meilleure connaissance du calendrier vaccinal et des maladies cibles du PEV 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La demande des services de vaccination est accrue ✓ Le nombre d'enfants non ou incomplètement vacciné est réduit ✓ Les couvertures vaccinales sont améliorées
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Indicateurs relatifs aux activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'agents de santé communautaire formé sur les techniques de communication interpersonnelle et la recherche des perdus de vue ✓ Nombre de districts impliqués dans l'initiative « 1 parrain pour 100 enfants » ✓ Nombre de campagnes de sensibilisation organisées par les OSC locales 	<p>indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proportion de district sanitaire disposant de points focaux de communication formés ✓ Proportion de parents connaissant les maladies cibles du PEV et le calendrier vaccinal 	<p>indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Couvertures vaccinales ✓ Proportion d'enfants complètement vaccinés ✓ Taux d'abandon spécifique et global
<p>Objectif 3 : D'ici fin 2021, améliorer la qualité et l'utilisation des données de vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.</p>		
<p>Activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser annuellement une évaluation de la qualité des données sanitaires (DQS) couplée au LQAS par les pairs ✓ Organiser un atelier de consensus sur l'intégration des données de vaccination dans le DHIS2 ✓ Former 125 acteurs du niveau central, régional et district sur le DHIS 2 et l'analyse des données de vaccination 	<p>Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les districts sanitaires disposent de données de vaccination de qualité ✓ Les districts sanitaires utilisent les données de vaccination pour la prise de décision 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la couverture vaccinale est améliorée ✓ l'équité de l'offre des services de vaccination est améliorée ✓ réduction de la proportion de personne n'ayant pas achevé leur série vaccinale
<p>Indicateurs relatifs aux activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre d'évaluations sur la qualité des données sanitaires (DQS et LQAS) par les pairs organisées dans les districts ✓ Nombre d'atelier de consensus sur l'intégration des données de vaccination dans le DHIS2 organisé ✓ Nombre d'acteurs des niveaux central, régional et district formés sur le DHIS2 et l'analyse des données de vaccination 	<p>indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proportion de centres vaccinateurs transmettant leur rapport mensuel à temps au niveau district ✓ Proportion de districts sanitaires avec un facteur de vérification satisfaisant ✓ Proportion de districts sanitaires avec un indice de qualité satisfaisant 	<p>indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Couvertures vaccinales ✓ Proportion d'enfants complètement vaccinés ✓ Taux d'abandon spécifique et global ✓ Equité géographique de la couverture du DTC-HepB-Hib 3
<p>Objectif 4 : D'ici fin 2021, renforcer les capacités de stockage des vaccins dans les 82 districts sanitaires.</p>		
<p>Activités clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acquérir 340 réfrigérateurs solaires (TCW 40SDD), 296 électriques (TCW 2000), 50 électriques (TCW 3000), 468 stabilisateurs, et 1638 enregistreurs continus de température type 30 jours. 	<p>Résultats intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Toutes les structures de santé disposent d'une capacité de stockage suffisante ✓ Les vaccins de qualité sont disponibles à tous les niveaux 	<p>Résultats en matière de vaccination :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la couverture vaccinale est améliorée ✓ l'équité de l'offre des services de



IMPACT

Le soutien Gavi dans le cadre du renforcement du système de santé Ivoirien permettra à la Côte d'Ivoire de renforcer les différents piliers du système de santé notamment la gouvernance, le système d'information, les prestations de service et l'approvisionnement en produits de santé. afin de poursuivre les efforts déjà déployés pour la réduction de la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies évitables par la vaccination, particulièrement chez les enfants et les populations les plus défavorisées.

La mortalité néonatale est réduite à 14 décès pour 1000 naissances vivantes, ii) La mortalité infanto-juvénile est réduite à 54 décès pour 1000 naissances vivantes, iii) La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans est réduite à 9%, iv) La prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans est réduite à 1,8%, La mortalité maternelle est réduite à 307 décès pour 100 000 naissances vivantes.

HYPOTHÈSES

- Stabilité socio-politique
- Maintien de la croissance économique
- Disponibilité des ressources financières publiques et des autres partenaires au développement pour combler les gaps programmatiques ;
- Renforcement des capacités des structures déconcentrées du ministère en charge de la santé (DRSHP et DDSHP) pour la mise en œuvre efficace des interventions sanitaires y compris celles liées à la vaccination ;
- Amélioration de la coordination des activités du PEV
- Bonne gouvernance et transparence dans la gestion globale des fonds conformément aux exigences de Gavi et de la Côte d'Ivoire.

15. Suivi et évaluation (S&E) (2 pages maximum)

La mise en œuvre du RSS 2 est prévue pour démarrer en mars 2017. Le suivi et l'évaluation se feront sur la base du plan de suivi et évaluation du PNDS 2016-2020, à travers les réunions de coordination, les supervisions, les réunions de monitoring, les missions d'audit, les évaluations et les enquêtes.

La coordination nationale et le pilotage de la proposition RSS sera assurée par un comité de coordination inter agence des vaccinations (CCIA). Le groupe thématique restreint (GTR) existant sera élargi au RSS, et sera l'organe de suivi technique des deux programmes (RSS et SVN). Ce Comité est composé des représentants du MSHP, des Partenaires Techniques et Financiers et de la Société Civile. Il se réunit une fois tous les 2 mois en réunion ordinaire. Au besoin, des réunions extraordinaires peuvent être organisées.

La Direction Générale de la Santé (DGS) assurera au quotidien la coordination des activités programmatiques et la gestion financière.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre dans les régions et districts sanitaires seront assurés par les structures et les mécanismes ci-dessous, tels que identifiés dans le plan de suivi et évaluation du PNDS et le PPAC.

✓ **Les réunions de coordination**

Au niveau central, il s'agit de réunions hebdomadaires de la DGS, coordonnatrice du programme RSS, de réunions mensuelles du GTR et des réunions trimestrielles du CCIA. Ces réunions ont pour rôle de suivre la programmation des activités, l'allocation des ressources et le suivi des indicateurs de processus et de résultats.

Au niveau régional, des réunions mensuelles de l'équipe régionale de santé constituent un cadre d'échange pour apprécier le niveau de mise en œuvre des activités, d'identifier les faiblesses et de proposer des solutions.

Au niveau district, des réunions mensuelles de l'équipe cadre de district seront des opportunités pour faire le point sur la mise en œuvre des activités du RSS au niveau départemental.

✓ **La supervision et le monitoring**

Au niveau central, des missions conjointes de supervision (MSHP, OMS, UNICEF, AMP...) seront effectuées pour appuyer les régions et les districts ciblés. Elles permettront d'apprécier le niveau de mise en œuvre des activités et de renforcer les capacités opérationnelles des ERS et des ECD.

Au niveau régional et district, les supervisions conjointes (MSHP et partenaires locaux) seront conduites pour appuyer les équipes cadres de district et les responsables des centres de santé. Ces missions permettront d'apprécier le niveau de mise en œuvre des activités. Au cours de ces supervisions, des audits de la qualité des données de vaccination par les pairs seront conduits. Cet outil permettra d'apprécier la qualité des données et celle du système de suivi des vaccinations.

✓ **Les audits de la qualité des données**

Des évaluations de la qualité des données sanitaires (DQS), couplées à des enquêtes qualité par échantillonnage des lots (LQAS) seront organisés, dans les 82 districts sanitaires du pays. Ces activités seront conduites par les pairs, afin de favoriser une meilleure appropriation des résultats qui seront utilisés pour améliorer la qualité des données.

✓ **Revue annuelle du programme**

Chaque année une revue annuelle va permettre de faire le bilan des réalisations du programme, d'identifier les difficultés dans la mise en œuvre, et de faire des recommandations.

✓ **Les enquêtes**

Deux enquêtes de couverture vaccinale seront conduites en 2019 et 2021 pour déterminer le niveau de la couverture vaccinale en population et les obstacles liés à la vaccination. Elle sera couplée à une enquête CAP auprès des ménages qui permettra d'apprécier les effets des messages dans les premières années mais aussi offrira l'opportunité de bénéficier d'au moins une année pour profiter des améliorations apportées.

✓ **Les audits du programme**

Un audit interne sera mené tout au long de la mise en œuvre de la soumission. Il sera conduit par l'Inspection Générale des Finances et permettra de mesurer le niveau de maîtrise des différentes

activités au regard des fonds alloués. L'audit externe sera conduit chaque année et permettra de certifier les états financiers des comptes du RSS.

✓ **Les évaluations**

Une évaluation globale du programme sera organisée à la fin de l'année 2021. Elle permettra de faire le bilan du soutien de Gavi et de capitaliser les expériences pour la pérennisation des acquis.

Au total 10 indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires seront renseignés pendant la mise en œuvre du programme. Sur ces 10 indicateurs, 6 seront collectés en routine à travers les données administratives et les rapports d'activité. Les 4 autres seront obtenus par enquête auprès des ménages ou des établissements de santé.

Concernant les indicateurs de résultats d'activité, ils seront collectés à travers les rapports d'activités. Enfin, les indicateurs de résultats en matière de vaccination seront collectés à travers le système national d'information et les enquêtes auprès des ménages.

16. Option de vérification des données FBP

Choisissez l'option de vérification des données à utiliser pour le calcul des paiements basés sur la performance.

Option de vérification des données	Sélectionner une option
Utilisation des données administratives du pays	<input checked="" type="checkbox"/>
Utilisation des estimations de l'OMS / UNICEF	<input type="checkbox"/>
Utilisation des enquêtes	<input type="checkbox"/>

PARTIE D : PLAN DE TRAVAIL, BUDGET ET ANALYSE DES ÉCARTS

17. Plan de travail détaillé, descriptif du budget et analyse des écarts (maximum 3 pages)

Remplir l'**annexe obligatoire n° 6** : Plan de travail détaillé, budget et analyse des écarts via le portail Internet du pays. Des instructions détaillées pour remplir le modèle de budget sont disponibles dans la première feuille de travail du modèle Excel.

Une fois le modèle de budget et l'analyse des écarts financiers terminés, fournir, ici, un **descriptif du budget et l'analyse des écarts**.

La présente proposition contribuera au renforcement des capacités institutionnelles et techniques des diverses entités du Ministère de la Santé notamment, la Direction Générale de la Santé, les Directions Régionales de la Santé et les Directions Départementales de la Santé et au développement des activités communautaires. Ainsi 20% du budget de la proposition RSS sera consacré au renforcement de l'offre des services de vaccination, 24% au renforcement de la demande des services de vaccination, 13% à l'amélioration de la qualité et l'utilisation des données, 34% au renforcement des capacités de stockage des vaccins et 8% pour la gestion du programme (voir tableau ci-dessous). Il est à préciser que 12% du budget total de la proposition RSS sera consacré à la mise en œuvre des activités communautaires. Le taux d'échange utilisé pour le budget détaillé est de **1 USD pour 530 FCFA**.

Objectifs	Intitulé	Montant
Objectif 1	D'ici fin 2021, renforcer l'offre des services de vaccination en stratégie avancée et mobile y compris les postes avancés dans les 29 districts sanitaires ciblés.	2 058 972 USD
Objectif 2	D'ici fin 2021, renforcer la demande des services de vaccination dans 29 districts sanitaires ciblés.	2 479 633 USD
Objectif 3	D'ici fin 2021, améliorer la qualité et l'utilisation des données de vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	1 341 613 USD
Objectif 4	D'ici fin 2021, renforcer les capacités de stockage des vaccins dans les 82 districts sanitaires.	3 469 231 USD
Gestion du programme		790 552 USD
TOTAL		10 140 000 USD

Après la revue externe 2015 du PEV, le pays a élaboré un plan stratégique pour la vaccination (PPAC) couvrant la période 2016-2020. Les ressources financières nécessaires pour adresser les objectifs communs à ce plan et à la proposition RSS sont retracées dans la matrice ci-après.

Objectifs	Besoins en ressources PPAC 2016-2020	État	Gavi	BM	FM	Total financement disponible	Écart de financement
Objectif 1	28 680 615	13 503 205	2 058 972	-	-	15 562 177	13 118 438
Objectif 2	7 681 417	47 170	2 479 633	-	-	2 526 803	5 154 614
Objectif 3	3 452 769	99 055	1 341 613	2 830 189	1 237 655	5 508 512	-2 055 743
Objectif 4	323 583 010	12 381 200	3 469 231	-	-	15 850 431	307 732 579
TOTAL	363 397 811	26 030 630	9 349 449	2 830 189	1 237 655	39 447 923	323 949 888

Sur un financement total de 363 397 811 USD, seulement 11% est acquis, soit 39 447 923 USD. Le total financement disponible provient de l'État (66%), de Gavi (24%), de la Banque Mondiale (7%) et du Fonds Mondial (3%). Un gap de 323 949 888 USD est à combler.

En effet le PPAC 2016-2020 a été validé le 1^{er} septembre 2016 par le CCIA et les plaidoyers pour la recherche de financement sont en cours. Aussi les partenaires techniques et financiers des nations unies sont dans le processus d'élaboration des nouveaux plans de coopération 2017-2020, dans le cadre de l'UNDAF. Les revues annuelles du programme RSS permettront de prendre en compte leurs contributions et d'ajuster les programmations à partir de 2017.

En ce qui concerne l'UNICEF, son programme 2017-2020 est en cours d'élaboration. Néanmoins l'appui

au financement du système de santé est pris en compte.

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** ne sont pas tenus de remplir le modèle de plan de travail, de budget et d'analyse des écarts, mais peuvent fournir, à la place, des informations spécifiques sur le plan de travail et le budget annuel sectoriels.*

18. Pérennité (maximum 2 pages)

La pérennité, la viabilité et la durabilité des résultats du programme préoccupent tous les acteurs du système de santé à tous les niveaux. Pour ce faire, le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers doivent amorcer des actions convergentes, en réponse à tous les goulots d'étranglement

identifiés lors des différentes évaluations.

Les actions prioritaires envisageables pour y concourir peuvent être regroupées à deux niveaux :

Au niveau institutionnel

Pour la pérennité du programme les actions suivantes sont envisagées d'ici 2021 :

Au niveau central :

- promulgation de la loi sur la vaccination afin de rendre obligatoire la vaccination et réduire les ruptures des vaccins ;
- augmentation de la part du budget de la santé allouée au PEV de 1.6% à 10%.
- adhésion du pays à l'initiative d'indépendance vaccinale afin d'améliorer la disponibilité des vaccins et consommables ;
- regroupement des lignes budgétaires pour l'achat des vaccins du PEV et leur inscription au titre des dépenses prioritaires afin de permettre au pays de faire les décaissement à temps pour l'achat des vaccins ;
- création d'un fonds autonome pour le financement de la vaccination à partir des taxes prélevées sur certains produits de grande consommation tels que la téléphonie mobile. Ce fonds permettra au pays de combler le gap financier lors du retrait de Gavi ;
- mise en place d'un cadre juridique qui confère à la DCPEV une autonomie de gestion financière pour faciliter la mise à disposition des fonds destinés à l'achat des vaccins et autres consommables et la mise en œuvre des activités ;
- mise en place d'une politique de maintien des ressources humaines et poursuite de la politique de répartition équitable et de renforcement des capacités;
- élaboration et mise en œuvre d'un plan de renouvellement, de maintenance préventive et curative des équipements de la chaîne du froid et matériels roulants.

Au niveau régional et district :

- renforcement du système de coordination des ERS et des ECD ;
- mobilisation des fonds pour la vaccination auprès des collectivités décentralisées.

Au niveau communautaire :

- renforcement des capacités opérationnelles de la Société Civile et des Organisations communautaires afin qu'elles assurent la mobilisation communautaire et une communication de proximité pour l'utilisation des services de vaccination ;
- financement des interventions des OSC par le fonds de vaccination ;
- instauration d'une motivation financière pour les Agents de Santé Communautaire (ASC) ;
- redynamisation des COGES pour renforcer les actions communautaires en matière de vaccination ;
- assurer la mobilisation et la mise à disposition effective des financements des collectivités locales (Mairies, opérateurs économiques locaux, etc.) dédiés à la santé.

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de fournir la documentation existante qui aborde la question de la pérennité. Lister les documents fournis et indiquer les sections pertinentes.*

PARTIE E : MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET D'ATTÉNUATION DES RISQUES

19. Modalités de mise en œuvre (maximum 2 pages)

Les entités intervenant dans la mise en œuvre du Programme RSS sont :

- La Direction générale de la santé ;
- L'Agence Comptable de la Dette Publique ;
- La cellule de passation des Marchés Publics du Ministère en charge de la santé ;
- La Direction en charge du Budget de l'État ;
- L'Inspection Générale des Finances ;
- La Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination
- La FENOS-CI.

La subvention sera mise en œuvre par les structures techniques du Ministère de la Santé d'une part et d'autre part par la FENOSCI pour le compte de la société civile. La coordination et le suivi de la mise en œuvre sera assurée par la Direction générale de la santé, qui en est l'administrateur de crédit. La mise en œuvre sera appuyée par les partenaires de l'alliance (OMS et UNICEF) et les autres partenaires techniques et financiers.

La Direction générale de la santé :

La DGS est le responsable juridique, financier, technique et institutionnel de la mise en œuvre du Programme. Le Directeur Générale de la Santé, Coordonnateur du Programme, est secondé par un chargé de Programme. Outre les agents du Ministère de la santé, un Régisseur d'avance et le Contrôleur Financier, tous deux nommés par arrêtés ministériels, seront détachés auprès du Ministère de la Santé pour la gestion du programme.

Le rôle de la Régie d'avance est d'assurer la célérité des opérations, de juger de la conformité des pièces justificatives et d'en assurer la conservation. Le Régisseur assure le règlement des prestations et élabore les états financiers. Quant au Contrôleur Financier, il effectue tous les contrôles de sa compétence sur tous les dossiers de dépenses initiés dans le cadre de la mise en œuvre du Programme. À cet effet, il pourra valider, rejeter, ou différer les dossiers. Il établira pour chaque dossier validé une fiche de contrôle de la réalité du service fait.

L'Agence Comptable de la Dette Publique :

Elle est le comptable assignataire des dépenses du RSS. Elle constate leur exécution budgétaire par les écritures comptables et assure le contrôle des opérations effectuées par le régisseur d'avance.

La cellule de passation des Marchés Publics du Ministère en charge de la santé :

Cette cellule assiste le coordonnateur du programme dans l'élaboration du plan de passation des marchés. Cette planification consiste à identifier pour chaque ligne budgétaire à marché, les opérations à mener en indiquant les dates chronologiques et indicatives.

La Direction en Charge du Budget de l'État :

Elle procède à l'inscription budgétaire des fonds reçus de Gavi dans le budget de l'État.

L'Inspection Générale des Finances :

L'Inspection Générale des Finances assure l'activité d'audit interne du Programme. Ses missions à valeur ajoutées auront pour objectifs de donner une assurance que la DGS remplit ses obligations en matière de gouvernance, de management des risques et de contrôle interne, du programme RSS. Les missions, pouvoirs et responsabilités du service d'audit interne seront retracés dans la charte d'audit.

La Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination :

La DCPEV en tant que premier bénéficiaire du renforcement du système de santé par Gavi, assurera le secrétariat de la coordination, et sera de ce fait associée à toutes les décisions prises au sein dans l'exécution des activités du programme RSS.

La FENOS-CI :

La FENOS-CI en tant que coordonnateur des interventions de la société civile sera chargé du suivi de toutes les activités exécutées par les OSC.

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de fournir une documentation sur les modalités de mise en œuvre des mécanismes sectoriels, le cas échéant. Lister les documents fournis et indiquer les sections pertinentes.*

20. Participation des organisations de la société civile (OSC) (2 pages maximum)

L'objectif n°2 de la présente proposition RSS prévoit « D'ici fin 2021, renforcer la demande des services de vaccination dans 29 districts sanitaires ciblés ». Pour y arriver, le financement des activités orientées vers l'implication des OSC est envisagé en vue de les rendre plus opérationnels et aider à une meilleure adhésion des populations aux activités de santé y compris la vaccination. Pour une meilleure coordination des interventions de la société civile, la faitière des OSC qui est la FENOS-CI associera dans son plan de déploiement, les associations d'interface identifiées dans les différentes régions et districts sanitaires, au terme d'un processus de sélection transparent.

Dans le cadre de cette demande de soutien au RSS par Gavi, pour augmenter l'utilisation des services de santé en général, et de vaccination en particulier, les OSC interviendront à divers niveaux dans la mise en œuvre du RSS2 :

- ✓ le processus d'élaboration et de validation de la proposition (participation aux ateliers de planification, réunions et rencontres de travail lors de l'élaboration de la proposition RSS Gavi).
- ✓ L'implication des OSC dans la mise en œuvre des subventions de RSS. La FENOS-CI assure le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau communautaire. Elle participe à toutes les instances de coordination du RSS.

En ce qui concerne, le renforcement de la demande au niveau communautaire, conformément aux activités retenues dans le RSS, Les OSC exécuteront des activités de plaidoyer/mobilisation communautaire et de communication pour le changement comportemental et social, afin de contribuer à la génération de la demande. Les activités répertoriées sont entre autres, le Plaidoyer/Mobilisation communautaire, le renforcement des capacités des acteurs communautaires, la communication pour le changement comportemental et social, la communication interpersonnelle, la communication de masse et la recherche active des perdus de vue.

Pour ce qui est de la coordination/suivi des activités communautaires, le système de suivi et d'évaluation des activités communautaires sera basé sur la collecte périodique des données à tous les niveaux avec des outils appropriés.

Au niveau central, le Conseil d'Administration de la FENOS-CI travaillera en étroite collaboration avec le service de communication du PEV. L'intervention des OSC permettra d'atteindre les résultats stratégiques dans les districts ciblés par la présente proposition. Il s'agira entre autre : D'accroître jusqu'à 80% le nombre de parents connaissant le calendrier vaccinal et les maladies cibles du PEV et réduire les taux d'abandon spécifiques et globaux à moins de 10%.

Au niveau périphérique, les OSC vont contribuer à la baisse du taux d'abandon par la recherche active des femmes, enfants et autres cibles du PEV perdus de vue.

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de résumer le rôle des OSC dans la mise en œuvre du programme sectoriel.*

21. Risques et mesures d'atténuation (2 pages maximum)

Description des risques	Probabilité (élevée, moyenne, faible)	Impact (élevé, moyen, faible)	Mesures d'atténuation
Objectif 1 : D'ici fin 2021, renforcer l'offre des services de vaccination en stratégie avancée et mobile y compris les postes avancés dans les 29 districts sanitaires ciblés.			
Risques institutionnels : * Instabilité institutionnelle et socio-politiques	Faible	Élevé	Poursuite du processus de réconciliation
Risques fiduciaires : * Baisse de la part du BGE	Faible	Moyen	Maintien de la bonne gouvernance et de l'engagement de l'État
* Conjoncture économique avec réduction des financements des PTF	Faible	Moyen	Achèvement de l'adhésion à l'initiative de l'indépendance vaccinale
* Mauvaise gestion des fonds alloués	Faible	Élevé	Renforcer le contrôle interne du programme
* Retard dans la mise à disposition des fonds au niveau opérationnel	Faible	Moyen	Mise en place d'un mécanisme de suivi au niveau opérationnel
Risques opérationnels : Insécurité liée au mode de mise à disposition des fonds au niveau opérationnel	Faible	Moyen	Ouverture des comptes au profit des districts et régions sanitaires
Risques liés à la programmation et à la performance : Charge de travail élevée	Moyen	Moyen	Meilleure planification des interventions et répartition équitable des ressources humaines
Autres risques :			
Évaluation du risque global pour l'Objectif 1	Faible	Moyen	
Objectif 2 : D'ici fin 2021, renforcer la demande des services de vaccination dans 29 districts sanitaires ciblés.			
Risques institutionnels :			
Risques fiduciaires :			
Risques opérationnels : *Corruption (Vente des vaccins aux bénéficiaires) *Rumeurs et pesanteurs socio- culturelles	Moyen Faible	Moyen Moyen	Renforcer le contrôle et la sensibilisation Vulgariser la ligne verte du ministère de la santé Renforcer la sensibilisation des populations des populations
Risques liés à la programmation et à la performance :			
Autres risques :			

Évaluation du risque global pour l'Objectif 2	Moyen	Moyen	
Objectif 3 : D'ici fin 2021, améliorer la qualité et l'utilisation des données de vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.			
Risques institutionnels :			
Risques fiduciaires :			
Risques opérationnels : *Faible opérationnalité du dispositif de maintenance des équipements informatiques acquis *Faiblesse de la connexion internet	Moyen Moyen	Moyen Moyen	<i>Renforcer le système de maintenance</i> <i>Renforcer la connexion internet</i>
Risques liés à la programmation et à la performance :			
Autres risques :			
Évaluation du risque global pour l'Objectif 3	Moyen	Moyen	
Objectif 4 : D'ici fin 2021, renforcer les capacités de stockage des vaccins dans les 82 districts sanitaires.			
Risques institutionnels :			
Risques fiduciaires : Défaillance dans la mise à disposition des fonds de l'État	Faible	Moyen	<i>Plaidoyer auprès des autorités compétentes</i>
Risques opérationnels : *Non-respect des délais de livraison et des délais d'installation des équipements *Insécurité dans les zones *Insuffisance de capacités des prestataires nationaux dans la maintenance des équipements solaires	Moyen Faible Faible	Moyen Moyen Moyen	<i>Renforcer les procédures de mise à disposition des fonds</i> <i>Disposition sécuritaire prise par le gouvernement</i> <i>Sélection des entreprises sur la base de qualification reconnue et un suivi rigoureux de leurs activités sera assurée</i>
Risques liés à la programmation et à la performance :			
Autres risques :	Faible	Moyen	
Évaluation du risque global pour l'Objectif 4	Faible	Moyen	
(Ajoutez des lignes pour des objectifs supplémentaires au besoin)			

Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de fournir un plan d'atténuation des risques concernant les mécanismes du secteur / du fond commun.

22. Gestion financière et approvisionnement

Gestion du programme

Le Ministère en charge de la santé en sa qualité de bénéficiaire principal des financements Gavi, mettra en place de nouvelles conditions de gestion du programme RSS de nature à donner l'assurance raisonnable que la gestion des fonds alloués à ce programme se fera d'une manière conforme aux stipulations de la Politique de Transparence et de Responsabilité Financière de Gavi Alliance. La gestion du programme RSS sera assurée par la DGS. La Direction Générale de la Santé (DGS) pour le programme RSS remplira la fonction d'administrateur des crédits.

Planification, budgétisation et coordination

Les tranches annuelles du financement du RSS seront inscrites au budget de l'État et du Ministère en charge de la santé, au titre de l'appui extérieur, puis reflétées dans le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP). Le traitement de la mise à disposition se fera en une opération unique.

Le cycle budgétaire du programme RSS sera aligné sur l'année civile, ainsi que l'ensemble des activités, conformément au document de proposition du pays validé par Gavi.

La transcription par la DAF du ministère en charge de la santé des activités du RSS dans les lignes budgétaires en vue de leur exécution sera soumise à l'approbation préalable de Gavi après sa soumission au CCIA, en vue de s'assurer que les allocations budgétaires sont conformes au document de proposition du pays. Aucune activité ou dépense ne sera engagée avant l'obtention de l'avis de non objection de Gavi sur la transcription du plan d'utilisation.

Exécution budgétaire

Un plan annuel d'exécution des dépenses du programme RSS ou plan de trésorerie sera soumis au CCIA pour validation avant la mise en œuvre. Une copie de ce plan sera également communiquée au Secrétariat de Gavi pour observations éventuelles avant approbation.

Conformément aux instructions de Gavi, les fonds seront virés dans une banque commerciale. Cependant, pour les paiements des projets ou activités hors Abidjan, un compte sera ouvert dans les livres de l'ACCD à partir duquel les paiements pourront être effectués aux guichets du trésor de chacun des districts sanitaires, sans frais. Le régisseur sera commis pour établir sur place les pièces justificatives.

L'exécution des dépenses sera soumise à la procédure simplifiée qui s'effectue en deux phases : l'engagement-ordonnancement et le paiement.

Un contrôleur financier sera désigné par le Ministère auprès du Premier Ministre en charge du Budget et du Portefeuille de l'État pour assurer le contrôle financier des fonds du RSS conformément au document de proposition du pays.

Les ministres auprès du Premier Ministre chargé de l'Économie et des Finances ainsi que du budget et du portefeuille de l'État prendront les dispositions nécessaires pour confirmer l'exonération de droits et taxes sur les dépenses effectuées sur fonds Gavi. Une procédure sera mise en place pour assurer le contrôle interne inhérent au paiement des perdiems pour les missions et activités. Le paiement des perdiems est aligné sur la grille des systèmes des nations unies à l'instar des autres programmes du ministère de la Santé cofinancé par les PTF tels que l'UNICEF et l'OMS.

Cette procédure sera appuyée par des documents justificatifs permettant de garantir la réalisation d'un contrôle ex-ante et ex-post.

Passation des marchés

La passation des marchés pour les équipements sera réalisée selon les procédures nationales uniquement auprès des distributeurs agréés de ces matériels, et disposant d'un agrément leur permettant d'assurer le service après-vente et la garantie constructeur. Le recours à des fournisseurs intermédiaires achetant localement auprès de distributeurs pour revente ultérieure aux programmes sera proscrit.

Comptabilité et Communication Financière

Les états financiers préparés par le programme RSS devront couvrir l'année civile exclusivement, et présenter les opérations portant sur la trésorerie et non les engagements budgétaires. Ces états

financiers devront présenter le solde de trésorerie à l'ouverture, les fonds reçus pendant la période, les dépenses de la période et le solde de trésorerie de clôture.

Les états financiers soumis à Gavi devront être visés par le Coordonnateur du programme RSS (DGS) avec un rapport, puis signés par le Régisseur.

Un registre des immobilisations financées sur les fonds du programme RSS sera renseigné après la réalisation d'un inventaire, et mis à jour après chaque acquisition et permettra l'identification précise et la localisation de chaque actif.

La DGS effectuera des missions semestrielles de vérification quant à l'existence du matériel acquis et à son bon état de fonctionnement et de la politique de maintenance mis en œuvre.

Audit Interne

L'Inspection Générale des Finances (IGF) procédera à l'évaluation des processus de gouvernances, de management des risques et de contrôle interne et fera des recommandations pour les améliorer.

Un plan d'audit et une charte d'audit sera élaboré par l'IGF et proposé au CCIA pour validation en vue de son exécution. Les rapports d'audit interne seront transmis au coordonnateur, au CCIA, à Gavi, au Cabinet du Ministre de la Santé et au Cabinet du Premier Ministre.

Audit Externe

Un audit annuel externe du programme RSS sera organisé et finalisé dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice fiscal et sera réalisé par un cabinet d'audit indépendant. L'Audit externe annuel sera réalisé conformément aux termes de référence standard qui seront communiqués au ministère en charge de la santé par le Secrétariat de Gavi. Les rapports d'audit externe seront communiqués à Gavi au plus tard dans les 6 mois qui suivent la clôture de l'exercice fiscal. Le budget des audits externes est inscrit comme une activité à réaliser dans le cadre du programme RSS.

Mise à disposition des fonds

Les tranches approuvées pour le Renforcement du Système de Santé (RSS), seront décaissées dans les comptes dont les références sont ci-dessous : Le compte principal est alimenté en un versement unique par Gavi. Trimestriellement le sous compte est alimenté pour le financement des activités programmées. À la fin du trimestre la DGS fournit un rapport sur la gestion des fonds.

Compte principale

Nom de la banque :

Adresse de la banque :

Intitulé du Compte :

Numéro du compte :

Sous Compte géré par le régisseur

Nom de la banque : ECOBANK

Adresse de la banque : 01 BP 4107 Abidjan 01

Intitulé du Compte : Régie d'avance - RSS GAVI

Numéro du compte : CI059 01001 1-31224652802 11

Décrire les principales contraintes du système budgétaire et de gestion financière dans le secteur de la santé.

Remplir la fiche de données (ci-dessous) concernant les dispositions du budget et de gestion financière pour chacune des organisations qui recevra directement une subvention de RSS de Gavi.

*Fournir **obligatoirement l'annexe n° 7** : Plan d'achat détaillé de deux ans*

*Les candidats déposant une demande au **fond commun** sont tenus de fournir des documents pertinents pour la gestion financière et l'approvisionnement en vertu de l'accord du fond commun.*

Fiche de données (ci-dessous) concernant les dispositions du budget et de gestion financière

Tout organisation/pays bénéficiaire désirant recevoir directement des fonds de Gavi doit remplir cette feuille de données (par exemple, MdS et/ou OSC recevant un financement direct).

1. Nom et coordonnées du responsable au département des finances de l'organisation bénéficiaire.	Directeur des Affaires Financières Mr KOUAME KOUAKOU Courriel : kouatjerom@yahoo.fr
2. L'organisation bénéficiaire a-t-elle de l'expérience avec Gavi, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, le FMSTP ou d'autres partenaires de développement (p. ex. la réception de subventions antérieures) ?	OUI
3. Si OUI : <ul style="list-style-type: none"> • Veuillez indiquer le nom de la subvention, l'année et son montant. • Pour les subventions passées de Gavi et d'autres partenaires de développement, veuillez fournir une brève description des conclusions principales concernant l'usage des fonds en termes de dispositions de gestion financière. • Pour les subventions en cours, de Gavi et d'autres partenaires de développement : Veuillez fournir une brève description de tout problème concernant la mise en œuvre de la gestion financière (GF) et d'approvisionnement (p. ex. dépenses inéligibles, passation de marchés non-conformes, détournements de fonds, présentation tardive des rapports d'audit, et opinions de réserve) 	<p>RSS Gavi 2008-2016, Montant : 10.768.033 USD SSV Gavi 2013, Montant : 3.459.500 USD Pour les RSS 1 de 2013 et le SSV de 2013, selon l'évaluation conjointe de 2015 et de 2016 pour les années de gestion respectives 2014 et 2015, on note une nette amélioration de la gestion programmatique, avec néanmoins un faible taux d'absorption des fonds alloués par Gavi.</p> <p>PRSE BANQUE MONDIALE, Montant de 14 Milliards de FCFA</p> <p>PARSSI/UE 2011-2017, Montant : 10 Millions d'euros</p>
Supervision, planification et budgétisation	
4. Quel est l'organisme qui sera responsable de la supervision dans le pays du programme ? Veuillez décrire brièvement les participants, la fréquence des réunions ainsi que le processus de prise de décision.	La Direction Générale de la Santé assure le management du programme et rend compte de toutes ces activités au CCIA.
5. Qui sera responsable de la planification et de la budgétisation annuelle concernant le RSS de Gavi ?	La Direction Générale de la Santé
6. Quel est le processus de planification et de budgétisation, et qui a la responsabilité d'approuver le plan de travail et le budget annuel concernant le RSS de Gavi ?	La DGS initie le plan et la budgétisation. Elle les soumet au secrétariat Gavi pour un avis de non objection, et enfin au CCIA pour validation
7. Le programme de RSS de Gavi se reflétera-t-il dans le budget que le ministère de la Santé présente chaque année au Parlement pour approbation ?	OUI
L'exécution du budget (y compris la gestion de la trésorerie et les mouvements des fonds)	
8. Quel est l'arrangement bancaire suggéré ? (c'est-à-dire devise du compte, mouvement des fonds vers le programme). Veuillez énumérer les titres des signataires autorisés à effectuer les opérations de paiement et les demandes de réapprovisionnement du fond.	Les dépenses se feront dans la monnaie locale.
9. Les fonds de RSS de Gavi seront-ils transférés sur un compte bancaire à la banque centrale ou à une banque commerciale ou au nom du ministère de la Santé ou de l'entité chargée de la mise en œuvre ?	Les Fonds Gavi seront virés dans une banque commerciale, au nom du programme RSS.

10. Ce compte bancaire contiendra-t-il uniquement les fonds de Gavi ou servira-t-il également pour des fonds provenant d'autres sources ("compte commun" pour les fonds perçus du gouvernement et/ou de donateurs) ?	Ce compte contiendra uniquement les fonds Gavi.
11. Dans le programme de RSS, les fonds doivent-ils être transférés du niveau national aux niveaux infranationaux (provinces, arrondissements etc.) ? Si oui, veuillez décrire comment les transferts de fonds seront exécutés et contrôlés. Veuillez notamment à indiquer à quel moment de l'année (mois/trimestre) la subvention doit être reçue à l'échelon national afin d'être reversée aux niveaux infranationaux, en temps opportun.	<p>OUI</p> <p>Un compte sera ouvert dans les livres de l'Agence Comptable Centrale des Dépôts (Banque du trésor) pour faciliter la sécurisation de la mise à disposition des fonds au niveau régional et district sans frais.</p> <p>Ce compte sera approvisionné du montant de l'activité, au moment de son exécution.</p> <p>Les bénéficiaires des Districts et régions sanitaires seront directement payés au niveau du guichet local ou le régisseur se déplacera pour payer les bénéficiaires au niveau local.</p> <p>Le régisseur sera commis pour établir sur place les pièces justificatives.</p> <p>L'exécution des dépenses sera soumise à la procédure simplifiée qui s'effectue en deux phases : l'engagement-ordonnancement et le paiement.</p> <p>Le contrôle financier des dépenses sera assuré par un contrôleur financier désigné par le Ministère auprès du Premier Ministre en charge du Budget et du Portefeuille de l'État.</p>
Passation de marché	
12. Quel système de passation de marché sera utilisé pour le Programme de RSS de Gavi ? (p. ex. Code/loi national de passation de marché ou selon les procédures de passation de marchés de WB/UNICEF/OMS et d'autres partenaires de développement)	Le code des marchés publics ivoirien
13. Certains ou tous les approvisionnements doivent-ils être faits via les partenaires de Gavi dans les pays (UNICEF, OMS) ?	Certains approvisionnements seront faits via UNICEF et OMS.
14. Quel sont les ententes en matière de dotation de l'organisation concernant l'approvisionnement ?	Un mémorandum existe entre la Côte d'Ivoire et les Agences du système des Nations Unies.
15. Existe-t-il des procédures en place permettant l'inspection physique et le contrôle de la qualité des marchandises, des travaux ou des services fournis ?	<p>OUI</p> <p>En Côte d'Ivoire, il existe le principe du paiement du service fait par le contrôleur financier pour toute acquisition relative aux dépenses publiques.</p>
16. Un mécanisme de dépôt de plaintes est-il en place ? Veuillez en fournir une brève description.	<p>OUI</p> <p>Toute personne peut porter plainte à l'Inspection Général des Finances, qui a en son sein une brigade de la lutte contre la fraude et la corruption, à la haute autorité pour la bonne gouvernance. La saisine peut se faire à partir des numéros verts gratuits ou par courrier. Il existe aussi un tribunal du commerce, où tout opérateur économique peut</p>

	porter plainte (Si OUI, veuillez préciser)
17. Des procédures de résolution des litiges efficaces sont-elles en place ? Veuillez en fournir une brève description.	OUI Pour la résolution efficace d'un litige, une plainte est déposée à l'institution compétente qui utilisera la batterie en place en la matière pour le règlement de ce litige.
Procédures comptables et d'information financière (y compris la gestion des immobilisations)	
18. Quelles sont les ententes en matière de procédures comptables et d'information de l'organisation concernant l'approvisionnement ?	Utilisation de la procédure simplifiée du circuit de la dépense publique de l'État de Côte d'Ivoire
19. Quel système de procédures comptables sera utilisé pour le Programme de RSS de Gavi ? (p. ex. y a-t-il un logiciel de comptabilité ou un système manuel de comptabilité spécifique ?)	Utilisation du logiciel SIGFIP (Système Intégré de Gestion des Finances Publiques)
20. Avec quelle fréquence l'entité chargée de la mise en œuvre produit-elle des rapports financiers intermédiaires et à qui sont-ils soumis ?	Les rapports financiers intermédiaires seront produits trimestriellement et soumis au Groupe Thématique Restreint (GTR) et au Comité de Coordination inter Agence de vaccination.

Contrôles et audits internes	
21. L'organisation bénéficiaire a-t-elle un "manuel d'utilisation" décrivant le système de contrôle interne et les procédures opérationnelles relatives à la gestion financière ?	OUI
22. Existe-il un service d'audit interne au sein de l'organisation bénéficiaire ? Si oui, veuillez décrire la façon dont l'audit interne sera impliqué concernant le RSS de Gavi.	OUI Les missions d'audit interne sont assurées par l'Inspection Générale des Finances (IGF).
23. Existe-il un comité d'audit pour réaliser le suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'audit interne ?	NON, mais les rapports d'audit interne de l'IGF sont directement transmis au Cabinet du Premier Ministre.
Audits externes	
24. Les états financiers annuels doivent-ils être audités par un cabinet d'audit privé externe ou par un département d'audit gouvernemental (p. ex. contrôleur général) ? ¹	OUI, par un Cabinet privé
25. Qui est responsable de la mise en œuvre des recommandations de l'audit ?	Le Coordonnateur, le Directeur Général de la Santé

¹ Si un audit externe doit être réalisé par un cabinet privé externe, veuillez inclure des frais d'audit appropriés dans le budget détaillé.