

**Ministère de la Santé et
de l'Hygiène Publique**



République de Côte d'Ivoire
Union-Discipline-Travail



RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE DE LA COTE D'IVOIRE

Soumission à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
(GAVI) pour financement

Mars 2008

Table des matières

Page

Abréviations et acronymes	3
ANNEXES	4
Annexe 1: Plan National de Développement Sanitaire 2008- 2012 Tome 1	4
Résumé	6
2^{ème} partie : informations générales sur le pays	15
4^{ème} partie : buts et objectifs du soutien de GAVI au RSS	32
6^{ème} partie : suivi, évaluation et recherche opérationnelle.....	46
7^{ème} partie : dispositifs de mise en œuvre	59
Cette assistance technique est indispensable au démarrage des activités de mise en œuvre du soutien des fonds GAVI au renforcement du système de santé ivoirien pour l'accompagnement du personnel. Un retrait progressif de cette assistance est envisagé après que certaines personnes soient aguerries.	71
8^{ème} partie : coûts et financement du soutien de GAVI au RSS.....	72
ANNEXE 2 Formulaire bancaire.....	87

Abréviations et acronymes

ACD	Atteindre Chaque District
CCSS	Comité de Coordination du Secteur de la Santé
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNO	Centre Nord et Ouest
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Cellule de Prospective et de Stratégie
CDF	Chaîne de Froid
CREMM	Cellule Régionale des Equipements, de la Maintenance et du Matériel
DD	Direction Départementale
DEPS	Direction des Etablissements et des Professions Sanitaires
DIEM	Direction de l'Infrastructure, de l'Equipeement et de la Maintenance
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DR	Direction Régionale
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSC	Direction de la Santé Communautaire
DFR	Direction de la Formation et de la Recherche
DTC	Diphthérie Tétanos Coqueluche
EPN	Etablissement Public National
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FED	Fonds Européen de Développement
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunisation (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
HG	Hôpital Général
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé
INHHP	Institut National d'Hygiène Publique
INS	Institut National de la Statistique
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MEASURE	Monitoring and Evaluation to Asses Use of Result
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPAc	Plan Pluriannuel Complet
PUR	Programme d'Urgence et de Reconstruction
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PNN	Programme National de Nutrition
PMA	Paquet Minimum d'Activités
RNB	Revenu National Brut
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RSS	Renforcement du Système de Santé
SASDE	Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement de l'Enfant
SIG	Système d'Information de Gestion
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin Antitétanique

ANNEXES

Listes des évaluations récentes

Annexe 1: Plan National de Développement Sanitaire 2008- 2012 Tome 1

Annexe 2 : Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012 Tome 2

Annexe 3 : Plan Pluriannuel Complet 2007 à 2011 du Programme Elargi de Vaccination en Côte d'Ivoire

Annexe 4: Rapport d'évaluation interne du projet d'urgence et de réhabilitation phase II du programme de coopération Côte d'Ivoire /Unicef/ Union Européenne dans les zones Centre Nord et Ouest (PUR II)

Annexe 5: Rapport préliminaire de l'enquête sur l'utilisation des services en Côte d'Ivoire

Annexe 6 : Audit de la qualité des données (DQA)

Annexe 7: Evaluation des ressources humaines pour la santé dans le secteur privé

Annexe 8 : Plan stratégique de Développement des ressources humaines du secteur de la santé 2007-2012

Annexe 9: Revue externe 2006 du Programme Elargi de Vaccination

Annexe 10 : Enquête Nationale à Indicateurs Multiples (MICS 2006)

Annexe 11: Rapport d'activités Pharmacie de la Santé Publique (Exercice 2006)

Annexe 12: Enquête sur les Indicateurs du SIDA (EIS)

Annexe 13: Rapport de l'évaluation du système d'information et de gestion dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH en Côte d'Ivoire

Annexe 14 : Stratégie nationale de développement basée sur la réalisation des OMD, version 4, novembre 2007

Listes des arrêtés

Annexe 14: Décision N° 0731 MSHP/CAB du 15 Mai 2007 portant création, organisation, attributions et fonctionnement du comité national pour le renforcement du système de santé ivoirien avec l'appui financier de GAVI (RSS/GAVI)

Annexe 15: Arrêté N° 307 MSHP/CAB du 28 Septembre 2007 portant création, organisation, attributions et fonctionnement du comité national pour le renforcement du système de santé ivoirien avec l'appui financier de GAVI (RSS/GAVI)

Annexe 16 : Arrêté N° 213 MSHP/CAB du 16 juillet 2007 portant création, organisation, attributions et fonctionnement du comité de pilotage du processus d'élaboration du Plan National de développement sanitaire 2008-2012

Annexe 17 : Décret N° 2006- 33 du 08 mars 2006 portant organisation du Ministère de la santé et de L'Hygiène Publique

Résumé

A l'attention du proposant

- *Veillez fournir un résumé de la proposition qui comporte le but et les objectifs de la proposition en vue d'un soutien de GAVI au RSS, les stratégies et activités principales qui seront entreprises, les résultats escomptés, la durée du soutien et le montant total des fonds demandés, ainsi que les données de base et les objectifs à atteindre pour les indicateurs prioritaires choisis.*
- *Veillez indiquer le(s) personne(s) responsables de l'ensemble des activités de préparation de la proposition pour un soutien de GAVI au RSS, et préciser le rôle et la nature du CCSS (ou son équivalent), ainsi que les intervenants ayant participé à l'élaboration de la proposition.*

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2008-2012 survient trois ans après la fin du dernier plan stratégique du secteur de la santé (PNDS 1996-2005) dont l'exécution a été marquée par des circonstances défavorables (succession de crises sociopolitiques depuis 1999) qui n'ont pas permis l'atteinte des objectifs qui lui étaient assignés. Le PNDS 2008-2012 devra relever les défis concernant (i) la reconstruction post-conflit du dispositif sanitaire dans toutes ses dimensions, (ii) la lutte contre la maladie, (iii) le développement institutionnel et la modernisation du secteur, (iv) le financement du secteur, (v) la capacité gestionnaire du secteur et le partenariat pour la santé. L'objectif général est d'améliorer l'état de santé et le bien être des populations dans un contexte de post conflit. De façon spécifique, il s'agit de :

- 1) corriger les problèmes de santé et les dysfonctionnements du système de santé nés de la crise socio politique ;
- 2) réduire la morbidité et la mortalité liées aux grands problèmes de santé ;
- 3) améliorer l'efficacité du système sanitaire ;
- 4) améliorer la qualité des prestations sanitaires.

La soumission de la Côte d'Ivoire à GAVI vise à contribuer à l'atteinte des objectifs du PNDS. Cette proposition a été élaborée par le comité national pour la mise en œuvre du Renforcement du Système de Santé ivoirien (RSS-GAVI).

Ce comité chargé de suivre le processus d'élaboration et de mise en œuvre du Renforcement du Système de Santé ivoirien a été officiellement créé en 2007 et comprend deux organes :

- **Le comité de pilotage** : présidé par le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique ou son Représentant, regroupe les Ministres du Plan et du Développement, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur, de la Fonction Publique et de l'Emploi ou leurs Représentants, les Représentants Résidents des organisations internationales.
- **Le comité technique** : coordonné par le Directeur Général de la Santé et ayant pour secrétaire technique le Directeur de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), regroupe des directeurs généraux, des directeurs centraux et de coordination de programmes de santé, les représentants techniques des Représentants Résidents des organisations internationales œuvrant dans le secteur de la santé, des représentants de la société civile et du secteur privé.

La revue documentaire effectuée dans le cadre de l'élaboration de la présente proposition a permis d'identifier plusieurs obstacles à l'offre des services de santé de base dont ceux de la vaccination. Certains sont en voie d'être maîtrisés par les interventions en cours et d'autres ne le sont pas encore. Parmi ceux qui ne sont pas entrain d'être maîtrisés, certains ont été sélectionnés pour bénéficier des fonds GAVI.

Il s'agit entre autres, de : (i) la faible capacité institutionnelle pour la gestion des ressources humaines ; (ii) l'inadaptation du profil des ressources humaines pour la santé (RHS) aux exigences du paquet minimum d'activités des structures de santé ; (iii) l'insuffisance de la planification et de la coordination des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (iv) l'insuffisance de ressources matérielles et financières, (v) l'insuffisance d'appui au système national de gestion de l'information sanitaire, (vi) le problème de la distribution des vaccins et de la gestion des médicaments, et autres intrants stratégiques.

La faible capacité institutionnelle pour la gestion de ressources humaines pour la santé se traduit d'une part par une insuffisance de documents normatifs et d'outils de gestion des ressources humaines pour la santé et d'autre part par une insuffisance de la formation des gestionnaires des ressources humaines pour la santé à la coordination, planification, programmation et suivi-évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'inadaptation du profil des RHS aux exigences du paquet minimum d'activités des structures de santé résulte du non respect des besoins prioritaires en matière de formation continue. La formation des équipes cadres de districts et des agents prestataires de soins pour l'application du PMA dans les ESPC et les hôpitaux de référence des districts demeure une priorité pour offrir aux populations des soins intégrés et efficaces.

En ce qui concerne la planification et la coordination des activités, l'appui du niveau central aux directions régionales et districts sanitaires pour l'élaboration de leurs plans d'actions demeure insuffisant. Cet appui devra être organisé et renforcé pour permettre aux directions régionales et districts sanitaires de disposer de plan d'action opérationnel et améliorer leur performance. En outre, les mécanismes de suivi et d'évaluation devront être renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour la mise en œuvre des plans d'actions opérationnels.

L'insuffisance de ressources matérielles et financières est un problème majeur. Elle se traduit par une insuffisance d'allocations financières pour l'acquisition de moyens de transport, la réhabilitation et l'équipement des infrastructures sanitaires et la maintenance. Toutes choses qui contribuent à une baisse de l'offre et de la qualité des prestations sanitaires.

Le Système national d'information sanitaire connaît de nombreuses difficultés liées à l'insuffisance et la vétusté des équipements informatiques, aux ruptures récurrentes des supports de collecte de données, à l'insuffisance de formation des agents de santé pour la gestion des données, avec pour conséquence la faible complétude des données, la faible retro-information et la diffusion tardive des rapports ne favorisant pas l'utilisation des données à temps pour la prise de décision.

Le problème de la disponibilité et de la gestion des médicaments, vaccins et autres intrants stratégiques affecte également la mise en œuvre du paquet minimum d'activités des établissements de soins.

La présente soumission à GAVI dont le but est d'accroître et maintenir de manière durable la couverture vaccinale en Côte d'Ivoire par le renforcement du système de santé s'est fixée trois objectifs :

1. Renforcer les capacités de gestion du personnel de santé de 6 services centraux, 12 Directions Régionales de la Santé et des équipes cadres de 32 Districts Sanitaires de 2008 à 2012 ;
2. Revitaliser 326 ESPC, 24 HG et 8 CHR dans 32 districts sanitaires de 2008 à 2012 ;
3. Améliorer la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de 2008 à 2012.

Les principales activités retenues sont : (i) la formation continue du personnel de santé, (ii) la réhabilitation et le rééquipement des structures sanitaires (iii) et le renforcement de la gestion de l'information sanitaire.

A la fin de cette intervention, les résultats suivants sont attendus :

- les capacités de gestion du personnel de santé sont renforcées dans 6 services centraux, 12 Directions Régionales de la Santé et 32 Districts Sanitaires 326 ESPC, 24 HG et 8 CHR dans 32 districts sanitaires sont revitalisés et offrent des prestations de qualité en faveur de la mère et de l'enfant;
- la gestion de l'information sanitaire est améliorée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

La principale stratégie développée pour atteindre ces résultats est le renforcement des capacités dans les domaines d'intervention que sont :

- les ressources humaines ;
- les services et prestations de santé ;
- les équipements, la logistique et la réhabilitation des structures ;
- le système d'approvisionnement et de distribution des vaccins, des médicaments, des consommables et autres intrants stratégiques ;
- le Système National d'Information Sanitaire ;
- la recherche opérationnelle.

La proposition RSS/GAVI cible 32 districts sanitaires repartis dans 12 directions régionales de la santé et couvre une population estimée à 8 815 546 habitants. La durée du soutien de GAVI au renforcement du système de santé de la Côte d'Ivoire est de 5 ans, allant de 2008 à 2012. Le montant total des fonds demandés s'élève à 8 697 749 USD, soit trois milliard huit cent trois millions cent deux mille huit cent sept francs CFA (3 853 102 807 F CFA).

1^{ère} partie : processus d'élaboration de la proposition

A l'attention du proposant

Veillez décrire dans cette partie le processus d'élaboration de la proposition pour un soutien de GAVI au RSS.

- Veillez commencer par la présentation de votre Comité de coordination du secteur de la santé ou son équivalent (tableau 1.1).

1.1: Le CCSS (ou son équivalent dans votre pays)

Nom du CCSS (ou son équivalent) :

Le comité national pour la mise en œuvre du Renforcement du Système de Santé ivoirien (RSS-GAVI)

Le CCSS s'acquitte de l'ensemble de ses tâches depuis :

Le comité national pour la mise en œuvre du Renforcement du Système de Santé ivoirien (RSS-GAVI) a été créé par décision n°0731 MSHP/CAB du 15 mai 2007 portant création, organisation, attributions et fonctionnement du comité national pour le Renforcement du Système de Santé ivoirien avec l'appui financier de GAVI (RSS-GAVI).

Cette décision a été ensuite confirmée par l'arrêté n°307 MSHP/CAB du 28 septembre 2007 portant création, organisation, attributions et fonctionnement du comité national pour le Renforcement du Système de Santé ivoirien avec l'appui financier de GAVI (RSS-GAVI).

Ce comité est chargé de suivre le processus d'élaboration et de mise en œuvre du Renforcement du Système de Santé ivoirien.

Structure (par ex., sous-comité, organisme indépendant) :

Le comité national comprend un comité de pilotage et un comité technique

Le comité de pilotage :

Le Comité de Pilotage présidé par le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique ou son Représentant comprend :

- Le Ministre du Plan et du Développement ou son Représentant
- Le Ministre de l'Economie et des Finances ou son Représentant
- Le Ministre de l'Intérieur ou son Représentant
- Le Ministre de la Fonction Publique et de l'Emploi ou son Représentant
- Le Représentant Résident de l'Union Européenne ou son Représentant
- Le Représentant Résident de l'OMS ou son Représentant
- Le Représentant Résident de l'UNFPA ou son Représentant
- Le Représentant Résident de l'UNDP ou son Représentant
- Le Représentant Résident de l'Unicef ou son Représentant
- Le Directeur du PEPFAR ou son représentant
- Le Conseiller Résident de MEASURE Evaluation/JSI

Le comité technique :

Le comité technique qui soutient le comité de pilotage est composé comme suit :

Coordonnateur : Le Directeur Général de la Santé

Secrétaire Technique : Le Directeur de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation

Membres :

- Le Directeur Général de l'Hygiène Publique
- Le Coordonnateur de la Cellule de Prospective et de Stratégie
- Le Directeur Coordonnateur du Programme Elargi de Vaccination
- Le Représentant technique du Représentant Résident de l'OMS
- Le Représentant technique du Représentant Résident de l'UNFPA
- Le Représentant technique du Représentant Résident de l'UNICEF
- Le Directeur des Infrastructures de l'Equipement et de la Maintenance
- Le Directeur Général de la Pharmacie de la Santé Publique
- Le Directeur de l'Institut National d'Hygiène Publique
- Le Directeur des Affaires Financières du MSHP
- Le Directeur de la Santé Communautaire
- Deux (2) représentants de la société civile
- Deux (2) représentants du secteur privé
- Un (1) Chargé d'Etudes du Cabinet du MSHP

Rôle et fonction :

Le Comité de Pilotage est chargé de :

- Valider la proposition RSS-GAVI de la Côte d'Ivoire
- Faire les recommandations nécessaires à la bonne exécution de la proposition RSS-GAVI de la Côte d'Ivoire
- Déterminer les orientations du comité technique
- Convoquer les réunions du comité national et en déterminer l'ordre du jour

Le comité technique est chargé de :

- Elaborer la proposition RSS-GAVI de la Côte d'Ivoire
- Elaborer les plans d'actions de RSS-GAVI
- Rendre compte de l'évolution du processus au Comité de Pilotage
- Mettre en œuvre les orientations arrêtées par le Comité de Pilotage

- Suivre et contrôler la mise en œuvre du processus d'élaboration
- Proposer des solutions à tout problème lié au processus d'élaboration et de mise en œuvre
- Faire des rapports sur le processus d'élaboration et de mise en œuvre
- Elaborer un tableau récapitulatif de suivi et d'évaluation

Fréquence des réunions :¹

Le comité de pilotage se réunit deux fois par an pour valider les plans d'actions annuels et les rapports d'activités. Cependant, dans le cadre du processus d'élaboration de la proposition de renforcement du système de santé, il se réunit autant de fois que de besoin.

Le comité technique se réunit tous les quinze jours et autant de fois que de besoin.

A l'attention du proposant

- *Veillez décrire ensuite le processus suivi par votre pays pour élaborer la proposition pour un soutien de GAVI au RSS (tableau 1.2)*

1.2: Synthèse du processus d'élaboration de la proposition

Qui a coordonné et supervisé le processus d'élaboration de la proposition ?

Le processus d'élaboration de la proposition a été coordonné et supervisé par le comité pilotage pour le Renforcement du Système de Santé à travers son comité technique.

Qui a dirigé la rédaction de la proposition ? Une assistance technique a-t-elle été fournie ?

Le processus d'élaboration de la proposition a été dirigé par le Directeur de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation. Sa rédaction a bénéficié d'une assistance technique fournie par trois consultants nationaux recrutés après appel à candidature et un consultant international sélectionné en collaboration avec le bureau de l'OMS-Côte d'Ivoire.

Les représentants techniques des organisations internationales clés notamment OMS et Unicef et des ONG appuyant les interventions au niveau du système de santé ont été impliqués dans ce processus.

Veillez décrire le processus chronologique succinct des activités, réunions et séances d'examen qui ont précédé la soumission de la proposition.

- ☞ Une délégation ivoirienne (Directeur de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation, du Directeur Coordonnateur du Programme Elargi de Vaccination, du responsable du système de santé de l'OMS, du responsable PEV de l'OMS et d'un représentant de l'Unicef) a participé la mission de lancement régional du projet en mars 2007 à Ouagadougou au Burkina Faso.
- ☞ Une séance de travail regroupant la DIPE, la DCPEV et la Cellule de Prospective et de Stratégie a été organisée le 26 mai 2007 pour préparer une présentation et élaborer le chronogramme d'élaboration de la proposition.
- ☞ Sous la présidence du Directeur Général de la Santé, le 29 mai 2007 une synthèse du projet RSS/GAVI a été présentée et le chronogramme d'élaboration de la proposition de la Côte d'Ivoire a été adopté par le comité technique élargi aux autres structures gouvernementales, aux partenaires au développement et à la société civile.
- ☞ Le début des travaux a été marqué par la constitution de groupes de réflexion le 13 juin 2007 selon des axes d'intervention prioritaires recommandés par GAVI. Ces groupes de réflexion étaient composés des principaux services du Ministère de la santé. Une synthèse des travaux de groupes

¹ Les comptes-rendus de réunions du CCSS concernant le soutien RSS, y compris le compte-rendu de la réunion au cours de laquelle la proposition a été adoptée, doivent être joints à la proposition, comme documents d'appui. Les comptes-rendus doivent être signés par le président du CCSS. Le compte-rendu de la réunion d'adoption de cette proposition pour le soutien de GAVI au RSS doit être signé par tous les membres du CCSS.

relevant les principaux obstacles liés au système de santé pouvant influencer la couverture vaccinale voire la santé de la mère et de l'enfant a été faite le 19 juillet 2007.

- ☞ Une réunion d'information des membres du comité de pilotage sur le soutien GAVI pour le renforcement du système de santé s'est déroulée le 08 août 2007.
- ☞ Trois consultants nationaux recrutés après appel à candidature ont rédigé le draft 0 de la proposition RSS/GAVI Côte d'Ivoire qui a été soumis le 17 septembre 2007 aux membres du comité technique élargi qui ont formulé des recommandations en vue de son enrichissement. La prise en compte de ces recommandations a permis aux consultants de rendre disponible le draft 1 de la proposition qui a été prévalidé le 27 septembre 2007 par le comité technique.
- ☞ Ce draft prévalidé a été présenté le 03 octobre 2007 aux membres du comité de pilotage pour approbation. A cette occasion, le comité de pilotage a demandé le report de la soumission le 07 mars 2008, et a recommandé que le processus de rédaction se poursuive pour finaliser la proposition.
- ☞ Le draft a été soumis à l'appréciation d'experts commis par le cabinet du Ministre en charge de la santé pour examiner le PNDS 2008-2012. Au cours d'une retraite du 16-18 janvier 2008 à Grand Bassam à 30 km d'Abidjan, ils ont examiné la proposition et procédé à la mise en cohérence de la proposition RSS/GAVI avec le plan national de développement sanitaire en cours d'élaboration.
- ☞ Le draft 2 issu de cette retraite a été par la suite, examiné, par le consultant international recruté en janvier 2008. Celui-ci a apporté sa contribution au cours d'un atelier à Grand Bassam avec l'appui d'autres experts nationaux du 29 janvier au 06 février 2008. Au regard des observations, il a été recommandé la mise en place d'un groupe restreint pour continuer la rédaction et finaliser le document.
- ☞ Ce groupe restreint a été mis en place le 06 février 2008 par le Directeur général de la Santé, coordonnateur du comité technique pour la rédaction du document final. Ce groupe a travaillé pendant trois semaines durant pour produire la première version.
- ☞ Cette version du document de la proposition a été partagée avec le consultant international et des pairs sous régionaux identifiés par l'OMS Côte d'Ivoire.
- ☞ Ensuite le document a été présenté au comité technique élargi le 29 février 2008 et les recommandations issues de cette rencontre ont été prises en compte pour enrichir le contenu de la proposition.
- ☞ Enfin cette version finale a été présentée au comité de pilotage qui s'est réuni le 04 mars 2008 pour valider et approuver la proposition.

Qui est intervenu dans l'examen de la proposition, et quelles en ont été les modalités ?

Les organisations qui sont intervenues dans l'examen de la proposition RSS sont :

1. le comité de pilotage
2. l'Organisation Mondiale de la Santé (Bureau pays)
3. le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Bureau pays)
4. l'UNFPA
5. MEASUR/Evaluation/JSI

Les modalités d'examen de la proposition RSS :

1. une fois qu'un draft de la proposition est achevé, celui-ci est examiné par les membres du comité technique élargi pour recueillir les observations et enrichir le draft au cours d'une réunion. Trois réunions ont lieu à cet effet.
2. Le Draft 1 a été examiné par les experts du PNDS 2008-2012 au cours d'un atelier.
3. Le draft 2 a été examiné par le consultant international au cours d'un atelier.
4. Le draft 3 finalisé par le groupe restreint a été soumis à nouveau au consultant international et aux pairs sous régionaux
5. Les drafts ont été soumis au comité de pilotage au cours d'une réunion pour validation et approbation. Deux réunions ont été organisées à cet effet.

Qui a approuvé et adopté la proposition avant qu'elle ne soit soumise au Secrétariat de GAVI ?

La proposition a été approuvée et adoptée par le comité de pilotage.

A l'attention du proposant

- *Veillez décrire en page suivante les rôles et responsabilités des partenaires-clés associés à l'élaboration de la proposition pour un soutien de GAVI au RSS (tableau 1.3).*

Note: Veuillez vous assurer que tous les partenaires-clés

A l'attention du proposant

- *Dans le cas où le CCSS souhaiterait faire plus de commentaires ou aurait des recommandations à faire concernant la proposition pour un soutien de GAVI au RSS au Secrétariat de GAVI et au Comité d'examen indépendant, veuillez le faire ci-dessous :*
- *S'il n'y a pas eu de participation de la société civile ou du secteur privé, veuillez en donner les raisons et indiquer si ces derniers seront appelés à jouer un rôle dans la prestation de services ou le plaidoyer dans le cadre de la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS.*

1.4: Autres commentaires sur le processus d'élaboration de la proposition pour un soutien de GAVI au RSS

Le processus d'élaboration et d'examen de la proposition pour le renforcement du système de santé de la Côte d'Ivoire a bénéficié de la contribution de tous les partenaires du secteur de la santé (coopération bilatérale, multilatérale et systèmes des nations unies, ONG et société civile). Mais pour des contraintes de calendrier, certains partenaires n'ont pu participer à toutes les activités.

Dans le cadre de l'élaboration du PNDS, il existe un comité dénommé Comité de pilotage du processus d'élaboration du PNDS 2008-2012 dont les membres sont quasiment les mêmes que ceux du comité national pour la mise en œuvre du Renforcement du Système de Santé ivoirien (RSS-GAVI). Toutefois, pour une meilleure coordination des interventions pour le renforcement du système de santé ivoirien, il est envisagé à terme de créer un seul comité de pilotage chargé du suivi et de la mise en œuvre du Renforcement du système de santé en Côte d'Ivoire.

2^{ème} partie : informations générales sur le pays

d) Evolution du cadre macro-économique

La croissance du PIB a été fortement ébranlée en 2000 avec un taux annuel de -2,3%. Un redressement de la croissance a été observé en 2004 et 2005 avec un taux se situant à 1,8%. En 2006 la croissance a été de 1,2%. Le rapport du PNUD 2006 sur le développement humain indique pour la Côte d'Ivoire, un Indice de Développement Humain (IDH) de 41,5% et un rang de 164 sur 177 pays, alors que cet indice était de 42,7% en 2000. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté a été évaluée à 38,4% en 2002 selon l'enquête menée par l'Institut National de la Statistique (INS). Ce taux est actuellement estimé à plus de 40% selon le PNUD, avec comme principales victimes les jeunes.

Tableau : indicateurs sociodémographiques et économiques

Informations	Valeur	Informations	Valeur
Population	20 581 770 ¹	RNB par habitant	576 USD ²
Cohorte de naissances annuelles	607 163 ³	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	125 /1000 ⁴
Nourrissons survivants*	536109 ⁵	Taux de mortalité infantile	84/1000 ⁶
Pourcentage du RNB alloué à la santé	4,03% ⁷	Pourcentage des dépenses du gouvernement au titre de la santé	5,44% ⁸

* Nourrissons survivants = nourrissons encore en vie à l'âge de 12 mois

e) Organisation du système de santé

Le système sanitaire de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal avec deux versants : le versant administratif et le versant offre de soins. Chaque versant comprend trois niveaux et des composantes correspondant à chaque niveau.

Le versant administratif comprend :

Le niveau central comprend le cabinet du Ministre, les services rattachés au cabinet, deux directions générales, les directions centrales et les Etablissements Publics Nationaux.

Le niveau intermédiaire correspond aux **directions régionales au nombre de 19**, chargées de coordonner les activités des services de santé implantés dans leur ressort territorial.

Le niveau périphérique représenté par **72 districts sanitaires** qui constituent le niveau opérationnel du système. A chaque district sont rattachés des structures sanitaires de premier niveau et un hôpital de référence pour la mise en œuvre des soins de santé primaires.

Le versant offre de soins comprend :

Le premier niveau, point d'entrée dans le système est constitué des établissements sanitaires de premier contact que sont les centres de santé (urbains et ruraux), les formations sanitaires urbaines.

¹ Projection de la population selon le recensement général de la population et de l'habitat de 1998, INS, 2007

² Ministère de l'Economie et des Finances

³ Institut National de la Statistique, 2007

⁴ Enquête sur les Indicateurs du Sida, 2005

⁵ Institut National de la Statistique, 2007

⁶ Institut National de la Statistique, 2005

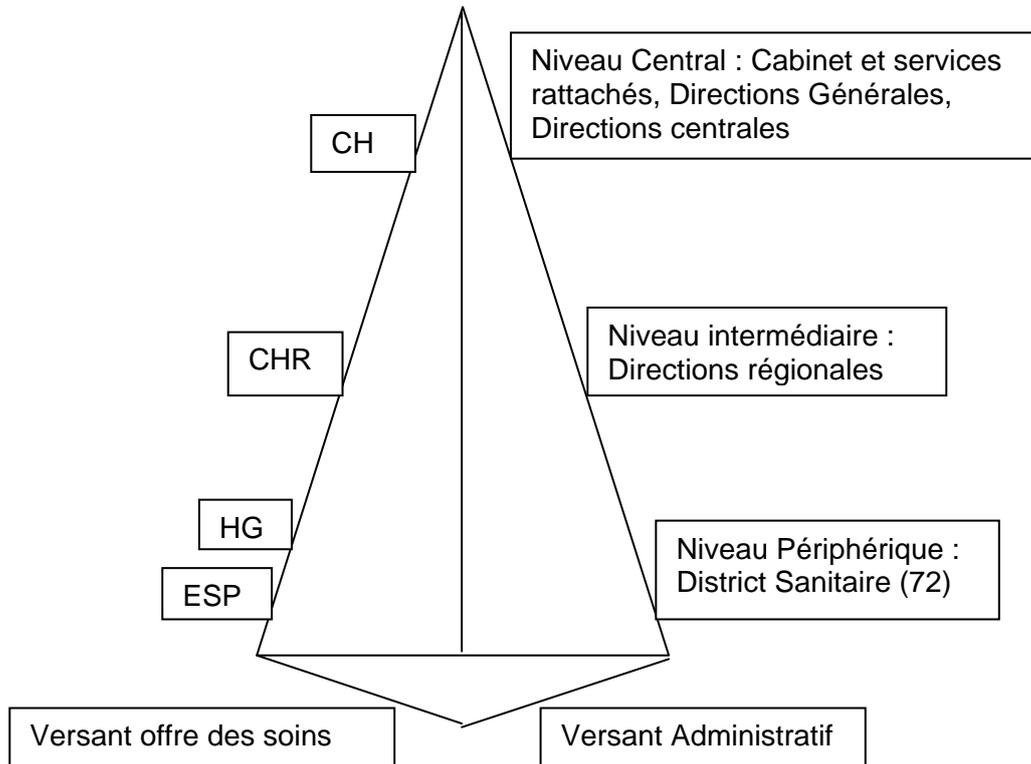
⁷ Pourcentage du RNB alloué à la santé, UEMOA, 2006

⁸ Ministère de l'Economie et des Finances, 2005

Le deuxième niveau est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (hôpitaux généraux et centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés).

Le troisième niveau comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence. Ce niveau comprend les CHU, l'Institut de Cardiologie d'Abidjan, l'Institut Raoul Follereau, l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP) et le SAMU.

Figure 1 : pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire



A l'attention du proposant

- *Veillez fournir un résumé succinct du Plan du secteur de la santé de votre pays (ou son équivalent) qui comporte les objectifs principaux du plan, les forces et faiblesses principales identifiées lors d'analyses du secteur de la santé, ainsi que les domaines prioritaires pour une amélioration future (tableau 2.2).*

2.2: Synthèse du Plan stratégique national du secteur de la santé

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2008-2012 survient trois ans après la fin du dernier plan stratégique du secteur de la santé (PNDS 1996-2005) ;

Les crises socio-politiques qui se sont succédées en Côte d'Ivoire depuis 1999 ont perturbé la mise en œuvre du PNDS 1996-2005. Il est à noter que la réalisation des objectifs du PNDS dépendait étroitement des apports financiers extérieurs et de la stabilité des paramètres économiques et sociopolitiques du pays. L'arrêt de la coopération financière et technique avec certains partenaires clés a constitué un handicap majeur pour la mise en œuvre efficace du PNDS 1996-2005.

Ces différentes crises, notamment la crise armée de 2002 ont contribué à aggraver la situation sanitaire déjà préoccupante avec la destruction, le pillage des infrastructures sanitaires, le déplacement massif des populations des zones de conflit dites zones Centre, Nord et Ouest (CNO) vers le reste du pays.

Toutefois, les évolutions positives constatées au cours de l'année 2007 dans le sens du retour à la paix, se sont avérées propices à un nouvel exercice de planification couvrant cette fois une période quinquennale 2008-2012. Cette planification prend en compte les besoins de reconstruction post conflit du dispositif sanitaire et d'approfondissement des réformes du secteur y compris les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

L'analyse de la situation dans le cadre de l'élaboration du nouveau PNDS révèle des difficultés et dysfonctionnements tant organisationnels, opérationnels que financiers. Les principaux indicateurs de santé sont à des niveaux jugés insatisfaisants.

Les forces

Un paquet minimum d'activités a été défini aussi bien pour les services de soins (ESPC, HG, CHR) que pour les services administratifs (Directions départementales et régionales) aux niveaux périphérique et intermédiaire.

Des programmes prioritaires de santé (dont le Programme Elargi de Vaccination, le programme de la santé de la reproduction, le programme de santé infantile) **ont été mis en place** couvrant les maladies transmissibles et non transmissibles prioritaires.

La Côte d'Ivoire **dispose de ressources humaines en santé ayant une bonne formation de base dans plusieurs domaines de compétence**. Ainsi, en 2005, on pouvait compter 17 677 agents de santé dans le secteur public, repartis comme suit : 2 030 personnels médicaux (1 698 médecins, 128 pharmaciens et 204 chirurgiens dentistes), 9 372 personnels paramédicaux (dont 6 842 infirmiers, 2 146 sages femmes et 391 aides soignants) ; 1 269 personnels médico-techniques ; 2 420 personnels administratifs et sociaux ; et 2 579 personnels journaliers. Au niveau du secteur privé, on a dénombré 300 médecins ; 700 pharmaciens, 120 chirurgiens dentistes. Au cours de l'année 2007, le Gouvernement a recruté de manière exceptionnelle, **1287 cadres supérieurs de la santé dont 953 médecins, 263 pharmaciens et 71 chirurgiens dentistes**.

En ce qui concerne les **infrastructures sanitaires**, la couverture en établissement de soins était estimé en 2000 à en Infrastructure sanitaire 1 ESPC pour 12 822 habitants, 1 maternité pour 14 000 femmes en âge de procréer, 1 lit d'hôpital pour 2 890 habitants.

Le financement du secteur de la santé en Côte d'Ivoire est principalement assuré par l'Etat et les communautés et les partenaires au développement. L'intervention de l'Etat cible en grande partie le fonctionnement du système de santé. Quant aux appuis extérieurs, ils sont généralement orientés vers des investissements pour le renforcement des infrastructures, des équipements et de la logistique. La mise en œuvre des programmes de santé bénéficie également d'un soutien financier à travers les ressources octroyées dans le cadre de la coopération multilatérale (OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD, Banque Mondiale, Fonds Mondial) ou dans le cadre de la coopération bilatérale (PEPFAR, Coopération belge, Union Européenne etc.)

Le mouvement associatif à visée sanitaire a connu un développement remarquable ces dernières années. Ces associations et organisations non gouvernementales apparaissent comme de nouveaux acteurs et partenaires du système de santé dont la complémentarité est appréciée à sa juste valeur. Celles-ci interviennent aussi bien dans les grandes villes que dans les zones rurales. Les interventions de ces organisations non gouvernementales sont soutenues financièrement et techniquement aussi bien par l'Etat que par les partenaires au développement.

Faiblesses

La situation sanitaire générale en Côte d'Ivoire est le reflet des besoins sanitaires considérables, persistants et globalement insatisfaits. Malgré certaines avancées, l'offre de services est encore faible en bien des domaines. Elle est gérée dans l'ensemble de manière peu performante pour diverses raisons :

L'accessibilité aux soins et aux prestations sanitaires est faible pour certaines populations. On observe une baisse de la qualité de l'offre de services et de la fréquentation des services.

Une insuffisance de coordination des interventions des partenaires nationaux et internationaux.
Une démotivation du personnel technique accentué par la crise sociopolitique.

Globalement, très peu de recherches opérationnelles sur le système de santé sont réalisées, notamment au niveau des districts sanitaires où le besoin en la matière est manifeste. Malgré la qualité des ressources humaines disponibles, elles sont en nombre insuffisant et inégalement réparties.

Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire connaît une situation de sous financement perpétuel. Ce sous financement est lié d'une part à la faiblesse des flux financiers drainés au profit du secteur, notamment les allocations budgétaires étatiques, et d'autre part à la faiblesse des flux financiers générés par le secteur lui même. L'Etat consacre, en moyenne 5% du budget global au Ministère de la santé. Seulement 25% de ce budget est alloué aux investissements. Par ailleurs, l'Etat alloue des ressources pour la santé à d'autres secteurs tels que les Ministères de lutte contre le SIDA, de la défense et de l'éducation.

Les niveaux des indicateurs relatifs à la morbidité et à la mortalité traduisent une certaine faiblesse du système de santé ivoirien. Le taux brut de mortalité était de 14 ‰ en 2006. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 46 ans en 2006. La mortalité infantile s'élevait à 89 décès pour 1000 naissances vivantes en 2005. La mortalité maternelle était estimée à 543 décès pour 100 mille naissances vivantes en 2005. Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux et une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complication survenant au décours de la grossesse et de l'accouchement.

Une résurgence des maladies évitables par la vaccination a été observée du fait de la crise. En effet, on a constaté une augmentation du nombre de cas suspect de rougeole (de 5842 en 2001 à 7633 en 2002), des cas confirmés de poliomyélite (de 0 en 2001 à 17 en 2004) et de tétanos maternel et néonatal (de 19 en 2001 à 31 en 2005).

Cette crise a eu également pour conséquence une altération des indicateurs du PEV de routine. Les couvertures vaccinales nationales par antigène sont généralement inférieures à 80% sur la période de 2001 à 2005. Elles ont une tendance à la stagnation ou à la baisse, confirmée par les enquêtes des revues externes menées en 2001 et 2006. Entre ces deux années la baisse de couverture vaccinale observée est d'environ 8 points en moyenne par antigène. Les taux d'abandon entre la première et la troisième dose de DTC-HépB sont élevés passant de 22% en 2001 à 29% en 2005. Au niveau des indicateurs de performance des districts sanitaires, le pourcentage de districts avec une couverture vaccinale en DTC3 supérieure ou égale à 80% est passé de 13% en 2001 à 9% en 2005. Celui des districts avec une couverture vaccinale en rougeole supérieure ou égale à 80% est passé de 13% à 9% pendant la même période.

Au niveau de la surveillance épidémiologique, cette

3^{ème} partie : analyse de situation / évaluation des besoins

A l'attention du proposant

Soutien de GAVI au RSS Le soutien de GAVI au RSS ne peut pas s'attaquer à tous les obstacles présents dans le système de santé qui ont des répercussions sur les services de vaccination et les autres services de santé de la mère et de l'enfant. Le soutien de GAVI au RSS doit compléter et non substituer ou faire double emploi avec les activités et les initiatives existantes (ou prévues) de renforcement du système de santé. Le soutien de GAVI au RSS doit cibler les « lacunes » existant dans les tentatives en cours d'amélioration du système de santé.

- Veuillez fournir des informations sur les évaluations les plus récentes du secteur de la santé qui ont identifié les contraintes et obstacles dans le système de santé. (tableau 3.1)

Note: Les évaluations pourraient inclure un bilan récent du secteur de la santé (réalisé au cours des 3 dernières années), un rapport ou une étude récente des contraintes sectorielles, une analyse de situation (telle que celle qui a été réalisée pour le PPAc), ou toute synthèse de ces documents. Veuillez joindre les rapports de ces évaluations à la proposition (avec des résumés si vous en disposez). Merci de les numéroter et d'en faire la liste en annexe 1.

Note: S'il n'y a pas eu d'évaluation approfondie récente du système de santé (au cours des 3 dernières années), il faudra absolument effectuer un examen qui identifie et analyse les goulots d'étranglement principaux des systèmes de santé avant l'introduction de votre demande en vue d'obtenir un soutien de GAVI au RSS. Cet examen devra identifier les forces et faiblesses principales du système de santé et les points où il sera nécessaire de renforcer les capacités du système pour parvenir à améliorer la couverture vaccinale et à la maintenir au niveau atteint.

3.1: Evaluations récentes du système de santé¹

Titre de l'évaluation	Institutions impliquées	Domaines / thèmes couverts	Dates
Plan National de Développement Sanitaire 2008- 2012 Tome 1	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère du Plan et du Développement, OMS, UE, UNFPA, UNICEF	Diagnostic du système de santé	2008
Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012 Tome 2	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère du Plan et du Développement, OMS, UE, UNFPA, UNICEF	Reconstruction, réhabilitation post conflit du dispositif sanitaire national -développement institutionnel et renforcement de la gestion - amélioration de la santé de la mère et de l'enfant - Lutte contre la maladie - Développement des ressources pour la santé -Développement de l'hygiène et de la prévention des risques sanitaires -Développement du partenariat et de la	2008

¹ Au cours des trois dernières années.

		coopération de la santé	
Plan Pluriannuel Complet 2007 à 2011 du Programme Elargi de Vaccination en Côte d'Ivoire	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Analyse situationnelle, Objectifs, Stratégies, Activités du Programme Elargi de Vaccination de 2007 à 2011	Avril 2007
Rapport d'évaluation interne du projet d'urgence et de réhabilitation phase II du programme de coopération Côte d'Ivoire /Unicef/ Union Européenne dans les zones Centre Nord et Ouest	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Unicef, Union Européenne	Fonctionnalité des structures sanitaires Qualité de la prise en charge Situation épidémiologique Appui financier Opinion de la communauté	Juillet 2007
Rapport préliminaire de l'enquête sur l'utilisation des services en Côte d'Ivoire	Cellule prospective et de stratégie du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Utilisation des services Qualité des soins	Août 2007
DQA : Audit de la qualité des données	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, l'OMS, UNICEF, GAVI	La collecte et enregistrement des données, archivage et le Rapportage des données, le monitoring et l'évaluation, la conception du système, le dénominateur	2007
Plan stratégique de Développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2007-2012	Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Ressources humaines	2007
	PHR+ et d'ABT Associates	Ressources humaines	2006
Revue externe 2006 du Programme Elargi de Vaccination	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, OMS, UNICEF, AMP	Coût et financement de la vaccination Communication Surveillance des maladies Couverture vaccinale Gestion opérationnelle et logistique	Juin à septembre 2006
Enquête Nationale à Indicateurs Multiples (MICS 2006)	Institut National de la Statistique (Ministère du Plan et du Développement), UNICEF, PAM, UNFPA, PNUD, Union Européenne	Santé de la reproduction, Nutrition, Développement de l'enfant Santé infantile Education Protection de l'enfant VIH/SIDA et enfants orphelins et vulnérables	14 août au 31 octobre 2006
Rapport d'activités de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire, exercice 2006	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Gestion des médicaments (approvisionnement, distribution, gestion des stocks)	2006
EIS : Enquête sur les Indicateurs du SIDA	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, MLS, Ministère du plan et du développement, ORC MACRO, L'INS, USAID, RETROCI OMS UNICEF, UNDP, UNFPA UNAIDS, Fonds Mondial, PEPFAR	Caractéristique des ménages, Fécondité et santé reproductive, Mortalité infantile et adulte, Maternelle OEI, VIH/SIDA, Genre et violence envers les femmes.	2005

Rapport de l'évaluation du système d'information et de gestion dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH en Côte d'Ivoire	Ministère de Lutte contre le Sida, MEASURE Evaluation	Système sanitaire	d'information	2004
--	---	-------------------	---------------	------

A l'attention du proposant

- *Veillez fournir des informations sur les obstacles principaux présents dans le système de santé s'opposant à l'amélioration de la couverture vaccinale qui ont été identifiés par les évaluations récentes répertoriées ci-dessus. (tableau 3.2)*
- *Veillez fournir des renseignements sur les obstacles qui sont en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante avec les ressources existantes (tableau 3.3).*
- *Veillez fournir des renseignements sur les obstacles qui ne sont pas en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante et qui ont besoin d'un soutien de GAVI au RSS (tableau 3.4).*

3.2 : Obstacles principaux à l'amélioration de la couverture vaccinale identifiés par des évaluations récentes

Le système de santé ivoirien vient de connaître la période la plus difficile de son développement. La crise armée déclenchée en 2002 a marqué un coup de frein dans son processus de développement aggravant les dysfonctionnements déjà existants.

Les récentes évaluations effectuées dans le domaine de la santé ont permis de relever les insuffisances dans les domaines suivants :

- les ressources humaines ;
- l'organisation et la gestion des services de santé y compris le financement;
- le Système National d'Information Sanitaire ;
- le système d'approvisionnement et de distribution des vaccins, des médicaments des consommables et autres intrants stratégiques ;
- les infrastructures, les équipements et la logistique;
- la recherche opérationnelle.

3.2.1 : Les ressources humaines

De 2005 à 2007 quatre principales évaluations ont été réalisées en Côte d'Ivoire dans le domaine des RHS en vue d'élaborer le premier plan stratégique des RHS. Les principaux problèmes identifiés dans ce domaine concernent essentiellement :

- **la faible capacité institutionnelle pour la gestion des ressources humaines pour la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire** marquée par une insuffisance institutionnelle des structures centrales et décentralisées en matière de coordination, planification, programmation, suivi et évaluation.
- **L'insuffisance de coordination des formations continues réalisées** dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé. En effet, elles ont le plus souvent lieu grâce à

l'appui technique et financier des partenaires intervenant dans le domaine de la santé, sans réel respect des besoins prioritaires du Ministère de la santé, ceci entraînant une inadaptation du profil des RHS aux exigences du PMA¹.

- **le déséquilibre quantitatif entre la production des professionnels médicaux et paramédicaux et les besoins.** Malgré l'importance numérique des RHS (17 677)² notifiée dans les données statistiques 2005 de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la santé, la couverture des besoins reste insatisfaisante³. Le manque à gagner est plus marqué pour certaines catégories d'agents notamment, les infirmiers et les sages-femmes qui représentent les principaux animateurs des soins de santé primaires. En 2006 les besoins estimés pour couvrir l'offre de soins dans les services de santé sont de l'ordre de 949 pour les infirmiers, 449 pour les sages femmes, 144 pour les Techniciens supérieurs de la santé et 125 pour les personnels médicaux.
- Selon l'Évaluation des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire (2005), l'on assisterait à une baisse en effectif total du personnel para médical en 2008 par rapport au besoin et ceci pourrait affecter la prestation des services de santé de base.
- **les déficits et disparités dans la répartition du personnel médical et paramédical dans les structures de santé.** Il a été noté, une forte concentration de ces catégories de personnel dans les régions du sud et dans les grandes villes. Ces déficits et disparités dans la répartition du personnel ont été accentués par la crise militaro-politique survenue en 2002 qui a favorisé un exode massif du personnel de santé des zones centre, nord et ouest (CNO) vers les autres régions de la Côte d'Ivoire. En 2004, la région des lagunes comprenant la ville d'Abidjan, la capitale économique et ses environs comptaient environ 60% de l'effectif du personnel travaillant dans les services de santé. Les médecins représentaient 64% et les infirmiers 48% de l'effectif total du personnel de santé dans la seule région des lagunes sur les 19 régions sanitaires.

Au regard du déficit, des dysfonctionnements ont été notés à des degrés variables dans l'offre de soins dans les services de santé, allant de la cessation des activités à la phase aiguë de la crise à des interruptions ponctuelles. Dans le domaine de la vaccination, le rapport de la revue nationale externe du PEV, réalisé en 2006 a noté dans 25% des cas, des interruptions des activités de vaccinations du fait du manque de personnel qualifié.

- **L'insuffisance de valorisation des RHS** a été un facteur de démotivation des prestataires. Cette insuffisance a retenti sur leur productivité, leur performance et les qualités de services offerts. Les principales causes évoquées sont entre autres, la non reconnaissance du mérite au travail, l'absence de plan de carrière pour certaines catégories de personnels de santé, le gel des effets financiers des avancements automatiques des agents depuis plus de 10 ans et l'absence d'affectation des cadres ayant bénéficiés d'une formation continue à des postes valorisants⁴. (Source en bas de page : plan stratégique RHS 2007-2012 p. 11)

3.2.2 : Les obstacles liés à l'organisation, la gestion des services et prestations de santé

Les principaux obstacles identifiés sont :

- **L'insuffisance de la planification des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.** Jusqu'à une date récente, était élaboré annuellement un plan d'actions opérationnel

¹ Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2007-2012, p.9

² Répartition de l'effectif : personnel médical 11%, le personnel para médical 53%, le personnel technique 7%, le personnel administratif et social 14% et le personnel journalier 15%.

³ Plan national de développement sanitaire 2008-2012, tome 1, p.34,

⁴ Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2007-2012

repreant les plans d'actions des directions et services du Ministère de la santé. Cet exercice a été interrompu. Généralement les exercices de planification entrepris ne découlent pas d'une analyse conséquente des données. Par ailleurs, le faible financement de la mise en œuvre des plans opérationnels a entraîné une démotivation des responsables avec pour conséquence l'interruption de l'élaboration systématique de ces plans. Cette situation est aggravée par l'absence d'un mécanisme de suivi et d'évaluation fonctionnel¹.

- **La faiblesse des textes normatifs et réglementaires (définition des attributions, fonctionnement, PMA)** des Directions régionales et Districts sanitaires. De ce fait, ces structures ne pouvaient pas jouer efficacement leur rôle d'appui technique (planification, suivi de la mise en œuvre, supervision et collecte des données sanitaires) aux services de santé relevant de leur aire de compétence.
- **L'insuffisance des supervisions des agents de santé** est constatée de façon générale du fait du manque de ressources financières et logistiques. Cette faiblesse a été plus marquée pendant la durée de la crise dans les zones du centre, du nord et de l'ouest. L'irrégularité des supervisions des agents de santé a été relevée par l'évaluation interne du Projet d'Urgence et de Réhabilitation phase II (PUR 2) du programme de coopération Côte d'Ivoire, UNICEF, Union Européenne en juillet 2007.
- **La faible implication des relais communautaires et la collaboration entre les services de santé et les ONG pour les activités promotionnelles de santé.** Seulement 600 relais communautaires sont formés et opérationnels sur les 32571 attendus.
- **le sous financement des activités de santé** à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, Il y a une insuffisance d'allocation des ressources par l'Etat pour la réalisation des activités à tous les niveaux (central, région et district). Selon les données de la revue externe du PEV 2006, il a été noté que les activités de vaccination en stratégie mobile n'ont pu être effectuées dans 80% des districts en raison de manque de moyens de transport, de carburant et de ressources financières. Il en est de même pour les allocations budgétaires pour satisfaire les besoins en ressources humaines ;
- **La problématique de la gestion des déchets sanitaires² demeure une préoccupation majeure.** L'évaluation de la gestion des déchets biomédicaux dans 8 structures sanitaires publiques et représentatives a montré que la collecte des déchets est effectuée par du personnel non formé. De plus la majorité des structures ne disposent pas souvent de matériel de pré collecte, en l'occurrence : les poubelles, les boîtes de sécurité en quantité suffisantes et les équipements de désinfection et de stérilisation qui sont parfois vétustes. Par ailleurs, on note dans la communauté des pratiques néfastes qui l'exposent aux risques de contamination.

3.2.3 : Les obstacles liés au Système National d'Information Sanitaire

La gestion du système National d'Information Sanitaire (SNIS) est assurée par la Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) puis décentralisée au niveau des Directions régionales, des districts sanitaires. Les outils de collecte des données sont standardisés et mises à la disposition des établissements sanitaires publics de premiers contact, des Hôpitaux Généraux et régionaux, à l'exception des établissements publics nationaux (EPN) hospitaliers et non hospitaliers, des services de santé des autres secteurs et des établissements privés.

Selon le mécanisme mis en place, les données sont collectées sur support papier à partir des ESPC, HG, CHR et transmises mensuellement au district sanitaire correspondant qui en fait la saisie et la compilation à l'aide d'une application informatique SIGVISION. Par la suite elles sont transmises à chaque direction régionale qui les compile avant de les acheminer à la DIPE.

¹ Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012, tome 1, p.42

² Plan national de gestion des déchets médicaux p. 12, 19, 59.

Dans le processus, certaines difficultés apparaissent de façons récurrentes mettant à mal la performance du Système d'Information sanitaire. Les conséquences qui en découlent sont principalement, les faibles taux de **promptitude et de complétude des données sanitaires** surtout au niveau de la DIPE qui les centralise. De ce fait, la DIPE reste confrontée dans sa gestion quotidienne au problème de la disponibilité à temps réel des données sanitaires pour aider à la prise de décision. Les principaux obstacles identifiés en faveur de cette problématique sont en rapport avec¹ :

- **les ruptures récurrentes des supports de** collecte des données et **le manque de moyens** pour leur transmission tout le long du circuit en absence d'une interconnexion au réseau Internet ;
- **la vétusté des équipements informatiques dans bon nombre de districts sanitaires**
- **l'insuffisance de formation des agents de santé pour la gestion des données** (utilisation des registres de consultation, collecte, compilation), **et une faiblesse dans la communication des informations (faible retro-information)** suite à l'analyse final des données. Par ailleurs, les responsables des centres de surveillance épidémiologique des districts et régions sanitaires ne **maîtrisent pas suffisamment la nouvelle application informatique SIGVISION intégrée** qui a été récemment adaptée en y intégrant toutes les informations des programmes de santé.
- **L'absence de mise à jour de la carte sanitaire** depuis **1998** qui donne les informations clés sur l'ensemble des équipements, les infrastructures, les ressources humaines et l'offre de soins sur le territoire national. Cela ne permet pas de faire une planification prospective et de régulation de l'offre de soins, de manière rationnelle, participative et équitable pour satisfaire les besoins des populations.
- **L'insuffisance des moyens de mobilité et de communication** pour disposer à temps réel des données nécessaires à la prise de décision. Certaines directions de coordination des programmes de santé tel que le PEV et d'autres partenaires qui interviennent dans le domaine de la santé, ont contourné l'obstacle en mettant en place leur propre système de collecte des données et de traitement de l'information.

3.2.4 : Les obstacles du système d'approvisionnement et de distribution des vaccins, des médicaments, des consommables et autres intrants stratégiques

Le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique dispose d'un établissement public national (Pharmacie de la Santé Publique) chargé exclusivement de l'approvisionnement en médicaments essentiels, vaccins et consommables, de la gestion des stocks et de leur distribution dans toutes les structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cet établissement rencontre certaines difficultés dans l'exercice de ses missions. Il s'agit de :

- **L'approvisionnement retardé en médicaments essentiels et vaccins entraînant ainsi de longue période de ruptures.** Le rapport d'activité 2006 de la PSP, a noté un taux de rupture de 20,70% pour les médicaments à forte rotation². La Côte d'Ivoire a connu également en 2006, six mois de rupture de stock en BCG et VAT.
- On note également **l'insuffisance de formation et de supervision des agents chargés de la gestion des médicaments essentiels** entraînant des problèmes de gestion des stocks dans les districts et les établissements sanitaires.

Le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique dispose également d'un établissement public national (Institut National de l'Hygiène Publique) chargé de la **distribution des vaccins** dans les districts à l'intérieur du pays. Des pannes fréquentes sont quelques fois observées en raison de l'état vieillissant des camions frigorifiques.

¹ Rapport d'évaluation du système d'information et de gestion dans le cadre de la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire, p.3

² Rapport d'activités de l'exercice 2006 de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire, p.37

3.2.5 : Les obstacles liés à l'équipement, la logistique et les infrastructures

Du point de vue institutionnel, il existe une Direction de l'infrastructure de l'équipement et de la Maintenance (DIEM). A l'instar des autres directions centrales, la DIEM est également confrontée à des difficultés quotidiennes dans l'accomplissement de ces missions du fait de l'insuffisance des ressources (humaines, financières et matériel) pour son fonctionnement.

Par conséquent, les visites de terrain pour assurer la maintenance préventive et curative des équipements et autres matériels logistiques ont rarement été réalisées entraînant ainsi :

- **la dégradation de certains bâtiments ou locaux qui abritent des services de santé, de même que les installations électriques, téléphoniques, eau et assainissement ;**
- **l'insuffisance, le vieillissement du matériel roulant, des équipements, de la chaîne de froid notamment les chambres frigorifiques pour la conservation des vaccins et médicaments.**

Au regard de la faible capacité logistique, les supervisions n'ont pu être réalisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette situation de fait s'est aggravée pendant la durée de la crise entraînant ainsi une dégradation plus importante et la perte des équipements et matériels médicaux surtout dans les services des zones centre, nord et ouest, selon le rapport général de la mission d'évaluation du PUR 2.

3.2.6 : Les obstacles liés à la recherche opérationnelle

Globalement, très peu de recherches opérationnelles sur le système de santé sont réalisées, notamment au niveau des districts sanitaires et des programmes prioritaires de santé où le besoin en la matière est manifeste.

L'insuffisance de formation, de coordination, de mobilisation de ressources financières et l'inexistence de plan de recherche en santé constituent des obstacles majeurs au développement de la recherche opérationnelle en santé.

3.3 : Les obstacles qui sont en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante avec les ressources existantes

En raison de la sortie de crise, certains obstacles du système de santé ont été plus ou moins levés. Des progrès significatifs ont été notés dans l'amélioration du système de santé.

3.3.1 : Les progrès notés dans le domaine des ressources humaines

Face à l'insuffisance des prestataires de santé dans les services de santé, en 2007, le gouvernement a procédé au recrutement exceptionnel de **1287 cadres supérieurs de la santé dont 953 médecins, 263 pharmaciens et 71 chirurgiens dentistes et au recrutement de la quasi totalité des infirmiers et sages-femmes sortis des écoles de base** pour faire face au déficit des RHS notamment du personnel médical et paramédical.

Par ailleurs, un programme de redéploiement a été mis en place par le Gouvernement pour encourager l'ensemble des fonctionnaires à regagner leur poste qu'ils avaient abandonné du fait de la crise. Dans ce contexte, 3500 agents de santé déplacés ont été redéployés.

Pour augmenter la production des RHS notamment des paramédicaux (infirmiers et sages femmes) trois écoles ont été ouvertes pour la formation initiale. Il s'agit des antennes de l'INFAS de Bouaké (Centre), de Korhogo (Nord) et d'Aboisso (Sud Est).

Pour améliorer les rémunérations du personnel de santé, le Gouvernement a signé un décret afin d'octroyer des indemnités liées aux risques des personnels médicaux et para médicaux et a procédé à la levée du blocage des effets financiers des avancements des agents depuis plus de 10 ans. Toutefois, la mise en œuvre effective de toutes ces nouvelles dispositions est prévue pour l'an 2009.

Il est également important de signaler que pour la première fois un plan stratégique des ressources humaines de la santé est en cours de finalisation. Après sa validation il sera utilisé afin de mobiliser les financements nécessaires pour résoudre efficacement les différentes problématiques liées à la gestion et au développement des RHS.

3.3.2 : Les progrès notés dans l'organisation, la gestion des services de santé.

Le Ministère de la santé vient de se doter d'un nouveau PNDP couvrant la période 2008-2012. Ce plan survient trois ans après la fin du dernier plan stratégique du secteur de la santé (PNDP 1996-2005).

Les textes portant organisation et fonctionnement des Directions Régionales et Départementales de la santé ont été révisés pour renforcer le leadership de ces directions dans le cadre de la coordination, de l'appui technique et la supervision des services qui leurs sont respectivement attachés. Leurs Paquets Minimum d'Activités ont été également mise à jour.

Concernant le renforcement de la vaccination de routine, 48 districts mettent en œuvre la stratégie ACD « Atteindre Chaque District » avec l'appui des partenaires OMS et UNICEF.

3.3.3 : Les progrès notés dans le Système National d'Information Sanitaire

Depuis novembre 2004, le système national d'information sanitaire de routine a bénéficié d'un renforcement au plan institutionnel (DIPE, directions régionales et districts sanitaires). Dans le cadre de ce renforcement, la DIPE bénéficie d'une assistance technique de la part du PEPFAR à travers MEASURE Evaluation/JSI. Cela a permis de réviser et mettre à jour la liste des indicateurs sanitaires nationaux des programmes de santé et également réviser, les outils de collecte des données nationales. Certaines directions régionales (3) et districts sanitaires (9) ont ainsi reçu des équipements informatiques.

Pour faciliter la collecte et la transmission des données des districts et régions sanitaires vers la DIPE, un plaidoyer mené auprès du Ministère de l'Economie et des Finances, a permis de démarrer en 2007 le projet d'interconnexion du Système National d'Information Sanitaire au réseau national du système d'information et de gestion des finances publiques (SIGFIP). L'interconnexion a débuté dans trois districts sanitaires pour s'étendre à toutes les régions et districts sanitaires au bout de deux ans.

Une base de données (TIMS) a été mise en place pour collecter les données spécifiquement des personnes qui ont reçu des formations continues dans le domaine du VIH grâce à l'appui financier et technique de PEPFAR et JHPIEGO. Après sa phase d'expérimentation, il est envisagé de prendre en compte d'autres domaines d'interventions pour lesquelles le personnel a reçu une formation continue.

Un cadre de concertation a été mis en place pour élaborer des outils adaptés à la collecte routinière des données dans les CHU, les services de santé des autres secteurs publics (Ministères de la défense, de l'économie et des finances etc.) les établissements sanitaires privés afin de prendre en compte leurs données dans le système national d'information sanitaire.

3.3.4 : Les progrès notés dans le système d'approvisionnement, de distribution et de stockage des vaccins, des médicaments, des consommables

Pour la conservation des vaccins, en 2006 au total, des chambres froides ont été acquises : 4 chambres froides négatives dont deux affectées au niveau central et 4 chambres froides positives pour les antennes régionales de l'Institut National d'Hygiène Publique. En 2007, les équipements en chaîne de froid de 32 districts sanitaires ont été renouvelés.

3.3.5 : Les progrès notés du point de vue des équipements, la logistique et les infrastructures

Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme d'Urgence et de Réhabilitation un progrès notable a été observé dans les services de santé des zones CNO. En effet, 62% des ESPC ont été plus ou moins réhabilités et équipés. En 2005, dans les zones CNO, 31 véhicules 4X4 et 274 motos ont été acquis et mis à la disposition des districts sanitaires. Toutefois, l'acquisition de ces motos ne couvre que 1/5^{ième} des besoins en motos de ces zones.

Dans le cadre de la promotion de la vaccination de routine, la Direction de coordination du PEV a entamé le processus de production des kits et supports éducatifs du PEV destinés aux agents de santé communautaires et les districts sanitaires.

3.4 : Obstacles qui ne sont pas en train d'être maîtrisés de manière satisfaisante et qui ont besoin d'un soutien de GAVI au RSS

Le soutien de GAVI est sollicité pour faire face aux obstacles identifiés dans les différentes composantes du système. Cet appui sera orienté vers la revitalisation et le renforcement des capacités de gestion et de coordination des responsables des structures sanitaires et administratives. Le soutien de GAVI contribuera au renforcement des capacités :

- en ressources humaines et motivation ;
- en gestion des services de santé ;
- en gestion de l'information sanitaire ;
- en équipements, logistiques, et en réhabilitation des infrastructures ;
- en gestion des médicaments (approvisionnement, distribution et gestion des stocks)
- en matière de recherche opérationnelle.

3.4.1 : Le renforcement des capacités des ressources Humaines et motivation

Le renforcement des capacités en RHS reste primordial pour améliorer la productivité et offrir des services de qualité de façon durable. Ce renforcement se basera essentiellement sur les formations continues qui prennent en compte quelques activités du plan stratégique des RHS.

Ces formations cibleront de ce fait les Directeurs Régionaux, les Directeurs Départementaux, certains responsables de la DRH et de la DFR, les équipes cadres de districts et les prestataires de santé des EPSC, des hôpitaux de référence des districts ciblés.

Les cadres du niveau central bénéficieront des formations axées sur la planification, le suivi-évaluation et la gestion des ressources humaines.

- Au niveau des DR et DD ciblés la formation portera sur la planification, le suivi-évaluation, la gestion des ressources humaines, les directives des PMA et la supervision

- Les gestionnaires des données sanitaires au niveau des DR et DD seront formés à la gestion des données, la maîtrise des applications informatiques, la surveillance épidémiologique, le suivi-évaluation.
- Quant aux prestataires de santé des EPSC et des hôpitaux de référence ils seront formés à l'utilisation des outils de collecte des données et à la notification des cas, la gestion des stocks, les directives du PMA, la mobilisation communautaire
- Les agents de santé communautaires bénéficieront de formation en mobilisation communautaire.

La viabilité de ce renforcement de capacité doit être soutenue par un système de motivation à travers l'organisation de journée d'excellence pour primer les meilleures structures sanitaires qui présenteront des résultats performants. Cette activité se réalisera conjointement avec les acteurs clés et les autres partenaires du secteur de la santé.

3.4.2 : Le renforcement des capacités de gestion des services et prestations de santé.

L'appui du niveau central aux directions régionales et districts sanitaires pour l'élaboration de leur plan d'actions demeure insuffisant. Cet appui devra être organisé et renforcé pour permettre aux directions régionales et districts sanitaires de disposer de plan d'action opérationnel et améliorer leur performance.

En outre, des mécanismes de suivi et d'évaluation devront être renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans la mise en œuvre des plans d'actions opérationnels.

Face à l'insuffisance d'allocation des ressources pour la réalisation des activités, l'acquisition de moyens de transport, la dotation en carburant et la mise à disposition de ressources financières contribueront à la réalisation des activités notamment la supervision. Cette contribution viendra renforcer celles des autres partenaires sur le terrain. Ces apports permettront ainsi d'accroître l'efficacité des interventions.

La promotion des activités de santé dans la communauté sera renforcée par l'utilisation des masses média.

La mise à disposition des outils de gestion des ressources humaines et la détermination des normes va contribuer à l'amélioration de la gestion des ressources humaines.

3.4.3 : Le renforcement des équipements, de la logistique et la réhabilitation des structures

En 2005, ont été acquis et mis à la disposition des districts sanitaires des zones CNO 31 véhicules 4X4 et 274 motos. Toutefois, l'acquisition de ces motos ne couvre que 1/5^{ième} des besoins de ces zones. L'appui de GAVI contribuera fortement à combler des lacunes dans ces domaines et renforcera les efforts des autres partenaires sur le terrain. Il est alors prévu de renforcer le système en dotant 3 services centraux, 5 Directions régionales et 32 districts sanitaires d'un effectif total de 32 unités mobiles type 4X4, 200 motos et 15 véhicules de supervision de types 4X4. Cet appui viendra contribuer aux renouvellements du matériel roulant vieillissant ou absent.

Dans le cadre de la revitalisation, en plus du renforcement des équipements, les réhabilitations des centres de santé seront effectuées en fonction de l'état des lieux.

3.4.4 : Le renforcement du système d'approvisionnement et de distribution des vaccins, des médicaments, des consommables et autres intrants stratégiques

Face aux problèmes de gestion des stocks dans les districts et les établissements sanitaires liés à l'insuffisance de formation et de supervision, l'appui de GAVI est sollicité d'une part, pour renforcer la capacité des gestionnaires et d'autre part des agents, afin d'assurer la performante des stocks en médicaments essentiels et consommables en vue d'une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant.

Face aux pannes fréquentes des camions frigorifiques pour le transport des vaccins, le soutien de GAVI est sollicité pour contribuer à leur renouvellement.

3.4.5 : Le renforcement du Système National d'Information sanitaire

Le Système national d'information sanitaire dans son développement harmonieux et l'amélioration de sa performance, sollicite l'appui de GAVI pour renforcer le stock et la disponibilité des outils (supports papiers, applications informatiques dont SIGVISION) de collecte à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Les rencontres trimestrielles avec les gestionnaires des données des régions et districts sanitaires permettront de renforcer les capacités de ces agents à mieux utiliser les applications informatiques. Ces rencontres permettront d'harmoniser et de valider périodiquement l'ensemble des données sanitaires de routine et particulièrement les données de surveillance épidémiologique pour une meilleure riposte aux épidémies.

Cet appui servira également à améliorer la couverture des structures de santé, directions régionales et districts en matériel informatique et faciliter la transmission des données vers la DIPE pour leur analyse. Ceci permettra d'assurer la rétro information systématique par la diffusion des rapports et/ou l'émission de bulletins périodiques avec les indicateurs de processus et de résultats.

Le soutien de GAVI viendra également appuyer les actions déjà entreprises pour fédérer les efforts pour la mise en place d'un système unique de collecte et de traitement des données.

Les réunions pour la mise en place effective d'un cadre national de coordination unique pour le traitement des données impliquant tous les partenaires clés de différents secteurs de la santé (publics, privés à but lucratif) seront appuyées par GAVI avec la contribution des autres partenaires.

3.4.6. Le renforcement de la recherche opérationnelle

Face à la faiblesse de la recherche opérationnelle, l'appui de GAVI servira à évaluer et développer des interventions afin de modifier des comportements chez les agents de santé et dans la communauté en vue d'augmenter la couverture vaccinale en Côte d'Ivoire et l'utilisation des services de santé en particulier dans le domaine de la vaccination.

4^{ème} partie : buts et objectifs du soutien de GAVI au RSS

A l'attention du proposant

- Veuillez décrire ci-dessous les buts du soutien de GAVI au RSS (tableau 4.1).
- Veuillez décrire (et numéroter) les objectifs du soutien de GAVI au RSS (tableau 4.2). Merci de vous assurer que les objectifs choisis sont stratégiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps.

4.1 : Buts du soutien de GAVI au RSS

Contribuer au renforcement du système de santé afin d'accroître et maintenir de manière durable la couverture vaccinale en Côte d'Ivoire.

4.2 : Objectifs du soutien de GAVI au RSS

Objectif 1 : Renforcer les capacités de gestion du personnel de santé de 6 services centraux, 12 Directions Régionales de la Santé et des équipes cadres de 32 Districts Sanitaires de 2008 à 2012.

Objectif 2 : Revitaliser 326 ESPC, 24 HG et 8 CHR dans 32 districts sanitaires de 2008 à 2012.

Objectif 3 : Améliorer la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 2008 à 2012.

4.3 : Choix des structures sanitaires ciblées par la proposition RSS/GAVI Côte d'Ivoire

L'appui pour le RSS/GAVI cible 32 districts dans 12 régions sanitaires. Egalement six directions centrales du MSHP bénéficieront de cet appui.

• Critères de sélections des 32 districts sanitaires et des 12 Directions régionales :

Le choix des districts 32 sanitaires cibles s'est fait sur la base de critères suivants :

- Certains districts situés dans les zones Centre, Nord, Ouest (zone du conflit militaro-politique de 2002) présentent un état de dégradation très avancé et n'ont pas bénéficié de réhabilitation. Ceux ayant le plus grand nombre de structures sanitaires très dégradées ont été retenus. Ils sont au nombre de quinze (15).
- Certains districts ayant beaucoup souffert du pillage de leurs équipements lors de la crise armée n'ont encore pu bénéficier d'un équipement leur permettant de mener les activités de façon satisfaisante. Ces districts au nombre de huit (8) ont été également retenus.
- De nouveaux districts sanitaires ont été créés sur le territoire ivoirien et ne disposent pas encore des équipements nécessaires à leur fonctionnement. Il s'agit de sept (7) districts sanitaires.
- Deux (2) districts sanitaires ont été retenus pour avoir accueilli une forte population du fait de leur proximité avec la zone de conflit armé et également pour leur faible couverture en structures sanitaires.

Les directions régionales dont dépendent les districts sanitaires ciblés ont été systématiquement retenues. L'appui apporté par GAVI à ces directions régionale permettra de renforcer leur capacité de coordination et supervision.

• **Critères de sélection des 6 structures centrales du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.**

Les directions centrales du MSHP ont été choisies pour bénéficier de l'appui GAVI, en raison de leur implication dans la mise en œuvre des activités de renforcement du système de santé, eu égard à leurs missions¹ :

- La Direction Générale de la Santé est chargée de coordonner l'action des Directions Régionales et des Directions Départementales (districts sanitaires) dans le domaine de la Santé, d'assurer le suivi et l'évaluation du fonctionnement et de la mise en œuvre des plans d'actions des Directions Régionales et des Directions Départementales en liaison avec le Service d'Appui aux Services Extérieurs et à la Décentralisation (SASED).
- La Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) est chargée de collecter, de traiter, de diffuser l'information sanitaire et d'élaborer le Rapport Annuel sur la

- 2390c le Service d'Appaux Servs-2(Extérie des)TJ0.0108 Tc1040001 22.2tê 0 Tdrs et à la Décentralisati

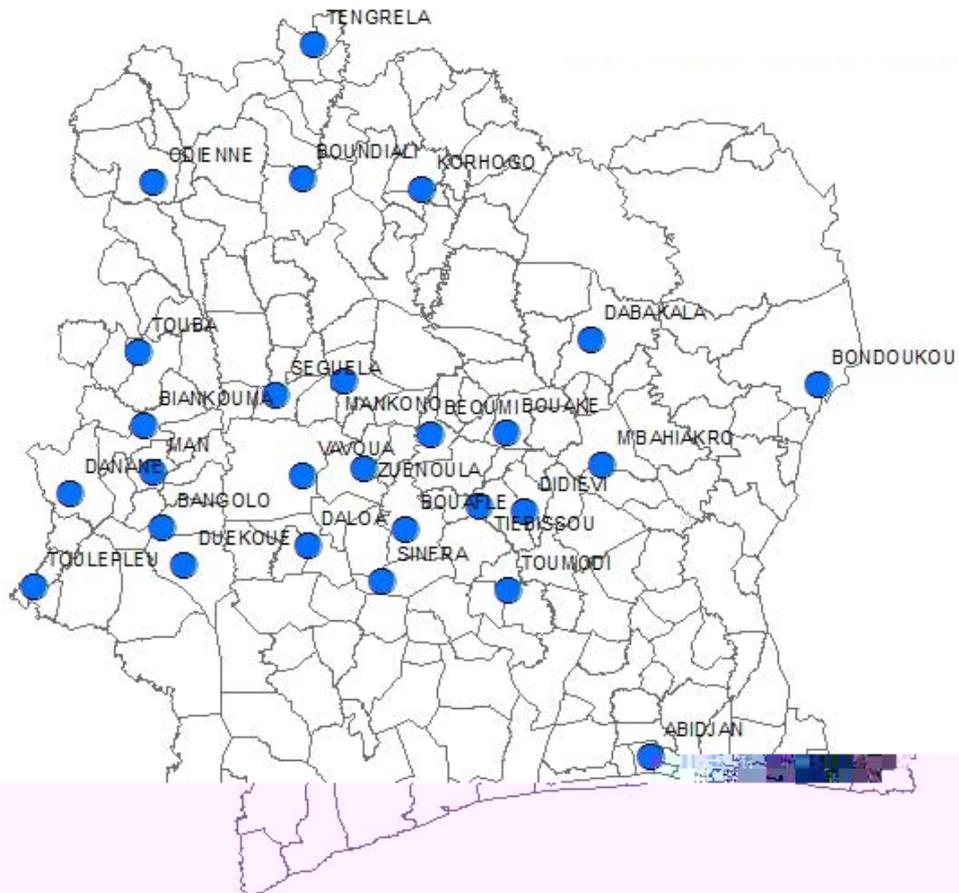
-617760(La Directire de Falu)ormatiisongé, d'assureaale

Le d/Siprés la RGAU a été usé 22/10/2015 (e) ent éme de la F) de Côte d'Ivoire papp 22/10/2015

TABLEAU : TAUX DE COUVERTURE VACCINALE 2007 PAR ANTIGENES DANS LES ZONES D'INTERVENTION GAVI RSS

REGION	DISTRICT	DTC3+HepB3	VAR	VAT2+
1. DENGELE-BAFING	1 ODIENNE	85%	72%	36%
	2 TOUBA	81%	73%	41%
2. HAUT SASSANDRA	3 DALOA-ZOUKOUGBEU	43%	45%	19%
	4 VAVOUA	75%	60%	39%
3. LACS	5 TIEBISSOU	99%	80%	41%
	6 TOUMODI	88%	79%	47%
	7 DIDIEVI	93%	80%	47%
4. LAGUNES	8 ABIDJAN CENTRE(Adjamé-plateau)	87%	85%	47%
	9 ABIDJAN CENTRE(Attecoubé)	87%	85%	47%
	10 ABIDJAN OUEST (Yopougon Est)	73%	61%	51%
	11 ABIDJAN NORD (Abobo Ouest)	85%	71%	47%
	12 ABIDJAN NORD (Anyama)	85%	71%	47%
	13 ABIDJAN SUD2 (Marcory)	63%	55%	40%
5. MARAHOUE	14 BOUAFLE	73%	59%	46%
	15 SINFRA	78%	65%	55%
	16 ZUENOULA	66%	59%	43%
6. MONTAGNES	17 BANGOLO	62%	74%	44%
	18 BIANKOUMA DANANE-	61%	87%	45%
	19 ZOUA0.4OUA0.4OUE-ZOUA0.4OUA0.4OUE-			

Figure 2. : Districts sanitaires retenus pour le soutien de GAVI au RSS-CI de 2008 à 2012



NB : à Abidjan, 6 districts sanitaires ont été retenus dans le cadre de RSS/GAVI

5^{ème} partie : activités du soutien de GAVI au RSS et calendrier d'exécution

A l'attention du proposant

- Pour chaque objectif identifié au tableau 4.2, veuillez exposer de façon détaillée les activités principales qui seront réalisées pour atteindre l'objectif cité et le calendrier d'exécution de chacune de ces activités pour la durée du soutien de GAVI au RSS (tableau 5.2 en page suivante).

Note: GAVI recommande que le soutien de GAVI au RSS ne s'adresse qu'à un nombre limité d'objectifs et d'activités ayant un degré élevé de priorité. Il faut que les activités puissent être mises en œuvre, suivies et évaluées pendant toute la durée du soutien de GAVI au RSS.

Note: Veuillez ajouter (ou supprimer) des lignes pour que le tableau 5.2 contienne le nombre exact d'objectifs correspondant à votre proposition en vue d'un soutien de GAVI au RSS, et le nombre exact d'activités pour chacun de vos objectifs essentiels.

Note: Veuillez ajouter (ou supprimer) des années pour que le tableau 5.2 corresponde à la durée de votre proposition pour un soutien de GAVI au RSS.

A l'attention du proposant

- Veuillez indiquer comment vous avez l'intention de maintenir, sur le plan technique ou financier, les résultats obtenus par le soutien de GAVI au RSS (5.1) lorsque les ressources du soutien de GAVI au RSS ne seront plus disponibles.

5.1 : Pérennités du soutien de GAVI au RSS

La sortie de crise qui a connu une avancée notable depuis la signature de l'accord politique de Ouagadougou le 4 mars 2007 et les différentes réformes engagées par le gouvernement vont aider d'une part à instaurer un climat de confiance pour poursuivre les investissements notamment dans le domaine pétrolier, grand pourvoyeur de ressources financières, d'autre part pour améliorer les recettes fiscales du pays en particulier dans les domaines tels que la téléphonie mobile et contribuer ainsi à améliorer le niveau de financement public. L'assainissement progressif des finances publiques permettra de consolider les acquis avec une augmentation progressive du budget de l'Etat et en conséquence une augmentation du budget consacré à la santé.

La SND/OMD¹ (Stratégie nationale de développement basée sur les objectifs du millénaire) est une volonté du gouvernement et du système des Nations Unies qui s'inscrit dans le cadre de nombreuses mesures pratiques telles que l'augmentation des investissements publics, le renforcement des capacités, la mobilisation des ressources intérieures, l'aide publique au développement en vue de l'atteinte des OMD d'ici 2015. Elle met en évidence les investissements et stratégies nécessaires devant permettre de relever et de gagner le défi de la relance économique et sociale notamment dans les domaines de la santé, la lutte contre la faim, l'éducation, le VIH/Sida, l'environnement.

La volonté réelle des ivoiriens d'aller à la paix exprimée à travers les accords politiques de Ouagadougou du 04 mars 2007

Aussi, le pays engagé dans l'initiative des pays pauvres très endettés (IPTE) atteindra le point de décision de cette initiative d'ici la fin du processus électoral en cours. L'annulation ou la réduction de la dette extérieure constituera donc une opportunité pour le pays dans cette sortie de crise. Les ressources dégagées seront affectées en priorité aux secteurs sociaux dont le secteur de la santé.

Toutes ces ressources substantielles, associées aux ressources mobilisées par le plan de viabilité financière du PEV vont permettre de pérenniser les interventions de soutien de GAVI au RSS en

¹ Stratégie nationale de développement basée sur la réalisation des OMD, version 4, novembre 2007

Côte d'Ivoire, avec une volonté politique acquise à travers des plaidoyers auprès des décideurs politiques en faveur de l'augmentation de la part du budget alloué à la santé.

5.2 : Activités principales et calendrier d'exécution

**Objectif 1 : Renforcer les capacités de gestion du personnel de santé de 6 services centraux,
12 Directions Régionales de la Santé et des équipes cadres de 32 districts sanitaires de 2008 2012**

Activités		2008				2009				2010				2011				2012				
		Q1	Q2	Q3	Q4																	
Activité 1.1	Appui à la participation de 16 cadres du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique aux réunions/conférences/voyages d'études au niveau international sur le renforcement du système de santé																					
Activité 1.2	Révision des manuels de PMA des ESPC																					
Activité 1.3	Reproduction des manuels																					
Activité 1.4	Formation de 160 membres des équipes cadres de districts des 32 districts sanitaires sur les directives de PMA des ESPC et des hôpitaux																					
Activité 1.5	Formation de 160 membres des équipes cadres de districts des 32 districts sanitaires sur la gestion des déchets médicaux																					
Activité 1.6	Formation de 144 personnes à l'utilisation des outils de suivi et évaluation des activités sanitaires : Services centraux (6x4), Directions Régionales (12X2) équipes cadres de districts (32X3)																					
Activité 1.7	Formation de 12 Directeurs Régionaux et de 32 Directeurs départementaux de la santé en gestion des ressources humaines en santé et 6 cadres des services centraux																					
Activité 1.8	Appui à la DRH pour l'élaboration des documents normatifs et des outils de gestion des ressources humaines en santé																					
Activité 1.9	Appui à l'élaboration de supports de communication et de sensibilisation sur la promotion de la santé																					

Activité 1.10	Formation de 12 Directeurs Régionaux et de 32 Directeurs départementaux à l'élaboration de plans d'action opérationnel de districts et de régions et 6 cadres de niveau central																			
Activité 1.11	Organisation d'ateliers annuels d'élaboration de plans opérationnels de 32 districts et de 12 régions sanitaires																			
Activité 1.12	Appui au suivi trimestriel au niveau des 32 districts																			
Activité 1.13	Appui au suivi semestriel des plans opérationnels de 12 régions sanitaires																			
Activité 1.14	Organisation d'ateliers semestriels de suivi et de gestion du projet par le comité technique																			
Activité 1.15	Organisation de mission de supervision semestrielle des régions sanitaires par le niveau central																			
Activité 1.16	Organisation de mission de supervision trimestrielle des districts sanitaires par le niveau régional																			
Activité 1.17	Organisation de mission de supervision bimensuelle des établissements sanitaires par l'équipe cadre de district																			
Activité 1.18	Formation de 12 Directeurs Régionaux et de 32 Directeurs départementaux à la supervision et 6 cadres nationaux																			
Activité 1.19	Organisation de la revue annuelle des activités par le comité de pilotage																			
Activité 1.20	Appui à la coordination et au fonctionnement pour le suivi de la mise en œuvre des activités (comité de gestion centrale, région, district)																			
Activité 1.21	Organisation d'audits internes annuels par la DAF et le service de contrôle de gestion du MSHP																			
Activité 1.22	Organisation d'une évaluation à mi-parcours en 2010																			
Activité 1.23	Organisation d'une évaluation finale en 2012																			

Objectif 2 : Revitaliser 326 ESPC, 24 HG et 8 CHR dans 32 districts sanitaires de 2008 à 2012.

Activités		2008				2009				2010				2011				2012			
		Q1	Q2	Q3	Q4																
Activité 2.1	Organisation d'un état des lieux des structures sanitaires de 32 districts sanitaires (collecte de données)																				
Activité 2.2	Formation/recyclage d'au moins 800 agents des établissements sanitaires à l'application des directives des PMA dans 32 districts (sensibilisation sur les directives)																				
Activité 2.3	Réhabilitation et équipement en mobilier de bureau de 12 DR, 32 Directions Départementales 8 CHR, 24 Hôpitaux généraux et 326 ESPC																				
Activité 2.4	Appui à INHP par acquisition de camions frigorifiques																				
Activité 2.5	Dotation de 7 nouveaux districts sanitaires, de 5 Directions Régionales et de 3 services centraux en véhicules de supervision de type 4x4																				
Activité 2.6	Dotation d'au moins 2 districts sanitaires en unités mobiles pour la mise en œuvre des activités de stratégie mobile																				
Activité 2.7	Dotation de 100 ESPC en motos pour mener à bien les activités de stratégie avancée																				
Activité 2.8	Appui aux stratégies avancées et mobiles																				
Activité 2.9	Formation de 800 agents de santé à la mobilisation communautaire dans 32 districts sanitaires																				

Activité 2.10	Formation de 8000 agents de santé communaires à la mobilisation communautaire dans 32 districts sanitaires																			
Activité 2.11	Diffuser les messages de mobilisation communautaire dans les radios de proximité																			
Activité 2.12	organiser annuellement une journée d'excellence pour récompenser les meilleurs 5 DDS et 5 ESPC																			

Objectif 3 : Améliorer la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 2008 à 2012.

Activité		2008				2009				2010				2011				2012			
		Q1	Q2	Q3	Q4																
Activité 3.1	Dotation de 32 districts, 12 Directions régionales et 6 services centraux en équipements et consommables informatiques																				
Activité 3.2	Dotation de 12 Directions régionales, 32 districts et 652 ESPC en supports de collecte des données																				
Activité 3.3	Appui à la maintenance des équipements informatiques dans 3 services centraux, 12 Directions régionales et 32 districts																				
Activité 3.4	renforcement des capacités des gestionnaires de données à l'utilisation et à la maîtrise des données																				
Activité 3.5	Evaluation des ripostes aux épidémies																				
Activité 3.6	Appui à l'évaluation de la qualité des données dans les districts																				
Activité 3.7	Appui à la production de l'annuaire des statistiques sanitaires																				

Activité 3.8	Organisation de réunions trimestrielles d'harmonisation des données de surveillance avec les districts et les régions																				
Activité 3.9	Appui à l'intégration des données du sous secteur sanitaire privé dans le système d'information sanitaire																				

5.2.1 Bref commentaire sur les principales activités retenues dans cette proposition.

Les activités sont présentées par domaine d'intervention. Les résultats attendus de chaque domaine d'interventions sont également présentés.

Les principaux domaines d'intervention sont :

- le renforcement des capacités des ressources humaines ;
- le renforcement des capacités de gestion des services de santé ;
- le renforcement de la gestion de l'information et recherche opérationnelle;
- le renforcement en équipements, logistiques et réhabilitation des infrastructures ;
- la coordination et le suivi évaluation.

a) Le renforcement des capacités des ressources humaines

Le renforcement des capacités des ressources humaines sera effectif à travers l'organisation de voyages d'étude et des ateliers de formation et des formations sur les sites.

Les résultats attendus dans le cadre des capacités des ressources humaines sont :

- 16 cadres nationaux des services centraux ont participé à des réunions et conférences internationales et sous régionales sur le renforcement du système de santé ;
- 160 membres de 32 équipes cadres de districts sont formés sur les directives de PMA et des ESPC et des hôpitaux ;
- 144 chargés de suivi et d'évaluation de 6 services centraux, 12 régions sanitaires et de 32 districts sanitaires sont formés sur les méthodes et outils de suivi évaluation des programmes de santé et à l'élaboration de plans d'action opérationnel ;
- 800 agents de santé sont formés aux directives du paquet minimum d'activité comprenant, la supervision
- 8000 relais communautaires seront formés la mobilisation communautaire ;
- Une journée d'excellence est organisée chaque année pour récompenser les 5 meilleurs ESPC, les 2 meilleurs hôpitaux, les 2 meilleurs DDS et le meilleur DRS dans les zones d'intervention.

b) Le renforcement de la gestion des services de santé

Le renforcement de la planification et de la gestion du système de santé sera réalisé à travers l'élaboration d'outils de planification et de gestion.

Les documents normatifs et les outils de gestion des ressources humaines seront produits avec l'appui technique de consultants. Les documents et les outils de gestion des ressources seront élaborés et validés au cours d'un atelier national.

Les plans d'action opérationnels des districts seront produits avec la participation de tous les membres des équipes cadres avec un appui de l'équipe régionale. Dans une même région sanitaire, les plans opérationnels des districts seront consolidés pour élaborer un plan d'action régional avec l'appui du niveau central.

Les résultats attendus sont :

- la DRH est appuyée pour l'élaboration des documents normatifs et des outils de gestion des ressources humaines ;
- les plans d'action opérationnels de 12 régions sanitaires sont produits chaque année ;
- les plans d'action opérationnels de 32 districts sanitaires sont produits chaque année.

c) Le renforcement de la gestion de l'information et la recherche opérationnelle

Le renforcement de la gestion de l'information et de la recherche opérationnelle sera fait à travers (i) le renforcement des capacités des acteurs impliqués à la collecte, la gestion et l'analyse des données à travers la formation, la supervision et des rencontres périodiques de validation des données, l'équipement en matériels informatiques et la fourniture de supports de collecte des données.

L'état des lieux des structures sanitaires prévu au début de la mise en œuvre des interventions avec le financement de GAVI permettra de déterminer les besoins réels en tenant compte des appuis éventuels des autres partenaires.

L'évaluation de la qualité des données sera un exercice qui permettra d'apprécier non seulement la fiabilité des données sanitaires produites, mais aussi d'analyser les goulots d'étranglement à toutes les étapes du processus de collecte, du traitement, de la transmission, de l'analyse et de l'utilisation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les résultats attendus sont :

- 32 districts, 12 Directions régionales et 6 services centraux sont dotés en équipements et consommables informatiques pour la gestion et l'analyse des données ;
- Les supports de collecte de données (registres, rapports mensuels d'activité, rapport hebdomadaire de surveillance épidémiologique) sont fournis à 686 établissements sanitaires, 32 Directions départementales de la santé et à 12 Directions régionales de la santé chaque année ;
- Les gestionnaires de données (6 du niveau central, 12 du niveau régional, 32 du niveau district) sont formés à l'utilisation des logiciels informatiques pour la gestion des données ;
- 4 réunions trimestrielles d'homologation des données sont organisées par an avec les gestionnaires des données des districts, des régions et du niveau central ;
- Les enquêtes d'évaluation des ripostes aux épidémies sont réalisées et diffusées ;
- Les bulletins trimestriels de statistiques sanitaires sont élaborés par les districts et diffusés à l'ensemble des structures sanitaires
- Des revues semestrielles de statistiques sanitaires sont élaborés par les directions régionales et diffusées aux districts ;
- Des annuaires de statistiques de la santé sont élaborés et publiés par la DIPE chaque année ;
- Une enquête d'évaluation de la qualité des données est réalisée chaque année.

d) Le renforcement en équipements, logistiques et réhabilitation des infrastructures

Le renforcement en équipements, logistique et réhabilitation sera fait à tous les niveaux du système de santé. Un état des lieux sera réalisé au préalable pour avoir de façon précise l'ensemble des besoins et des interventions en cours en matière d'équipement et de réhabilitation avec l'appui d'autres partenaires. L'analyse des données au moment de l'élaboration de la présente proposition a permis de quantifier à priori des besoins minimums en matière de réhabilitation et d'équipement.

Les résultats attendus pour ce domaine sont :

- L'état des lieux des structures sanitaires est réalisé ;
- 12 Directions régionales, 32 Directions Départementales, 8 CHR, 24 HG et 326 ESPC sont réhabilités et équipés en mobilier de bureau ;
- L'INHP est doté d'au moins un camion frigorifique ;
- 7 nouveaux districts sanitaires, 5 Directions Régionales et de 3 services centraux sont dotés chacun d'un véhicule de type 4x4 pour la supervision ;
- Au moins 2 districts sanitaires sont dotés en unité mobile pour les activités en stratégie mobile ;
- Au moins 100 ESPC ont été dotés de motocyclettes chacun pour mener à bien des activités en stratégies avancées.

e) La coordination et le suivi évaluation des interventions

L'atteinte des résultats prévus et l'assurance de la qualité des interventions sont tributaires d'une meilleure coordination avec des activités de suivi et d'évaluation pertinentes. Dans le cadre de la mise en oeuvre des interventions avec le financement GAVI et des autres partenaires, des actions d'appui à la coordination sont prévues au niveau central et au niveau opérationnel, la supervision « en cascade » du niveau central au district en passant par la région qui est le niveau intermédiaire est un gage de la performance des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des activités. Des revues annuelles permettront de documenter les leçons apprises dans la mise en œuvre des plans opérationnels à tous les niveaux. Une évaluation à mi-parcours sera organisée avec l'appui d'assistants techniques composés de consultants nationaux et de consultants internationaux pour permettre d'apprécier à mi-parcours l'efficacité des interventions, les meilleures pratiques et les leçons apprises afin d'améliorer les actions pour garantir l'atteinte des objectifs fixés.

Une évaluation finale sera également organisée pour apprécier le bilan général de la mise en œuvre à travers l'efficacité des interventions et leur effet sur la base des indicateurs identifiés, les meilleures pratiques qui peuvent être appliquées dans d'autres régions et à travers l'appui d'autres partenaires.

Le suivi de la gestion financière sera faite par la conduite d'audit interne chaque année. Les résultats attendus dans le cadre de la coordination et du suivi-évaluation sont :

- Les comités de gestion au niveau central, régional et district ont bénéficié d'un appui pour leur fonctionnement ;
- Un atelier de suivi semestriel est organisé ;
- Les 12 Directions régionales sont supervisées chaque semestre par les services centraux ;
- Les 32 districts sanitaires sont supervisés chaque trimestre par les Directions régionales de santé ;
- Les 652 ESPC et les 32 hôpitaux sont supervisés chaque 2 mois par l'équipe cadre du district ;
- Une revue des plans d'action est organisée chaque année au niveau des districts, des régions et au niveau central ;
- Un audit financier est réalisé chaque année ;
- Une évaluation à mi-parcours est réalisée ;
- Une évaluation finale est réalisée.

6^{ème} partie : suivi, évaluation et recherche opérationnelle

A l'attention du proposant

- Toutes les propositions doivent comprendre les trois indicateurs d'incidence / de résultats principaux du soutien de GAVI au RSS :

- i) La couverture nationale par le DTC3 (%)
- ii) Le nombre / % de districts atteignant $\geq 80\%$ de couverture par le DTC3¹
- iii) Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)

- Veuillez indiquer en plus un maximum de trois indicateurs d'incidence / de résultats pouvant être utilisés pour évaluer les effets du soutien de GAVI au RSS sur l'amélioration des services de vaccination et des autres services de santé de la mère et de l'enfant.

Note: Nous vous incitons fortement à choisir des indicateurs liés à certains des objectifs de la proposition et pas forcément à des activités.

- Pour tous les indicateurs, veuillez donner la source des données, la valeur et la date servant de base de référence pour l'indicateur, et un niveau et une date cibles. Certains indicateurs peuvent avoir plus d'une source de données (tableau 6.1).

Note: Les indicateurs choisis doivent être tirés de ceux qui sont utilisés pour effectuer le suivi du Plan du secteur national de la santé (ou son équivalent) et seront en principe déjà mesurés (c'est-à-dire qu'il n'en coûtera pas plus de les mesurer). Ils ne doivent pas forcément être propres au soutien de GAVI au RSS. Des exemples d'indicateurs d'incidence et de résultats supplémentaires sont donnés dans les tableaux ci-dessous. Dans le cas où les activités sont surtout mises en œuvre au niveau infranational, il est également recommandé d'en effectuer le suivi au niveau infranational dans la mesure du possible.

Exemples d'indicateurs d'incidence

- Taux de mortalité maternelle

Exemples d'indicateurs de résultats

- Couverture nationale par le vaccin contre la rougeole
- Proportion des districts ayant une couverture égale à au moins 80%
- Couverture par le Hib
- Couverture par le HepB, couverture par le BCG
- Taux d'abandon des DTC1-DTC3
- Proportions des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
- Utilisation des soins prénatals
- Taux de supplémentation en vitamine A

¹ Si le nombre de districts est fourni, alors le nombre total de districts dans le pays doit être fourni aussi.

Intervention	Indicateurs possibles
Vaccination	Couverture nationale par le vaccin contre la rougeole ; proportion des districts ayant une couverture d'au moins 80% ; couverture par le BCG ; couverture par le Polio 3 ; couverture par le Hib ; couverture par le HepB3
Protection de la maternité	Utilisation des soins prénatals ; assistance qualifiée des accouchements ; au moins 2 doses de toxoïde tétanique ; taux de césariennes ; soins postnatals
Planning familial	Utilisation de contraceptifs par les femmes
Soins apportés aux enfants malades	Réhydratation par voie orale et poursuite du nourrissage des enfants atteints de diarrhées ; demande de soins pour la pneumonie ; traitement antibiotique de la pneumonie
Nutrition	Taux d'allaitement; (démarrage le premier jour, exclusif entre 0 et 3 mois, diversification alimentaire entre 6 et 9 mois) ; taux de supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois (dans les 6 derniers mois) et des mères jusqu'à 8 semaines après l'accouchement
Eau/hygiène	Accès à une source d'eau salubre; installations sanitaires satisfaisantes
Tuberculose	Couverture du DOTS, traitement directement observé, courte période (taux de réussite du traitement, taux de dépistage)
Paludisme	Enfants atteints de fièvre recevant des antipaludiques ; enfants dormant sous moustiquaire imprégnée.
SIDA	% de femmes enceintes séropositives pour le VIH recevant des ARV ; PTME parmi les femmes enceintes

A l'attention du proposant

- Veuillez indiquer un maximum de 6 indicateurs d'activité fondés sur les activités choisies dans la 5^{ème} partie (tableau 6.2).
- Pour tous les indicateurs, veuillez donner la source de données, la valeur et la date servant de base de référence pour l'indicateur, un niveau et une date cibles, ainsi qu'un numérateur et un dénominateur. Certains indicateurs peuvent avoir plus d'une source de données (tableau 6.1).

Note : Des exemples d'indicateurs d'activité pouvant être utilisés sont indiqués ci-dessous avec le numérateur, le dénominateur (le cas échéant) et la source de données. Dans toute la mesure du possible, il faudrait utiliser des sources d'informations existantes pour recueillir l'information sur les indicateurs choisis. Dans certains pays, il sera parfois nécessaire de réaliser un inventaire des établissements sanitaires ou des ménages, ou de mettre en place une surveillance démographique. Si des fonds supplémentaires sont nécessaires pour ces activités, il faudra les inclure.

Exemples d'indicateurs d'activité

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données
Supervision systématique	Nombre de centres de santé ayant été l'objet d'au moins 6 visites au cours de l'année écoulée, pendant lesquelles une liste de contrôle quantifiée a été utilisée.	Nombre total de centres de santé	Inventaire des établissements sanitaires
Connaissances du personnel de santé	Note moyenne obtenue par le personnel de santé dans les centres de santé publics ou gérés par des ONG au contrôle oral des connaissances comprenant des exemples de cas concrets.		Inventaire des établissements sanitaires
Indice de disponibilité des médicaments	Nombre moyen de dix sortes de médicaments essentiels en stock dans les centres de santé inclus dans l'échantillon		SIGS & inventaire des établissements sanitaires

6.1 : Indicateurs d'incidence et de résultats

Indicateur	Source de données	Valeur de la base de référence ¹	Source ²	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoire
1. Couverture nationale par le DTC3 (%)	PPAc	77 %	PEV	2006	90 %	2011
2. Nombre / % de districts atteignant ≥80% de couverture par le DTC3	PPAc	46 %	PEV	2006	100 %	2011
3. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)	Rapport enquête sur les indicateurs du Sida	84 pour 1000	INS	2005	Objectif du PNDS (30% de 84/1000)	2012
4. Proportion d'enfants de 6 à 59 mois et de mères supplémentaires en vitamine A	MICS	55 % enfants	INS	2006	90%	2012
		39 % mères				
5. Proportion d'accouchements réalisés par du personnel qualifié	Enquête MICS3	57 %	INS/UNICEF	2006	70%	2012
6. Proportion de femmes enceintes dépistées séropositives pour le VIH et recevant des ARV pour elles mêmes	Rapport d'activité VIH/Sida	75%	DIPE	2006	100%	2012

¹ Si des données de base ne sont pas disponibles, veuillez indiquer s'il est prévu de recueillir de telles données et quand elles seront recueillies.

² Ces informations sont importantes pour faciliter l'accès aux données et vérifier leur concordance.

6.2 : Indicateurs d'activité

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Source de données	Valeur de la base de référence	Source	Date de la base de référence	Objectif	Date-butoire
1- % de centres de santé ayant été supervisé au moins 6 fois au cours de l'année écoulée par l'ECD	Nombre de centres de santé ayant été l'objet d'au moins 6 visites au cours de l'année écoulée, pendant lesquelles une liste de contrôle quantifiée a été utilisée.	Nombre total de centres existants	Rapports d'activités Rapport de supervision Rapport SIG	10%	Districts, Directions régionales	2006	50%	2012
2. Taux d'exécution de la formation du personnel	Nombre de personnels de santé formés	Nombre total de personnel de santé à former	Rapport de formation	0%	Régions Districts, DIPE	2006	75%	2012
3. Nombre cumulé d'ESPC de santé ayant été récompensés	Nombre cumulé d'ESPC de santé ayant été récompensés		Liste des lauréats	0	Direction des Ressources Humaines, Inspection de la Santé	2007	25	2012
4. % de DDS disposant d'un équipement informatique fonctionnel pour la gestion des données	Nombre de districts ayant été dotés en matériel informatique fonctionnel	Nombre de districts de la zone d'intervention	Rapport d'évaluation de la DIPE/MEASURE					2011
5. taux de réalisation des revues annuelles des plans d'action	Nombre de districts et régions	Nombre total de districts et						

opérationnels dans les districts et régions	sanitaires ayant organisé la revue annuelle de leurs plans d'action	de la zone d'intervention						
6. taux d'évaluation des ripostes aux épidémies	Nombre d'évaluation de ripostes aux épidémies réalisé	Nombre d'épisode d'épidémies enregistrées	Rapport d'évaluation	0	DIPE	2007	1	2012

A l'attention du proposant

- *Veillez présenter la manière dont les données seront recueillies, analysées et utilisées. Dans toute la mesure du possible, les méthodes existantes de collecte et d'analyse des données seront utilisées. Veillez indiquer dans la dernière colonne la manière dont les données seront utilisées au niveau local et communiqué aux autres intervenants (tableau 6.3).*

6.3 : Collecte, analyse et utilisation des données

Indicateur	Collecte des données	Analyse des données	Utilisation des données
<i>Incidence et résultats</i>			
1. Couverture nationale par le DTC3 (%)	<p>La collecte des données se fera à partir des fiches de pointage et du registre de vaccination. ces données sont synthétisées dans le rapport mensuel PEV de chaque centre vaccinateur.</p> <p>Ces données seront compilées au niveau du district sur le support rapport mensuel PEV du district.</p> <p>Les données compilées sont transmises à la DCPEV avec copie à la Direction Régionale de la santé avant le 10 du mois en cours.</p> <p>Il est envisagé d'instituer un système intégré de collecte dans lequel les données seront transmises via Internet et diffusées aux différents programmes de santé</p>	<p>Une première analyse est effectuée par les équipes de district et transmise à la direction régionale.</p> <p>La Direction régionale analyse les données et les présente lors des réunions de suivi du PEV.</p> <p>La DIPE en collaboration avec la DCPEV effectue une analyse plus poussée et transmet le rapport au Cabinet du Ministre aux Directions centrales et aux partenaires au développement.</p>	<p>Les données recueillies serviront après analyse, à la DCPEV pour ajuster ses stratégies avec comme objectif l'amélioration des résultats.</p> <p>Elles sont utilisées pour réaliser un plaidoyer auprès de l'Etat et des partenaires pour améliorer le taux de couverture vaccinale ou le maintenir si celui-ci est très bon.</p> <p>La rétro-information est faite à chaque niveau de la pyramide sanitaire :</p> <p>Du niveau district vers les centres de santé au cours des réunions mensuelles, du niveau central vers les niveaux districts et régions au cours des réunions trimestrielles.</p> <p>La rétro-information permettra au niveau opérationnel de réagir promptement pour les non performants et de féliciter les plus méritants.</p>

<p>2. Nombre / % de districts atteignant $\geq 80\%$ de couverture par le DTC3</p>	<p>collecte des informations se fait au niveau central sur la base des rapports mensuels de routine des districts.</p>	<p>L'analyse est effectuée par la DCPEV et la DIPE</p>	<p>L'information est transmise aux autres directions centrales et au cabinet pour action.</p> <p>La rétro information est faite vers les niveaux districts et régions au cours des réunions trimestrielles pour action.</p>
<p>3. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)</p>	<p>- Les données sont collectées à partir des registres de consultation, de la maternité, d'hospitalisation. Les données sont compilées dans le rapport SIG de morbidité et de mortalité</p> <p>- enquêtes (EIS, MICS...).</p>	<p>L'analyse est faite à chaque niveau.</p> <p>Le CSE assure la compilation au niveau district et transmet l'information au niveau central avec copie au niveau régional</p> <p>Les données sont analysées par l'INS</p>	<p>Les données seront utilisées pour mener des actions vigoureuses contre les pathologies les plus meurtrières au niveau opérationnel</p> <p>Un plaidoyer sera également fait auprès du gouvernement et des partenaires pour orienter les ressources dans la lutte contre ces pathologies.</p> <p>Une formation continue pourra être entreprise pour la prise en charge et la prévention des maladies mises en cause</p>
<p>4. Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de VAT</p>	<p>Les informations sont collectées au niveau des registres des consultations prénatales, des fiches de pointage du PEV au niveau des établissements sanitaires. Elles sont compilées dans le rapport mensuel PEV et SIG et suivent le circuit d'information de routine</p>	<p>L'analyse est faite à chaque niveau opérationnel.</p> <p>Le CSE assure la compilation au niveau district et transmet l'information au niveau central avec copie au niveau régional.</p> <p>L'analyse au niveau central est faite par le PEV et PNSR/PF en collaboration avec la DIPE.</p>	<p>Si le taux de couverture est faible des mesures seront prises pour améliorer la couverture notamment la sensibilisation des femmes à effectuer les CPN.</p>

<p>5. Proportions d'enfants de 6 à 59 mois, et des mères dans le post-partum immédiat supplémentes en vitamine A</p>	<p>Registre et fiche de pointage vitamine A d'accouchement</p>	<p>L'analyse est faite à chaque niveau opérationnel. Le CSE assure la compilation au niveau district et transmet l'information au niveau central avec copie au niveau régional. L'analyse au niveau central est fait par le PNN en collaboration avec la DIPE</p>	<p>Prise de décision à chaque niveau de la pyramide en fonction des données. L'information est partagée aux directions centrales, au cabinet ministériel et aux partenaires au développement.</p>
<p>6. Proportion des enfants dormant sous moustiquaires imprégnées</p>	<p>Par enquête ménages</p>	<p>L'analyse des données de l'enquête par les consultants</p>	<p>Plaidoyer pour action auprès du Gouvernement et bailleurs pour le suivi des indicateurs contractuels. En interne, prise de décision pour améliorer les performances.</p>

Activité			
1- % de centres de santé ayant été supervisé au moins 6 fois au cours de l'année écoulée par l'ECD	Informations recueillies auprès des districts et des directions régionales. En effet les districts transmettent chaque trimestre un rapport d'activités à la DIPE (rapport de type D1) dans le cadre du SIG	L'analyse se fera chaque année. L'évaluation de la qualité des données permettra de vérifier les données dans les centres de santé	L'ECD va utiliser cette information pour évaluer leur performance en matière de supervision afin de trouver des solutions pour mieux organiser la supervision des établissements sanitaires. Le niveau régional va utiliser cet indicateur pour évaluer la performance des districts.
2. Taux d'exécution de la formation du personnel	Les informations sont recueillies à partir des rapports de formation, d'activités des districts, régions et directions centrales et de programmes et de la DFR	L'analyse des rapports de formation se au niveau des districts, des régions et au niveau central (DFR et de la DRH)	Au niveau local, le taux d'exécution de la formation sera un indicateur qui sera utilisé pour apprécier la qualité des services offerts et la motivation du personnel da santé.
3. Nombre cumulé de structures sanitaires de santé ayant été récompensés	A partir des résultats produits par les services. Des critères d'analyse seront élaborés par comité technique	L'analyse se fera en tenant compte du type de structure sanitaire et des résultats et des performances.	Motivation du personnel
4. % de DDS disposant d'un équipement informatique fonctionnel pour la gestion des données	Les informations seront recueillies pendant la supervision semestre organisée par les services centraux, notamment la DIPE	Analyse effectuée par la DIPE en collaboration avec le DIEM	Utilisé pour la apprécier le niveau de renforcement de la gestion des données et des capacités de traitement des données sanitaires. Les informations seront utilisées pour la prise de décision et pour améliorer le système national d'information sanitaire

5. taux de réalisation des revues
annuelles des plans d'action
opérationnels dans les districts et
régions

Les informations
seront recueillies à
travers les rapports
des DDS et DRS

L'analyse se fera en
tenant compte du
délai de réalisation

A l'attention du proposant

- *Veillez indiquer si le système S&E a besoin d'être renforcé pour mesurer les indicateurs énumérés, et si oui, préciser quels indicateurs en particulier auraient besoin d'un renforcement. (tableau 6.4).*
- *Veillez indiquer si la proposition pour un soutien de GAVI au RSS couvre des éléments de recherche opérationnelle qui s'attaquent à certains des obstacles présents dans les systèmes de santé dans le but de disposer de meilleures informations pour guider la prise de décisions et d'avoir une meilleure connaissance des résultats pour la santé. (tableau 6.5).*

6.4 : Renforcement du système S&E

Le système de suivi évaluation du système de santé est assurée par la DIPE, les 3 niveaux de la pyramide sanitaire et les chargés de suivi et évaluation des programmes de santé. Ce système est basé sur le système d'information sanitaire de routine et des autres études et enquêtes

Le système d'information sanitaire de la Côte d'Ivoire présente plusieurs problèmes qui peuvent être résumés comme suit :

- La couverture des établissements sanitaires par le système d'information de gestion est insuffisante particulièrement dans les établissements publics nationaux (EPN) hospitaliers et non hospitaliers, les établissements sanitaires des autres secteurs publics et les établissements sanitaires privés.
- Le taux de complétude est généralement bas.
- Les données qui proviennent du SIG ne sont pas toujours utilisées pour la prise de décisions à tous les niveaux du système de santé.
- Certaines informations nécessaires à la mise en œuvre de la proposition ne sont pas toujours disponibles (état actuel des infrastructures et des équipements des formations sanitaires, etc.).

Ainsi, les performances actuelles du SIG ne permettent pas d'assurer un meilleur suivi et une bonne évaluation de la proposition RSS/GAVI. Pour pallier à cette situation et permettre de disposer de l'information nécessaire à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la proposition, des actions seront entreprises, il s'agit de :

- La formation sur la gestion de l'information qui sera intégrée dans les formations des ECD et des personnels de prestation de soins sur les directives et l'application des PMA des ESPC et des hôpitaux
- La dotation des structures sanitaires (ESPC, des HG, districts et régions sanitaires) en supports de collecte des données
- La mise à disposition des outils informatiques nécessaires à la gestion des données au niveau des districts, régions sanitaires et le niveau central
- Le renforcement des capacités des responsables de gestion des données des Directions Régionales et Districts Sanitaires ciblés à l'utilisation et à la maîtrise des applications informatiques de gestion des données (SIGVISION, Excel etc.)

L'organisation des revues annuelles du secteur de la santé au cours desquelles sera entre autre discutée l'évolution des obstacles à l'offre des services de santé de façon générale et ceux de la santé de la mère et de l'enfant en particulier. En effet, les revues des programmes qui sont actuellement organisées dans le pays, ne traitent que rarement des questions liées au système de santé ;

- Une enquête sera réalisée au démarrage de la mise en œuvre de la proposition RSS/GAVI et à la fin de celle-ci. Au démarrage, cette enquête va aider à générer l'information non disponible actuellement (données de base pour certains indicateurs, informations relatives aux infrastructures, équipements dans les structures sanitaires qui seront ciblées). A la fin de la mise en œuvre, l'enquête va permettre d'évaluer les résultats et l'impact du projet sur le système de santé et sur la santé des communautés.

La publication de bulletins trimestriels de statistiques sanitaires dans les districts sanitaires, la publication des revues semestrielles des statistiques sanitaires dans les régions sanitaires et la publication de l'annuaire des statistiques sanitaires au niveau national permettront de disposer d'indicateurs sur (i) les ressources sanitaires, (ii) la couverture des services, (iii) l'incidence et les activités pour le suivi et l'évaluation des actions menées à travers le financement de GAVI et des autres partenaires. Ces publications vont favoriser la retro information à tous les niveaux du système de santé afin d'assurer plus d'efficacité dans la mise en œuvre des interventions sanitaires.

6.5 : Recherche opérationnelle

Développement et évaluation des interventions destinées à modifier des comportements chez les agents de santé et dans la communauté afin d'augmenter la couverture vaccinale en Côte d'Ivoire : 1) Coût efficacité de ces interventions et 2) Facteurs influençant les changements de comportement aussi bien chez les agents de santé que dans la communauté.

Thèmes :

- Participation des ONG à la mobilisation des communautés pour l'utilisation des services de santé
- Disponibilité des données sanitaires pour la prise de décision

7^{ème} partie : dispositifs de mise en œuvre

A l'attention du proposant

- Veuillez préciser la manière dont le soutien de GAVI au RSS sera géré (tableau 7.1). Veuillez indiquer également les rôles et responsabilités de tous les partenaires-clés de la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS (tableau 7.2).

Note: GAVI soutient l'alignement du soutien de GAVI au RSS sur les mécanismes existants dans les pays. Nous dissuadons fortement les proposant de mettre en place des unités de gestion des projets (UGP) pour le soutien de GAVI au RSS. Le soutien à des éventuels UGP ne sera examiné que dans des conditions exceptionnelles, et sur la base d'une justification raisonnée.

7.1 : Gestion du soutien de GAVI au RSS

Mécanisme de gestion	Description
Nom de la personne responsable / groupe responsable de la gestion de la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS / S&E etc.	Le Directeur de la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) sera le responsable de la gestion du soutien GAVI au RSS et du suivi-évaluation de la proposition de la Côte d'Ivoire.
Rôle du comité technique	Le comité technique est chargé de : <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer les propositions de renforcement du système de santé • Elaborer les plans d'actions annuels de renforcement du système de santé • Rendre compte de l'évolution de la mise en œuvre des plans d'actions au Comité de Pilotage • Mettre en œuvre les orientations arrêtées par le Comité de Pilotage • Proposer les plans de décaissement de la proposition • Suivre l'exécution budgétaire • Proposer des solutions à tout problème lié à l'exécution des plans d'action • Faire des rapports d'activités au comité de pilotage
Rôle du comité CCSS (ou son équivalent) dans la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS et dans le S&E	Le Comité de Pilotage est chargé de : <ul style="list-style-type: none"> • Valider les plans d'actions annuels de mise en œuvre de la proposition RSS/GAVI de la Côte d'Ivoire proposés par le comité technique ; • Approuver les plans de décaissement de la proposition ; • Déterminer les orientations du comité technique • Assurer le suivi de la mise en œuvre de la proposition lors de ses réunions semestrielles ; • Initier les audits sur la gestion des ressources financières de RSS-GAVI ; • Initier l'évaluation annuelle de la mise en œuvre de la proposition à l'occasion des revues annuelles du secteur.

Mécanisme de coordination du soutien de GAVI au RSS avec les autres activités et programmes du système	<p>Le mécanisme de coordination du soutien GAVI-RSS avec les autres interventions consistera à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - organiser des réunions trimestrielles avec tous les acteurs du secteur de la santé pour discuter de la cohérence et de la pertinence de ces interventions par rapport à la stratégie sectorielle, - organiser les revues annuelles du secteur pour évaluer la mise en œuvre de toutes les interventions et décider des orientations futures nécessaires à l'amélioration des performances. - Des réunions extraordinaires du Comité National de Pilotage seront organisées en cas de besoin.
--	---

7.2: Rôles et responsabilités des partenaires-clés (membres du CCSS et les autres)

Titre / Poste	Organisation	Membre du CCSS oui/non	Rôles et responsabilités de ce partenaire dans la mise en œuvre du soutien de GAVI au RSS
Directeur de Cabinet Adjoint du Ministre de la santé	Ministère de la Santé Publique et de la Population	Oui/Président du Comité de pilotage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Préside les réunions du Comité National de Pilotage à l'absence du Ministre de la Santé 2. Organiser les revues annuelles du secteur de la santé, 3. Initier les audits annuels prévus dans la proposition
Directeur Général de la Santé	Direction Générale de la Santé	Oui/Membre du comité technique	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suit l'élaboration des plans d'actions annuels de renforcement du système de santé 2. Rend compte de l'évolution de la mise en œuvre des plans d'actions au Comité de Pilotage 3. Suit la mise en œuvre des orientations arrêtées par le Comité de Pilotage 4. Suit l'exécution budgétaire 5. Propose des solutions à tout problème lié à l'exécution des plans d'action 6. Rend compte des rapports d'activités au comité de pilotage
Représentant de l'UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance	Oui/Membre du comité de pilotage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporte un appui technique et financier à la réalisation des activités de survie de l'enfant contenues dans la proposition 2. Réalise les audits financiers et sur la qualité des données relatives à la survie de l'enfant.
Représentant de l'OMS	Organisation Mondiale de la Santé	Oui/Membre du comité de pilotage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporte un appui technique dans l'élaboration des plans annuels de mise en œuvre de la proposition, 2. appuie le niveau central dans l'élaboration des documents normatifs nécessaires à la réforme du secteur de la santé 3. apporte un appui technique lors de différentes évaluations de la proposition.
Représentant de l'UNFPA	Fonds des Nations Unies pour le Population	Oui/Membre du comité de pilotage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporte un appui technique et financier complémentaire à la réalisation des activités de santé de la reproduction 2. Réalise les audits sur la qualité des données relatives à la santé de la Reproduction
Responsable du secteur Santé	Commission Européenne	Oui/Membre du comité de pilotage	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apporte un appui technique (sous forme de consultance internationale) dans la résolution des problèmes techniques relatifs à la mise œuvre de la proposition
Représentant	MEASURE EVALUATION/JSI	Oui/Membre du comité de pilotage	<ul style="list-style-type: none"> - Participe à la validation des plans d'action et du budget - Apporte un appui au suivi la mise en œuvre du plan d'action. - Participe à l'adoption du rapport annuel d'évaluation.

A l'attention du proposant

- *Veillez présenter les dispositifs de gestion financière pour le soutien de GAVI au RSS. GAVI soutient la gestion des fonds dans le respect du budget gouvernemental. Veillez indiquer comment cet objectif sera atteint (tableau 7.3).*
- *Veillez présenter les mécanismes d'achat éventuels qui seront utilisés pour le soutien de GAVI au RSS (tableau 7.4).*

7.3 : Gestion financière du soutien de GAVI au RSS

Pour le moment, les fonds GAVI pour le renforcement du système de santé de la Côte d'Ivoire seront logés dans le compte GAVI PEV. Dans les jours à venir, des indications précises seront fournies au secrétariat de GAVI.

Mécanisme / procédure	Description
Mécanisme de transfert des fonds du soutien de GAVI au RSS au pays	Par une dérogation expresse du ministère de l'Economie et des Finances les fonds seront déposés dans un compte ouvert auprès d'une banque à Abidjan. En l'occurrence, il s'agit de l'Etablissement <<la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest>>.
Mécanisme de transfert des fonds du soutien de GAVI au RSS du niveau central vers la périphérie	Les fonds dédiés au financement des micros plans arrêtés dans chaque district concerné sont transmis par des chèques non endossables chaque mois dans des comptes ouverts auprès des agences de banque situées dans le ressort de chaque District sanitaire. Il est envisagé de passer un accord avec la Fédération Nationale des Coopératives d'Epargne et de crédit (Banque mutualiste), pour ouvrir au nom de la Direction, de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation, un compte dans chaque localité ciblée en donnant mandat pour la réalisation des opérations conjointement au médecin chef de district et au chef du service Financier du district.

<p>Mécanisme (et responsabilités) d'utilisation du budget et d'autorisation</p>	<p>Le Directeur de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation : propose les engagements de dépenses (l'ordre de paiement et termes de référence de l'activité à mener).</p> <p>Le Directeur des Affaires Financières du Ministère de la Santé et de l'Hygiène : confirme les engagements et ordonnance la dépense par le visa de l'ordre de paiement.</p> <p>Le Contrôleur financier: vérifie de la réalité du service fait et le confirme par le visa de l'ordre de paiement.</p> <p>L'Agent Comptable Central du Trésor : signe les chèques.</p> <p>Le Comité de Coordination Inter Agences (Représentant des partenaires) : cosigne les chèques pour paiement.</p>
<p>Mécanisme de déboursement des fonds du soutien de GAVI au RSS</p>	<p>Les requêtes sont soumises au Comité technique qui les valide conformément au plan d'action et au plan d'utilisation des fonds validés en début d'année par le comité de pilotage.</p> <p>Lorsque la requête est approuvée, le Directeur de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation propose les engagements de dépenses (l'ordre de paiement et termes de référence de l'activité à mener) ; le Directeur des Affaires Financières du Ministère de la Santé et de l'Hygiène confirme les engagements et ordonnance la dépense par le visa de l'ordre de paiement ; le Contrôleur financier vérifie de la réalité du service fait et le confirme par le visa de l'ordre de paiement ; le chèque est cosigné par l'Agent Comptable Central du Trésor et le Représentant des partenaires (OMS) .</p> <p>Chaque trimestre, le comité technique de travail se réunit pour faire le point de l'utilisation des fonds, le suivi du budget et du plan d'action. Un rapport est ensuite fait au comité de pilotage.</p>
<p>Procédures d'audit</p>	<p>A la fin de l'exécution du plan d'action annuel un audit financier interne est commandité pour certifier les comptes. Cet audit sera réalisé par la DAF et le service du contrôle de gestion du MSHP et les rapports de l'audit sont transmis au comité de pilotage pour adoption.</p>

7.4 Mécanismes d'achat et d'approvisionnement

En ce qui concerne les achats, il s'agit surtout d'équipement et de matériel logistique de motos et véhicules.

Les achats se feront par appel d'offres annuel ouvert ou restreint selon la procédure de gestion des appels d'offres de la direction du marché public du Ministère de l'Economie et des Finances.

A l'attention du proposant

- *Veuillez présenter les dispositifs pour rendre compte des progrès réalisés dans la mise en oeuvre et l'utilisation des fonds du soutien de GAVI au RSS, en y faisant figurer l'entité responsable de la préparation du RAS. (tableau 7.5)*

***Note:** Le Rapport annuel de situation de GAVI, qui doit être remis le 15 mai de chaque année, doit apporter: la preuve d'un emploi approprié des fonds du soutien de GAVI au RSS, de l'existence d'audits financiers et d'achats dans les règles (conformément aux réglementations nationales ou par l'intermédiaire de l'UNICEF), la preuve de déboursements réels et réalisés efficacement (du niveau central vers les niveaux infranationaux, dans le cadre d'un mécanisme SWAp, le cas échéant), et enfin, des signes de progrès montrant que les objectifs d'activité annuels et les objectifs de résultats à plus long terme pourront être atteints.*

7.5 : Dispositifs d'établissement des comptes-rendus

Pour rendre compte des progrès réalisés, des comptes rendus et rapports d'activités trimestriels (trois mois) seront élaborés et transmis régulièrement au comité technique. Le comité technique fait la synthèse des rapports d'activités qu'il présente au comité de pilotage tous les six (06) mois.

Le rapport de situation est établi chaque année en fin d'activité par le comité technique. Ce rapport est validé par le comité de pilotage et transmis à GAVI par le secrétariat technique.

Le rapport de situation prendra en compte les activités prévues, les activités réalisées, le budget prévu et le budget exécuté. Ce rapport est accompagné du rapport de l'audit financier, des comptes rendus de réunion du comité technique, des comptes rendus de réunion du comité de pilotage.

A l'attention du proposant

- *Certains pays auront besoin d'une assistance technique pour mettre en œuvre le soutien de GAVI. Veuillez préciser le type d'assistance technique nécessaire pendant la durée du soutien de GAVI au RSS, ainsi que son origine si elle est connue (tableau 7.6).*

7.6 : Besoins en assistance technique

Activités nécessitant une assistance technique	Durée envisagée	Date envisagée (année, trimestre)	Provenance envisagée (locale, partenaire etc.)
1. Maintenance des équipements de la chaîne de froid	6 mois	Premier semestre de l'année 2009	GAVI
2. Elaboration des Plans d'action annuels des districts	2 ans	2008- 2009	GAVI
3. Evaluation de la mise en œuvre du projet de soutien de GAVI		Mi parcours (fin 2009) Finale (2012)	GAVI

Cette assistance technique est indispensable au démarrage des activités de mise en œuvre du soutien des fonds GAVI au renforcement du système de santé ivoirien pour l'accompagnement du personnel. Un retrait progressif de cette assistance est envisagé après que certaines personnes soient aguerries.

8^{ème} partie : coûts et financement du soutien de GAVI au RSS

A l'attention du proposant

- *Veillez calculer les coûts de toutes les activités pendant la durée du soutien de GAVI au RSS. Merci d'ajouter ou de supprimer des lignes / colonnes pour obtenir le nombre exact d'objectifs, d'activités et d'années. (tableau 8.1)*

Note: Veuillez vous assurer que tous les coûts de soutien pour la gestion, le S&E et l'assistance technique sont inclus. Veuillez convertir tous les coûts en USD (au taux de change actuel), et vous assurer que les déflateurs de GAVI sont utilisés pour les coûts futurs (voir les directives sur le site Web de GAVI : www.gavialliance.org).

Note: Le total général des fonds du soutien de GAVI au RSS demandés au tableau 8.1 ne doit pas dépasser le total général des fonds du soutien de GAVI au RSS alloués au tableau 8.2. Les fonds peuvent être demandés en tranches annuelles en fonction des coûts annuels estimés des activités. Ces derniers peuvent varier d'une année sur l'autre par rapport aux sommes allouées dans le tableau 8.2.

8.1: Coût de la mise en oeuvre des activités du soutien de GAVI au RSS (en CFA)

**Objectif 1 Renforcer les capacités de gestion du personnel de santé
de 6 services centraux, 12 Directions Régionales de la Santé
et des équipes cadres de 32 districts sanitaires de 2008 2012**

ACTIVITE		2008	2009	2010	2011	2012	Total
		Activité 1.1	Appui à la participation de 16 cadres du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique aux réunions/conférences/voyages d'études au niveau international sur le renforcement du système de santé	7 825	15 651	15 651	15 651
Activité 1.2	Révision des manuels de PMA des ESPC	19 391	-	-	-	-	19 391
Activité 1.3	Reproduction des manuels	17 269	74 492	-	-	-	91 761
Activité 1.4	Formation de 160 membres des équipes cadres de districts des 32 districts sanitaires sur les directives de PMA des ESPC et des hôpitaux	60 786	60 786	-	-	-	121 571
Activité 1.5	Formation de 160 membres des équipes cadres de districts des 32 districts sanitaires sur la gestion des déchets médicaux	-	-	-	-	-	-
Activité 1.6	Formation de 144 personnes à l'utilisation des outils de suivi et évaluation des activités sanitaires : Services centraux (6x4), Directions Régionales (12X2) équipes cadres de districts (32X3)	113 973	-	-	-	-	113 973
Activité 1.7	Formation de 12 Directeurs Régionaux et de 32 Directeurs départementaux de la santé en gestion des ressources humaines en santé et 6 cadres des services centraux	-	37 991	-	-	-	37 991
Activité 1.8	Appui à la DRH pour l'élaboration des documents normatifs et des outils de gestion des ressources humaines en santé	42 167	-	-	-	-	42 167
Activité 1.9	Appui à l'élaboration de supports de communication et de sensibilisation sur la promotion de la santé	-	15 621	-	-	-	15 621

Soutien de GAVI au RSS/ Côte d'Ivoire

Activité 1.10	Formation de 12 Directeurs Régionaux et de 32 Directeurs départementaux à l'élaboration de plans d'action opérationnel de districts et de régions et 6 cadres de niveau central	37 991	-	-	-	-	37 991
Activité 1.11	Organisation d'ateliers annuels d'élaboration de plans opérationnels de 32 districts et de 12 régions sanitaires	38 898	100 524	100 524	100 524	61 625	402 095
Activité 1.12	Appui au suivi trimestriel au niveau des 32 districts	112 686	112 686	112 686	112 686	112 686	563 431
Activité 1.13	Appui au suivi semestriel des plans opérationnels de 12 régions sanitaires	49 707	49 707	49 707	49 707	49 707	248 533
Activité 1.14	Organisation d'ateliers semestriels de suivi et de gestion du projet par le comité technique	9 914	9 914	9 914	9 914	9 914	49 571
Activité 1.15	Organisation de mission de supervision semestrielle des régions sanitaires par le niveau central	15 801	15 801	15 801	15 801	15 801	79 007
Activité 1.16	Organisation de mission de supervision trimestrielle des districts sanitaires par le niveau régional	11 847	11 847	11 847	11 847	11 847	59 233
Activité 1.17	Organisation de mission de supervision bimensuelle des établissements sanitaires par l'équipe cadre de district	88 578	88 578	88 578	88 578	88 578	442 889
Activité 1.18	Formation de 12 Directeurs Régionaux et de 32 Directeurs départementaux à la supervision et 6 cadres nationaux	24 312	-	-	-	-	24 312
Activité 1.19	Organisation de la revue annuelle des activités par le comité de pilotage	29 447	29 447	29 447	29 447	29 447	147 235
Activité 1.20	Appui à la coordination et au fonctionnement pour le suivi de la mise en œuvre des activités (comité de gestion centrale, région, district)	121 896	121 896	121 896	121 896	121 896	609 481
Activité 1.21	Organisation d'audits internes annuels par la DAF et le service de contrôle de gestion du MSHP	-	12 698	12 698	12 698	25 395	63 488
Activité 1.22	Organisation d'une évaluation à mi-parcours en 2010	-	-	59 191	-	-	59 191
Activité 1.23	Organisation d'une évaluation finale en 2012	-	-	-	-	56 783	56 783
TOTAL OBJECTIF 1		802 487	757 637	627 939	568 748	591 505	3 348 316

Objectif 2 **Revitaliser 326 ESPC, 24 HG et 8 CHR dans 32 districts sanitaires de 2008 à 2012.**

Activité		2008	2009	2010	2011	2012	Total
Activité 2.1	Organisation d'un état des lieux des structures sanitaires de 32 districts sanitaires (collecte de données)	59 481	-	-	-	-	59 481
Activité 2.2	Formation/recyclage d'au moins 800 agents des établissements sanitaires à l'application des directives des PMA dans 32 districts (sensibilisation sur les directives)	-	57 968	-	-	-	57 968
Activité 2.3	Réhabilitation et équipement en mobilier de bureau de 12 DR, 32 Directions Départementales 8 CHR, 24 Hôpitaux généraux et 326 ESPC	-	10 158	135 440	660 271	551 919	1 357 788
Activité 2.4	Appui à INHP par acquisition de camions frigorifiques	-	-	135 440	-	-	135 440
Activité 2.5	Dotation de 7 nouveaux districts sanitaires, de 5 Directions Régionales et de 3 services centraux en véhicules de supervision de type 4x4	-	289 691	154 251	154 251	79 007	677 201
Activité 2.6	Dotation d'au moins 2 districts sanitaires en unités mobiles pour la mise en œuvre des activités de stratégie mobile	33 860	33 860	33 860	33 860	-	135 440
Activité 2.7	Dotation de 100 ESPC en motos pour mener à bien les activités de stratégie avancée	150 489	-	300 978	-	-	451 467
Activité 2.8	Appui aux stratégies avancées et mobiles	205 598	205 598	205 598	205 598	205 598	1 027 991
Activité 2.9	Formation de 800 agents de santé à la mobilisation communautaire dans 32 districts sanitaires	41 625	41 625	-	-	-	83 251
Activité 2.10	Formation de 8000 agents de santé communautaires à la mobilisation communautaire dans 32 districts sanitaires	-	135 440	-	-	-	135 440
Activité 2.11	Diffuser les messages de mobilisation communautaire dans les radios de proximité	-	33 228	33 228	33 228	-	99 684
Activité 2.12	organiser annuellement une journée d'excellence pour récompenser les meilleurs 5 DDS et 5 ESPC	-	16 930	16 930	16 930	16 930	67 720
Total Objectif 2		491 053	824 500	1 015 726	1 104 138	853 454	4 288 871

Objectif 3 **Améliorer la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de 2008 à 2012**

Activité		2008	2009	2010	2011	2012	Total
Activité 3.1	Dotation de 32 districts, 12 Directions régionales et 6 services centraux en équipements et consommables informatiques	249 436	-	-	-	-	249 436
Activité 3.2	Dotation de 12 Directions régionales, 32 districts et 652 ESPC en supports de collecte des données	45 129	45 129	45 129	45 129	45 129	225 643
Activité 3.3	Appui à la maintenance des équipements informatiques dans 3 services centraux, 12 Directions régionales et 32 districts	-	-	-	-	-	-
Activité 3.4	renforcement des capacités des gestionnaires de données à l'utilisation et à la maîtrise des données	74 068	-	-	-	-	74 068
Activité 3.5	Appui activités de suivi des comités de lutte contre les épidémies	-	-	-	-	-	-
Activité 3.6	Evaluation des ripostes aux épidémies	903	903	903	903	903	4 515
Activité 3.7	Appui à l'évaluation de la qualité des données dans les districts	18 059	17 720	17 720	17 720	17 720	88 939
Activité 3.8	Appui à la production de l'annuaire des statistiques sanitaires	22 935	22 935	22 935	22 935	22 935	114 673
Activité 3.9	Organisation de réunions trimestrielles d'harmonisation des données de surveillance avec les districts et les régions	34 334	34 334	34 334	34 334	34 334	171 670
Activité 3.10	Appui à l'intégration des données du sous secteur sanitaire privé dans le système d'information sanitaire	51 777	79 842	-	-	-	131 619
Total objectif 3		496 639	200 862	121 020	121 020	121 020	1 060 562

Tableau : Récapitulatif des coûts par domaine d'intervention

Domaine	2008	2009	2010	2011	2012	Total
1. niveau opérationnel	1 626 853	1 410 509	1 622 778	1 711 190	1 383 515	7 754 844
2. niveau national	163 327	372 491	141 907	82 716	182 464	942 905
Total général	1 790 179	1 782 999	1 764 685	1 793 907	1 565 979	8 697 749

Domaine	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
1. Coût opérationnel	227 282 886	179 267 533	31 391 871	31 480 283	27 716 208	497 138 781
Renforcement des capacités des ressources humaines (formation, supervision)	509 834	401 673	67 863	67 863	60 038	1 107 272
Réhabilitation	-	10 158	135 440	660 271	551 919	1 357 788
Equipement et logistique	496 182	443 172	669 658	233 240	124 135	1 966 388
Communication	-	48 849	33 228	33 228	-	115 305
Planification	98 379	100 524	100 524	100 524	61 625	461 576
Supervision	321 824	321 824	321 824	321 824	321 824	1 609 120
2. Coût de soutien	462 339	557 323	536 672	477 481	508 063	2 541 877
Fonctionnement	121 896	121 896	121 896	121 896	121 896	609 481
Planification et Suivi-Evaluation	335 363	419 343	351 728	342 887	310 422	1 759 744
Audit interne	-	12 698	12 698	12 698	25 395	63 488
Assistance technique	5 079	3 386	50 350	-	50 350	109 165
Total général	1 790 179	1 782 999	1 764 685	1 793 907	1 565 979	499 680 658

Tableau : Récapitulatif des coûts par objectif

	Objectif	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
Objectif 1	Renforcer les capacités de gestion du personnel de santé de 6 services centraux, 12 Directions Régionales de la Santé et des équipes cadres de 32 districts sanitaires de 2008 à 2012	802 487	757 637	627 939	568 748	591 505	3 348 316
Objectif 2	Revitaliser 32 ESPC, 24 HG et 8 CHR dans 32 districts sanitaires de 2008 à 2012.	491 053	824 500	1 015 726	1 104 138	853 454	4 288 871
Objectif 3	Améliorer la gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de 2008 à 2012	496 639	200 862	121 020	121 020	121 020	1 060 562
Total général		1 790 179	1 782 999	1 764 685	1 793 907	1 565 979	8 697 749

NB : 1 USD = 443 FCFA (28 février 2008)

A l'attention du proposant

- Veuillez calculer le montant des fonds disponibles par année en provenance de GAVI pour les activités du soutien de GAVI au RSS proposées, sur la base du nombre annuel de naissances et du RNB par habitant de la façon suivante (tableau 8.2) :
- Si le RNB < 365 USD par habitant, le pays est habilité à recevoir un maximum de 5 USD par habitant.
- Si le RNB > 365 USD par habitant, le pays est habilité à recevoir un maximum de 2,5 USD par habitant.

Note: L'exemple ci-après suppose que la cohorte de naissance de l'année de la proposition de GAVI est égale à 100 000 et donne le total de l'allocation de fonds si le RNB < 365 USD par habitant et si le RNB > 365 par habitant.

Exemples : Calcul de l'allocation du soutien de GAVI au RSS aux pays

Allocation du soutien de GAVI au RSS (RNB < 365 USD par habitant)	Allocation par année (USD)				
	2007	2008	2009	2010	TOTAL DES FONDS
Cohorte de naissance	100 000	102 000	104 000	106 000	
Allocation par nouveau-né	5 USD	5 USD	5 USD	5 USD	
Allocation annuelle	500 000 USD	510 000 USD	520 000 USD	530 000 USD	2 060 000 USD

Allocation Soutien de GAVI au RSS (RNB > 365 USD par habitant)	Allocation par année (USD)				
	2007	2008	2009	2010	TOTAL DES FONDS
Cohorte de naissance	100 000	102 000	104 000	106 000	
Allocation par nouveau-né	2,5 USD	2,5 USD	2,5 USD	2,5 USD	
Allocation annuelle	250 000 USD	255 000 USD	260 000 USD	265 000 USD	1 030 000 USD

8.2 Calcul de l'allocation du soutien de GAVI au RSS aux pays

Allocation du soutien de GAVI au RSS	Allocation par année (USD)						
	Année de la proposition à GAVI	Année 1 de mise en oeuvre	Année 2 de mise en oeuvre	Année 3 de mise en oeuvre	Année 4 de mise en oeuvre	Année 5 de mise en oeuvre	TOTAL DES FONDS
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Cohorte de naissance	607144	627180	647877	669257	691343	714157	3 349 814
Allocation par nouveau-né	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Allocation annuelle		1567950	1619693	1673143	1728358	1785393	8374535 USD

Source et date des informations sur le RNB et la cohorte de naissance.

RNB : Ministère de l'Economie et des Finances : 2007

Cohorte de naissance : PPAC 2006

Total autres :

A l'attention du proposant

Note: Le tableau 8.3 ne doit pas obligatoirement être rempli.

- *Veillez vous efforcer de préciser le montant total de toutes les dépenses prévues dans le pays au titre du renforcement du système de santé pendant toute la durée de la proposition du soutien de GAVI au RSS (tableau 8.3).*

Note: Veillez préciser les apports de fonds du gouvernement, de GAVI et des partenaires ou autre institutions de financement. S'il y a plus de quatre donateurs principaux, veuillez insérer des lignes supplémentaires. Veuillez indiquer les noms des partenaires dans le tableau, et regrouper tous les apports de fonds restants ensemble. Veuillez indiquer la source des données (Revue des dépenses publiques, CDMT, rapports des donateurs etc.)

8.3 : Provenance de tous les financements prévus pour les activités de renforcement des systèmes de santé

Sources de financement	Allocation par année (USD)						TOTAL DES FONDS
	Année de la proposition à GAVI	Année 1 de mise en oeuvre	Année 2 de mise en oeuvre	Année 3 de mise en oeuvre	Année 4 de mise en oeuvre	Année 5 de mise en oeuvre	
	2007...	2008...	2009...	2010...	2011...	2012...	
GAVI		1 790 179	1 782 999	1 764 685	1 793 907	1 565 979	8 697 749
Gouvernement	204 028 240	222 252 727					
Donateur 1. (OMS)	258 000	303 000	303 000				
Donateur 2. (UNICEF)	1 119 004	9 310 300					
Donateur 3. (PEPFAR)	4 000 000	5 000 000					
Donateur 4.							

Total autres

Source des informations sur la provenance des financements :

GAVI : RSS/GAVI

Gouvernement : budget de l'Etat

Donateur 1 : OMS : plan de coopération.....

Donateur 2 : UNICEF : plan de coopération

Donateur 3 : PEPFAR : plan de coopération

Total autres :

9^{ème} partie : adoption de la proposition

A l'attention du proposant

- Des représentants du ministère de la santé et du ministère des finances et du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS), ou son équivalent, sont tenus de signer la proposition du soutien de GAVI au RSS.
- Tous les membres du CCSS sont tenus de signer le compte-rendu de la réunion au cours de laquelle la proposition pour un soutien de GAVI au RSS a été adoptée. Le compte rendu devra être remis avec la proposition (numéroté et répertorié en annexe 1).
- Veuillez donner le nom et les coordonnées de la personne à contacter par GAVI en cas de besoin.

Note : La signature des membres du CCSS tient lieu d'accord avec les informations et les projets présentés dans cette proposition et de soutien à la mise en œuvre de ces projets. Il n'implique aucun engagement financier ou légal de l'institution partenaire ou de l'individu.

9.1 : Adhésion du gouvernement

Le gouvernement de Côte d'Ivoire s'engage à fournir des services de vaccination et d'autres services de santé de la mère et de l'enfant sur une base durable. L'efficacité du renforcement des systèmes de santé.

ALÉ

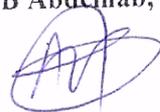


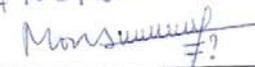
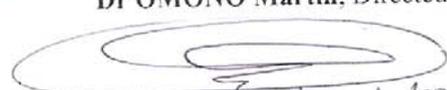
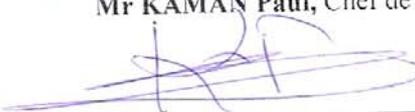
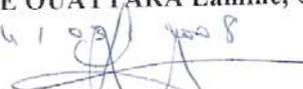
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

Nous soussignés, membres du comité de pilotage pour le Renforcement du Système de Santé Ivoirien, nous sommes réunis le 04 Mars 2008 pour examiner cette proposition. A cette réunion, nous avons approuvé cette proposition sur la base des documents justificatifs annexés.

Le compte rendu de cette réunion est annexé.

Institution / Organisation	Nom / Titre
Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique	Dr BLEDI TROUIN Félix, Directeur de cabinet adjoint 
Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement	Mr ALLOU Manizan, Sous Directeur 
Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	Dr YAO Théodore, Conseiller programme 
Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)	Dr BENDIB Abdelhab, Chef de programme Santé 
Union Européenne (EU)	Dr TIBALDESCHI Grazia, Expert Santé 

Institution / Organisation	Nom / Titre
Ministère de la lutte contre le Sida	MR MONSAN Ignace, Sous Directeur 04 103 12008 
Ministère de la Ville et de la Salubrité Urbaine	Dr OMONO Martin, Directeur  Le 04/03/08
Ministère de l'Environnement	Mr KAMAN Paul, Chef de service 
Ministère de la Défense	MED/CNE OUATTARA Lamine, Chef de projet 04 1 99 1 000 8 
Ministère de la Santé et de l'hygiène Publique/ Direction des Affaires Financières	Mme YO MARINA, Sous Directeur 04/03/2008 

9.2 : Adhésion du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) ou son équivalent dans le pays

Les membres du Comité de Coordination du Secteur de la Santé ou son équivalent ont adhéré à cette proposition à l'occasion d'une réunion qui s'est tenue le 04 mars 2008. Le compte-rendu signé est joint en annexe 1.

Président du CCSS (ou son équivalent)/son représentant

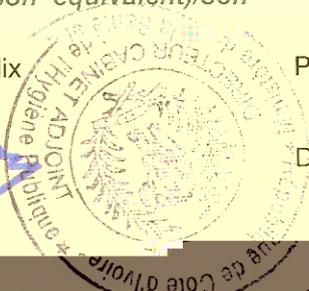
Nom : BLEDI TROUIN Félix

Poste/Organisation : Directeur de Cabinet
Adjoint/Ministère de la Santé et de
l'Hygiène Publique

Signature :



Date : 07 mars 2008



9.3 : Personne à contacter pour tout renseignement :

Nom : GUESSAN BI Gouzan Bernard... Titre : Directeur de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE)

N° de tél. : (225) 20 32 33 17

Adresse : 04 BP 341 Abidjan 04

N° de fax : 20 32 34 40

Courrier électronique : bigouzanbernard@yahoo.fr
kougnace@yahoo.fr

ANNEXE 1 Documents d'appui à la proposition pour un soutien de GAVI au RSS

A l'attention du proposant

- *Veillez numéroté et répertorier dans le tableau ci-dessous tous les documents remis avec cette proposition.*

***Note:** Tous les documents d'appui doivent être présentés en anglais ou en français, sous la forme de copies électroniques dans toute la mesure du possible. Seuls les documents auxquels il est fait référence dans la proposition doivent être présentés.*

Document (avec le nom d'usage équivalent dans le pays)	Disponible (Oui/Non)	Durée	Pièce jointe numéro
Plan National de Développement Sanitaire 2008- 2012 Tome 1 (PNDS Tome1)	oui	2008- 2012	1
Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012 Tome 2 (PNDS Tome 2)	oui	2008- 2012	2
Plan Stratégique de Développement des ressources humaines du secteur de la santé (RHS) en Côte d'Ivoire 2007-2012	oui	2007-2012	3
Rapport de l'évaluation du système d'information et de gestion dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH en Côte d'Ivoire	oui	2007-2011	4
Plan national de gestion des déchets médicaux	oui	2005-2010	5
Rapport d'activités de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire, exercice 2006	oui	2006	6
Décision N° 0731 MSHP/CAB du 15 Mai 2007 portant création, organisation, attributions et fonctionnement du comité national pour le renforcement du système de santé ivoirien avec l'appui financier de GAVI (RSS/GAVI)	oui	2007	7
Arrêté N° 307 MSHP/CAB du 28 Septembre 2007 portant création, organisation, attributions et fonctionnement du comité national pour le renforcement du système de santé ivoirien avec l'appui financier de GAVI (RSS/GAVI)	oui	2007	8
Décret N° 2006-33 du 08 mars 2006 portant organisation du Ministère de la santé et de L'Hygiène Publique	oui	2007	9
Stratégie nationale de développement basée sur la réalisation des OMD, version 4, novembre 2007	oui	2007	10