



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

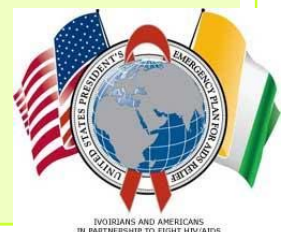


MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE PRISE EN CHARGE MEDICALE
DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SIDA

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DES SOINS PALLIATIFS 2006—2010

SEPTEMBRE 2006



In July 2011, FHI became FHI 360.



FHI 360 is a nonprofit human development organization dedicated to improving lives in lasting ways by advancing integrated, locally driven solutions. Our staff includes experts in health, education, nutrition, environment, economic development, civil society, gender, youth, research and technology – creating a unique mix of capabilities to address today's interrelated development challenges. FHI 360 serves more than 60 countries, all 50 U.S. states and all U.S. territories.

Visit us at www.fhi360.org.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	2
INTRODUCTION	3
CHAPITRE I : APERCU GENERAL SUR LA SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE DE LA COTE D'IVOIRE	5
CHAPITRE II : ANALYSE DE LA SITUATION DU DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS	9
CHAPITRE III : ORIENTATIONS DE LA DECLARATION DE POLITIQUE NATIONALE DE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS (DPN-SP)	13
CHAPITRE IV : PLAN NATIONAL POUR LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN COTE D'IVOIRE ENTRE 2006 ET 2010 (PNA-SP 2006-2010)	16
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	70

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ARV	Antiretroviraux
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDC/RETROCI	Center for Diseases Contrôle/ Retrovirus - Côte d'Ivoire
CEPREF	Centre de Prise en charge de Recherche et de Formation
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNDSP	Commission National pour le Développement des Soins Palliatifs
COSCI	Collectif des ONG de lutte contre le Sida en Cote d'ivoire
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
EPN	Etablissement Public National
FHI	Family Health International
FSTI	Fonds de solidarité thérapeutique internationale
GTTSP	Groupe Technique de Travail en Soins Palliatifs
HWCI	Hope Worldwide Côte d'Ivoire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LICC	Ligue Ivoirienne Contre le Cancer
OAREC	Organisation Africaine pour la Recherche et l'Enseignement sur le Cancer
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables du fait du VIH/SIDA
OICS	Organe International de Contrôle des Stupéfiants
ONG	Organisations Non Gouvernementale
ONUSIDA,	Programme Commun des Nations Unies de Lutte contre le SIDA
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PAD	Partenaire Au Développement
PEPFAR	Presidential Emergency Plan For AIDS Releave (PEPFAR) ou Plan d'urgence présidentiel américain pour la lutte contre le SIDA,
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNPECM/PVVIH	Programme National de Prise En Charge Médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
PSP	Pharmacie de la Santé Publique
RASS	Rapport Annuel de la Situation Sanitaire de Côte d'Ivoire
RIP	Réseau Ivoirien des organisations des Personnes vivant avec le
SEPS	Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants
SFPS	Projet Santé familiale et prévention du SIDA
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SILUD	Société Ivoirienne de Lutte contre la Douleur
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SP	Soins Palliatifs
USAID	United States Agency for International development
VIH	Virus Immunodéficitaire Humaine

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire a adhéré à la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) dont les principes directeurs sont d'assurer la distribution équitable, l'efficacité et la viabilité des services ainsi que la participation communautaire, de limiter les coûts des services et de développer la multisectorialité et le partenariat. Ces principes directeurs ont servi de base à la définition de la Politique Nationale de Développement Sanitaire, exposée dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré pour la période 1996-2005.

L'objectif général de ce plan est d' « Améliorer l'état de santé et le bien être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population » (PNDS. OP.CIT). Trois objectifs spécifiques en découlent : « *réduire la morbidité et la mortalité liées aux grands problèmes ; améliorer l'efficacité du système ; améliorer la qualité des prestations sanitaires* ».

L'amélioration de la qualité des soins, comme le souligne le PNDS, est impérieuse pour une plus grande satisfaction des bénéficiaires et une crédibilité des populations dans la médecine moderne. L'atteinte de cet objectif ne peut se faire sans la prise en compte des Soins Palliatifs qui sont une composante des soins pour les malades atteints d'affections chroniques et incurables, depuis le diagnostic jusqu'au décès et même après la mort.

L'OMS¹ définit les soins palliatifs comme étant « une approche qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontés aux problèmes liés à la maladie qui menace leur vie, par la prévention et le soulagement de leur souffrance grâce à une identification précoce et une évaluation impeccable et un traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels. »

Les soins palliatifs sont une philosophie de soins qui associent toute une gamme de thérapie, dont l'objectif est d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux personnes atteintes de maladies chroniques et incurables ainsi qu'à leurs familles. Ils permettent en outre d'assurer la continuité des soins, d'apporter des soins de qualité pour tous à l'hôpital, dans la communauté et à domicile. Cette philosophie est basée sur le principe que chacun a le droit d'être soigné et de mourir dans la dignité et que le soulagement de la douleur physique, affective, spirituelle et sociale est un droit inaliénable et essentiel à ce processus.

Des soins palliatifs efficaces nécessitent une approche large et interdisciplinaire incluant la famille et utilisant les ressources communautaires disponibles. Ils peuvent être appliqués avec succès chez l'adulte comme chez l'enfant même dans les pays aux ressources limitées.

Conscient de la nécessité de développer les soins palliatifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs familles, le Ministère chargé de la santé, en collaboration avec les Partenaires au Développement, a initié un projet de développement des soins palliatifs en Côte d'Ivoire. Dans la phase initiale de ce projet, une évaluation diagnostique de la situation des soins palliatifs a été menée en Septembre 2004; impliquant les acteurs gouvernementaux, les services hospitaliers, les représentants des ONG et des organisations nationales des personnes vivant avec le VIH/SIDA².

¹ OMS. A community Health Approach to palliative care for HIV/AIDS and Cancer Patients

² COUGHLAN Marie. Evaluation rapide des soins palliatifs, soins communautaires et à domicile à Abidjan Côte d'Ivoire, 2004

L'évaluation visait à recueillir des informations sur l'éventail de soins et des services fournis aux personnes atteintes de maladies chroniques et incurables (VIH/SIDA, Cancer, etc.), les services existants en matière de soins communautaires et à domicile ainsi que les facteurs favorables et néfastes au développement de ces soins. Cette évaluation a permis de se rendre compte de l'insuffisance de l'offre de soins palliatifs pour les malades en général et en particulier ceux du SIDA et du cancer même si de nombreuses initiatives sont entreprises dans les établissements sanitaires et au niveau communautaire.

Cette évaluation suggère la prise en compte de toutes les compétences, connaissances et expériences identifiées en vue de définir une stratégie harmonisée de soins palliatifs intégrée à tous les niveaux y compris à domicile.

Une sensibilisation au niveau national et l'élaboration d'une stratégie pour l'amplification systématique des approches existantes de soins palliatifs s'imposent. La présente déclaration de politique nationale sur les soins palliatifs est une réponse à ce défi et marque l'engagement du gouvernement à œuvrer pour le développement des soins palliatifs en Côte d'Ivoire.

Chapitre I : APERCU GENERAL SUR LA SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE DE LA COTE D'IVOIRE

1.1- Situation géographique

La Côte d'Ivoire est un pays de l'Afrique occidentale située en zone intertropicale. Elle s'étend sur une superficie de 322.462 km². Située près de l'équateur entre les 3^{ème} et 8^{ème} degré de longitude Ouest, elle est limitée à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, au Sud par l'Océan Atlantique (Golfe de Guinée) et au Nord par le Burkina-Faso et le Mali. Cette position géographique explique d'une part les variations climatiques et les deux principales zones de végétation (la forêt au Sud et la Savane au Nord) et d'autre part, la présence de diverses maladies dont certaines sont endémiques comme le paludisme et d'autres zones spécifiques (par exemple la méningite au Nord et le pian au Sud).

1.2- Situation climatique

On y rencontre quatre (4) types de climats :

a- Le climat attiéen, au sud du pays, est un climat tropical humide ou équatorial. Les alizés du sud-ouest engendrent de fortes précipitations. L'humidité reste toujours élevée (moyenne supérieure à 80%). La pluviométrie varie entre 1600 mm et 2500mm. Le climat comprend quatre saisons :

une grande saison sèche (décembre à avril)

une grande saison de pluie (avril à juillet)

une petite saison sèche (août à septembre)

une petite saison de pluie (octobre à novembre)

b- Le climat baouléen, au centre de la Côte d'Ivoire, est un climat tropical sec. La quantité des pluies varie entre 1.100 mm et 1.600 mm par an. Il y a quatre (4) saisons :

* 2 saisons de pluies (mars-juin et septembre-octobre)

* 2 saisons sèches (juillet-août et novembre-février)

c- Le climat soudanien, dans le Nord du pays, c'est un climat tropical sec marqué par deux saisons : l'hivernage ou saison des pluies de mai en octobre et la saison sèche de novembre en avril.

d- Le climat de montagne dans la région de Man à l'Ouest, comme dans le précédent, on y rencontre deux saisons avec toutefois ici des pluies plus abondantes (jusqu'à 2.300 mm) tombant de mars en octobre. La saison sèche est assez courte puisqu'elle ne dure que quatre mois (novembre en février).

Si la végétation varie en fonction des zones climatiques, on peut cependant retenir que deux grands écosystèmes se partagent le pays :

- La forêt qui couvre la moitié Sud du pays et

- La savane qui s'étend sur la moitié Nord.

1.3- Situation hydrographique

La Côte d'Ivoire est arrosée par 4 grands fleuves peu navigables sur de longues distances. Ce sont : le Sassandra, le Bandama, le Cavally et la Comoé. Trois grandes lagunes (Ebrié, Aby et Lahou) communiquent entre elles par des canaux.

1.4- Situation démographique

En 1998, la population était de 15.366.672 habitants dont 7.522.049 femmes, 1.901.327 enfants de moins de cinq ans.

En 1999, la population est estimée à 16.456 500 habitants³ dont 21% de femmes en âge de procréer, 20% d'enfants de moins de cinq ans, 5% de femmes enceintes.

En 1995, le taux d'accroissement de la population est estimé à 3,1%, le taux brut de mortalité à 12‰, le taux de mortalité infantile à 86‰ et le taux de mortalité infanto-juvénile à 138‰ et le taux brut de natalité à 45‰.

La population est estimée en 2004 à 18 millions.

Le taux de scolarisation au primaire est de 75% et le taux d'alphabétisation des adultes est de 39%.

La répartition spatiale de la population est de 56% en milieu rural et 44% en milieu urbain.

En 1998, le taux d'accroissement de la population est estimé à 3,2 %, le taux brut de mortalité à 12‰, le taux de mortalité infantile à 112‰, le taux de mortalité infanto-juvénile à 138‰ et le taux brut de natalité à 45‰.

La répartition par zone d'habitat est de 56 % en milieu rural et de 44. % en milieu urbain.

Le taux de scolarisation au primaire est de 52% et le taux d'alphabétisation des adultes est de 56%.

1.5- Situation politique

La situation socio politique survenue en septembre 2002 a plongé le pays dans une situation socio économique sans précédent. Tous les indicateurs économiques sont négatifs. Cependant, les transports fonctionnent toujours et les populations peuvent circuler librement.

Dans les zones affectées par la guerre, à savoir Bouaké, Korhogo et Man, les ONGs internationales y ont une présence active, les structures sanitaires nationales ont plus ou moins quittés a cause des effets répétitifs de la guerre. Quelques associations des PVVIH/SIDA qui opéraient dans les zones assiégées, ont été obligées de confier la plus grande partie de leurs activités aux ONGs internationales et la Croix Rouge Nationale Ivoirienne.

Depuis le 19 septembre 2002 suite à la situation de guerre, le pays est divisé en deux zones : la zone sous contrôle gouvernemental et la zone affectée par la guerre. Cette guerre à vu le déplacement massif des populations vers la zone gouvernementale en particulier le personnel médical, depuis des ONG nationales et internationales interviennent dans la zone affectée par la guerre (Médecins Sans Frontière : Belge, France et Hollande, CARE International, ASAPSU, Merlin, Croix rouge de Côte d'Ivoire, CICR, PSI, pour ne citer que celles là. Ces ONG sont appuient l'OMS, UNICEF, l'Union Européenne, la coopération technique belge et d'autres coopérations bilatérales. Elles interviennent dans le cadre de la promotion de la santé, de la remise en place du système de santé affectée par la guerre et particulièrement dans la prise en charge des malades. Le Ministère de la Santé

¹ABBAS Sonoussi : Tableau de bord social : module population INS Abidjan
Janvier 1995.

et de la Population en collaboration avec le CNDDR (Comité National de désarmement, démobilisation et réinsertion) et les forces quadripartites, a procédé au redéploiement du personnel de santé dans la zone affectée par la guerre. Ainsi les directeurs départementaux et les directeurs régionaux de la santé sont actuellement en poste dans leurs zones respectives. Le ministère de la santé et de la population avec l'appui des coopérations bilatérale, multilatérale, les ONG et des organisations associatives communautaires, les forces nationales et internationales et les forces nouvelles a conduit avec succès deux campagnes de vaccinations sur tout le territoire national. Dans ce mois d'août 2004, le ministère de la santé et de la population en collaboration avec l'UNICEF conduira, la formation des agents de santé redéployés dans les zones affectées par la guerre, procèdera à la distribution des moustiquaires imprégnées et fera la ré imprégnation de masses de moustiquaires non imprégnées disponibles dans ces zones affectées par la guerre.

Depuis la signature des accords d'Accra II, tout semble aller pour le mieux, pour la paix. La circulation des biens et des personnes a repris sans trop grandes difficultés, sans grandes tracasseries ni menaces sur des vies humaines. L'acquisition de la paix n'est pas loin, la reprise totale des activités de santé sur tout le territoire national est possible en tout endroit du pays.

Les dernières crises sociales qui ont débuté dans les zones affectées par la guerre et se sont étendues particulièrement à Abidjan ont plongé le pays dans un désespoir. Mais la relance des négociations suscite un réel espoir et indique le chemin vers la paix, condition indispensable à la relance économique et à la reprise de toutes les activités surtout l'activité sanitaires.

La mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme ne devrait trouver aucun obstacle en dehors d'une reprise de la guerre. Ceci n'est pas à envisager dans le cadre de l'évolution actuelle de la situation socio -politique dans le pays.

1.6- Situation économique

La Côte d'Ivoire, 1^{er} producteur mondial de cacao et 3^{ème} producteur mondial de café, a connu plusieurs années de crise économique. Avec la politique de diversification agricole, les cultures telles que l'ananas, le palmier, l'hévéa, la banane, le coton, l'anacarde, le coco ont été développées.

Suite à la dévaluation en 1994 du FCFA par rapport au franc français, le pays a amorcé une croissance économique avec un taux de 1,8%. Cette croissance s'est accrue en 1995 avec un taux d'environ 7%. En 2000, cette croissance était moins de 3% et en 2001 ce taux est remonté à moins de 1%.

De 1995 à 2001, au plan macroéconomique, la Côte d'Ivoire passe par une phase d'expansion où le taux de croissance varie de 4 à 6 %.

Le rapport du PNUD établissait le PIB *per capita* à 763 USD en 2001 et l'IDH à 0,42 en 1998.

En matière de santé, les tensions et conflits de cette période se sont traduits par une stagnation des programmes, notamment du programme de lutte contre le SIDA même le paludisme.

1.7- Sur le plan social, toutes ces années de crise ont débouché sur l'aggravation du phénomène de la pauvreté. Le taux de pauvreté qui était de 10% en 1985 est passé à 33,6% en 1998. Les populations les plus pauvres sont dans les zones rurales (42% en 1993 et en 1998) et plus de 50% des pauvres sont des femmes.

1.8-Situation sanitaire national

L'organisation du système sanitaire est de type pyramidal et comprend trois niveaux administratifs (calqué sur le découpage administratif) et trois niveaux techniques.

⇒ Les niveaux administratifs:

❖ le niveau central ou national comporte le Cabinet du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec :

- 9 Directions centrales,
- 6 Etablissements Publics Nationaux (EPN)
- 28 Directions Exécutives de programmes de santé prioritaires

❖ le niveau intermédiaire ou régional comporte 19 Directions Régionales ;

❖ le niveau périphérique ou départemental qui comporte 81 districts sanitaires.

⇒ Les niveaux techniques :

❖ le niveau central est représenté par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU),

❖ le niveau intermédiaire par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR),

❖ le niveau périphérique par les Hôpitaux Généraux (HG) et les Centres de Santé soient urbains soient ruraux (CSU ou CSR)

Chapitre II : ANALYSE DE LA SITUATION DU DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS

2.1. VIH/SIDA en Côte d'Ivoire

2.1.1 Epidémiologie et impact socio – économique

Le rapport ONUSIDA 2004⁴ sur l'épidémie mondiale de la maladie donne les statistiques suivantes pour la Côte d'Ivoire :

- Le taux de prévalence, qui est de 7% pour la population adulte, est le plus élevé de l'Afrique de l'Ouest. Le VIH-1 et le VIH-2 sont présents, avec une prévalence nettement plus élevée pour le VIH-1.
- L'on estime à plus de 570.000 le nombre d'adultes et d'enfants vivant actuellement avec le VIH ou le SIDA, dont 40.000 enfants de moins de 14 ans.
- Depuis 1998, le VIH/SIDA est la cause la plus fréquente de mortalité chez les adultes (15-49 ans), et la tuberculose est l'infection opportuniste la plus courante chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.
- Le nombre de décès dû au SIDA enregistré en 2003 était estimé à 47.000.
- Plus de 310.000 enfants ont perdu un ou les deux parents à cause du SIDA.
- On constate une féminisation de l'épidémie avec 61,4% (350.000) de femmes sur les 570.000 PVVIH. Le SIDA affecte les filles âgées de 15 -19 ans, 6,7 fois plus que les garçons du même âge, ce qui démontre la vulnérabilité des filles et des femmes.

La Banque mondiale a signalé en 2004⁵ que « la propagation rapide de la pandémie a déjà imposé un coût économique considérable qui affecte négativement la production des richesses, le travail et le capital physique ». Une baisse de la productivité, conséquence à la fois de la pandémie et de l'instabilité socio - politique, a affecté les capacités des pouvoirs publics à répondre effectivement aux besoins de prévention, soins et traitement, sans l'aide de donateurs extérieurs. Au niveau des ménages, étant donné que le SIDA est désormais la principale cause de décès, les quelques fonds qui auraient pu servir à améliorer le bien-être des familles affectées par le SIDA servent à payer le coût des funérailles.

Dans le cadre du système sanitaire, chaque structure a connu les effets néfastes du VIH/SIDA. En 1997, l'on estimait en moyenne à 40% les lits d'hôpitaux occupés par des personnes atteintes de SIDA.

2.1.2. Efforts de prise en charge du VIH/SIDA

Le VIH a été diagnostiqué pour la première fois en Côte d'Ivoire en 1985. Bien qu'un programme national pour le VIH/SIDA ait été créé au sein du Ministère de la santé publique en 1989, celui-ci était essentiellement axé sur la prévention et le traitement des infections opportunistes.

La réponse à l'ampleur de la pandémie a été marquée en 2001 par la création d'un ministère de la lutte contre le SIDA : une approche globale, multisectorielle et décentralisée a alors été développée. De même, un plan stratégique national pour 2002 - 2004 a été mis

⁴ ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondial de SIDA 2004

⁵ Banque Mondiale. Côte d'Ivoire VIH/SIDA Multi – Sector Response Project Vol.1

en place à travers une consultation participative élargie de toutes les parties prenantes, signe d'un changement significatif de l'approche de la pandémie. Dans le cadre de cette approche coordonnée, et en collaboration avec les PAD (ONUSIDA, FSTI et le projet RETRO-CI), un programme a été mis en place en 1998, avec un accent particulier sur l'accès aux soins comprenant les anti – rétroviraux (ARV) et le traitement des infections opportunistes. Un nouveau plan stratégique national est en cours d'élaboration.

Au sein du Ministère de la santé, il existe un programme national de prise en charge médicale de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PNPEC).

L'appui des PAD implique de nombreux organismes des Nations Unies (OMS), des organisations américaines et européennes agissant à plusieurs niveaux (prévention, renforcement des capacités, communication pour le changement de comportement, traitement).

Seules quelques organisations internationales interviennent dans les soins et soutien, les soins palliatifs et les soins à domicile. Ce sont Hope *Worldwide* Côte d'Ivoire (HWCI), Care international et Family Health International (FHI).

Deux réseaux d'organisations communautaires (RIP+ et COSCI) constitués d'organisations non gouvernementales, interviennent au niveau du plaidoyer, du renforcement des capacités, de la sensibilisation, de la mobilisation communautaires pour les activités de soutien psychologique et social.

Bien que le rôle de la communauté soit reconnu comme élément essentiel dans la prestation des soins et la prévention, son implication a jusqu'à présent été limitée. Les soins communautaires sont en général assurés par des ONG nationales dont les activités se limitent à la prévention et aux visites à domicile faute de ressources humaines et financières.

Le ministère de la lutte contre le SIDA a identifié de nombreuses ONG en dehors d'Abidjan dont on ignore le degré d'implication dans les soins et le soutien aux PVVIH. Néanmoins, le personnel de ces ONG a besoin d'un renforcement de connaissances, de compétences et de ressources humaines, matérielles et financières.

Pour ce faire, un « Guide national de prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA » a été élaboré en 2002. Ce document combine des éléments de directives de base et de formation. Il n'est encore utilisé que par très peu d'ONG.

2.2 Cancer en Côte d'Ivoire

2.2.1. Epidémiologie et impact socio – économique

Avant 1994, très peu d'informations étaient systématiquement collectées sur l'incidence du cancer dans de nombreux pays africains, dont la Côte d'Ivoire. Depuis lors, sous l'égide du Ministère de la santé publique, un Registre du cancer a été créé pour répertorier tous les cas de cancer suivis à Abidjan et ses environs.

Les premières données recueillies entre 1995 et 1997 et publiées en 2000 à partir de ce registre montrent un total de 2.815 cas de cancer enregistrés⁶. Les taux d'incidence

⁶ Echimane, A., Ahnoux, A., Adoubi, I., Hien, S., M'Bra, K., D'Horpock, A., Diomandé, M., Anongba, D., Mensah-Adoh, I. et Parkin, D. 2000. Cancer Incidence in Abidjan, Ivory Coast. First results from the Cancer registry, 1995-1997. Cancer August 1, 2000.

standardisés pour l'âge sont de 83,7 pour 100.000 hommes et 98,6 pour 100.000 femmes. Les cancers les plus fréquents sont :

- le cancer du foie (14,6%) et le cancer de la prostate (15,3%) chez les hommes,
- le cancer du sein (25,2%) et le cancer du col de l'utérus (23,6%) chez les femmes.

Les cancers les plus fréquents observés dans le service de pédiatrie du CHU de Treichville sont le lymphome de BURKITT et le néphroblastome.

Tous ces cancers ont une symptomatologie importante notamment la douleur liée aux stades tardifs du diagnostic (75% au stade 3 et 4) et à l'évolution métastatique notamment osseuse, pulmonaire, hépatique et cérébrale. La gestion de la douleur et des symptômes de fin de vie est primordiale en cancérologie mais se heurte aux difficultés de prise en charge liées à l'inexistence de structures appropriées.

Il est important de préciser que le personnel nécessaire à cette activité existe, bien qu'insuffisant. Par ailleurs, l'absence de service de cancérologie individualisé explique que les clients atteints de cancer soient actuellement pris en charge dans des services de chirurgie générale. Cela ne permet pas une prise en charge optimale du client dans sa globalité.

Actuellement 1.000 nouveaux cas de cancers sont enregistrés par an. Ce chiffre est en deçà de l'incidence réelle des personnes atteintes de cancer, ce pour différentes raisons :

- données non actualisées,
- système d'information des hôpitaux peu fonctionnel,
- centres de diagnostic sous équipés,
- inaccessibilité financière aux soins,
- système d'enregistrement des causes de décès peu fiable.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'il pourrait y avoir 10.000 à 15.000 nouveaux cas de cancer par an en Côte d'Ivoire.

2.2.2. Efforts de prise en charge

La création d'un service de cancérologie en 1992 est une étape significative dans la reconnaissance du besoin de prise en charge de la maladie cancéreuse. Les chiffres fournis par le registre constituent les éléments essentiels de la planification globale pour la prise en charge du cancer.

Le Plan d'action national pour la lutte contre le cancer est en cours d'élaboration. De toute évidence le niveau élevé d'engagement et l'enthousiasme du Ministère de la santé et les autres parties prenantes clés notamment le Service de cancérologie où est installé le Registre du cancer, le Service d'hématologie clinique, le service d'oncologie pédiatrique, la Ligue Ivoirienne Contre le Cancer (LICC) et la Société Ivoirienne de Lutte contre la Douleur (SILUD) montrent clairement la volonté de répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer.

Malheureusement, le Service de cancérologie constitue l'une des rares structures en Côte d'Ivoire pour la prise en charge du client dans sa globalité mais les moyens et le personnel sont extrêmement limités. Il est donc urgent de disposer d'un cadre et d'une stratégie au niveau national pour répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer.

2.3 Autres affections chroniques et incurables

En dehors des services visités, des activités de soins palliatifs sont faites dans un cadre non formel : ce sont notamment les services de néphrologie, hématologie clinique, neurologie, neurochirurgie et en médecine interne.

2.4 Situation des soins palliatifs, des soins communautaires et à domicile

2.4.1 Disponibilité des services

2.4.1.1 Soins palliatifs

Des soins palliatifs sont fournis à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de manière embryonnaire (Services de neurologie, pédiatrie, anesthésiologie et oncologie ; des organisations confessionnelles comme le Centre Oasis) avec le renforcement de capacité de certains personnels de santé en soins palliatifs (Infirmiers, médecins et de kinésithérapeute, participation aux conférences, etc.). La création de la Société Ivoirienne de Lutte contre la douleur (SILUD) depuis 2001 a permis la prise en charge la douleur.

2.4.1.2. Soins communautaires et à domicile

. De nombreux organisations à base communautaire ou non gouvernementale (ONG) autonomes fournissent des soins à domicile dans les populations à faible revenu et vulnérables (immigrés, personnes déplacées de guerre, enfants de la rue et autres groupes marginalisés) y compris les PVVIH et/ou les orphelins et autres enfants vulnérables du fait du VIH/SIDA (OEV) financées par des donateurs nationaux et internationaux essentiellement à Abidjan.

Les modèles de services de soins palliatifs offerts par les ONG autonomes sont :

- Les soins en externe (hôpital de jour),
- Les soins en hospitalisation (adultes et enfants),
- Un service de soins ambulatoires financés par le gouvernement pour les PVVIH,
- Les soins et soutien à domicile.

Chapitre III : ORIENTATIONS DE LA DECLARATION DE POLITIQUE NATIONALE DE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS (DPN-SP)

3. 1. LES PRINCIPES DIRECTEURS OU FONDEMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE

La politique nationale des soins palliatifs doit s'appuyer sur les principes directeurs nationaux et internationaux ou les fondements. Ils tendent à renforcer l'humanisation des soins. Le respect de ces principes est la base du succès de la politique des soins palliatifs. Les principes généraux de la déontologie médicale ou de l'éthique s'y appliquent sans restriction.

3.1.1. Principes d'éthique médicale

- Respect de la dignité de la personne
- Respect de l'intégrité de la personne
- Respect de la liberté de la personne
- Respect de la volonté de la personne
- Respect de l'intimité de la personne / confidentialité
- Compétence du médecin et de l'équipe soignante

3.1.2. Principes généraux

- L'équité dans l'accès aux soins à l'ensemble des populations et dans le financement de la santé en particulier pour les soins palliatifs.
- L'égalité des sexes : ce principe se heurte encore au poids des croyances et des traditions culturelles.
- L'identité culturelle : la reconnaissance des valeurs et des traditions locales permettra d'offrir une meilleure qualité de soins palliatifs.
- La notion d'interdisciplinarité
- L'implication de la famille et de la communauté
- Le respect de la spécificité de l'enfant

Le respect de ces principes par tout professionnel de santé requiert des formations initiales et continues en déontologie et en éthique médicales.

3.2. OBJECTIFS ET STRATEGIES DE LA POLITIQUE NATIONALE

3.2.1. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et incurables et de leur entourage

3.2.2. Objectifs spécifiques

1. Mobiliser la société pour les soins palliatifs,
2. Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans les soins palliatifs,
3. Renforcer l'offre de soins palliatifs dans les structures sanitaires, la communauté et à domicile,
4. Renforcer l'accès aux médicaments nécessaires et aux produits nutritionnels thérapeutiques,
5. Fournir un soutien aux acteurs impliqués dans les soins palliatifs,
6. Gérer les activités des soins palliatifs.

3.3 STRATEGIES PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE NATIONALE

La politique nationale en matière de développement des soins palliatifs et des soins à domicile a adopté cinq (5) axes stratégies prioritaires. Ce sont :

- Le renforcement de l'offre de service en matière de soins palliatifs
- *Le développement des soins à domicile et des soins communautaires*
- Le développement des ressources humaines en soins palliatifs
- La Mobilisation Sociale pour le développement des soins palliatifs
- Le développement de la Recherche et de la Qualité des soins en Soins Palliatifs

3.4 CADRE INSTITUTIONNEL ET LE MODE DE COORDINATION DE LA POLITIQUE NATIONALE EN MATIERE DE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN COTE D'IVOIRE

La déclaration de politique nationale en matière de développement des soins palliatifs en Côte d'Ivoire des orientations institutionnelle pour la coordination, la gestion et le suivi évaluation des activités de mise en œuvre.

Les organes et les structures identifiés sont :

- Les Ministères chargés de la santé, de la lutte contre le VIH/SIDA et de la sécurité sociale
- Le programme national de Prise en Charge médicale des Personnes vivant avec le VIH/SIDA
- La Commission Nationale pour le Développement des Soins Palliatifs (CNDSP)
- Le Groupe Technique de Travail sur les Soins Palliatifs
- Les Partenaires au Développement

La coordination de la mise en œuvre de la politique nationale sera faite au niveau central avec un encrage institutionnel au PNPEC avec la supervision général de la CNDSP et l'assistance technique du GTTSP.

Au niveau périphérique (niveau opérationnel), la coordination sera faite par les structures déconcentrées du Ministère chargé de la Santé (Directions Régionales, Directions Départementales) avec l'appui technique du SASSED, des ONG et des partenaires.

Chapitre IV : PLAN NATIONAL POUR LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN COTE D'IVOIRE ENTRE 2006 ET 2010 (PNA-SP 2006-2010)

La Côte d'Ivoire s'est engagée résolument dans la voie qui permettra d'intégrer les soins palliatifs dans le paquet de l'offre de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et l'amélioration de la qualité et la continuité de la prise en charge des malades entre les établissements sanitaires et le domicile.

Pour traduire cette déclaration de politique nationale en actions opérationnelles pour les Cinq (5) prochaines années (2006-2010), le programme national d'actions est élaboré pour apporter une réponse adéquate et cohérente en vue de contribuer à la réalisation des objectifs fixés par le document de politique.

4.1 OBJECTIFS du PNA-SP 2006 – 2010

Compte tenu de la période couverte par le premier PNA-SP (2006-2010) qui est relativement courte, la mauvaise conjoncture économique actuelle du pays, le mauvais état du système sanitaire exacerbé par le conflit politico-militaire, nous avons identifié 5 axes prioritaires de la politique nationale basés sur les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et dans une perspective de post-conflit et de redéploiement de l'administration y compris le secteur de la santé.

Ainsi, cinq (5) objectifs généraux ont été formulés pour la période 2006 -2010 avec des objectifs spécifiques et des résultats attendus

4.1.1 Objectif général 1 : Renforcer l'offre de soins palliatifs dans les structures sanitaires, la communauté et à domicile

➤ 7 objectifs spécifiques:

- Mettre en place les services de soins palliatifs (infrastructures et système d'accès facile aux services et aux médicaments) au niveau des établissements sanitaires dans le secteur public, le secteur privé et associatif
- Mettre en place/renforcer un système favorisant les soins palliatifs (infrastructures et système d'accès facile aux services et aux médicaments) au niveau communautaire et à domicile (secteur public, secteur privé et associatif).
- Développer les soins palliatifs pédiatriques
- Renforcer l'accès aux médicaments nécessaires et aux produits nutritionnels thérapeutiques
- Renforcer le soutien aux Familles et aux soignants
- Mettre en place un système d'assurance qualité dans les structures offrant des soins palliatifs
- Assurer le suivi – évaluation de l'offre de service en matière de soins palliatifs

4.1.2 Objectif général 2 : Développer les soins à domicile et des soins communautaires

➤ **4 objectifs spécifiques:**

- Définir le cadre de réglementation des soins à domicile et dans la communauté
- Renforcer les structures impliquées dans les soins à domicile et dans la communauté
- Elaborer les normes, les directives, les procédures et les guides des soins palliatifs à domicile et dans la communauté
- Organiser le suivi et l'évaluation des soins à domicile et dans la communauté.

4.1.3 Objectif général 3 : Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans les soins palliatifs

➤ **2 objectifs spécifiques:**

- Elaborer les curricula de formation en soins palliatifs à tous les niveaux de formation (formations de base, formation continue)
- Organiser des formations en soins palliatifs

4.1.4 Objectif général 4 : mobiliser la société pour le développement des soins palliatifs

➤ **2 objectifs spécifiques :**

- Faire une large dissémination de la politique des soins palliatifs en CI
- Organiser des séances de sensibilisation au profit des populations cibles sur les soins palliatifs et les soins à domicile

4.1.5 Objectif général 5 : Développer la Recherche et de la Qualité des soins en Soins Palliatifs

- 2 objectifs spécifiques:
 - Conduire des activités de recherche opérationnelle en matière de soins palliatifs et de soins à domicile
 - Mettre en place un système d'amélioration continue de la qualité des soins palliatifs

4.2 LES PRINCIPALES ACTIVITES ET LES RESULTATS ATTENDUS DU PNA-SP 2006-2010

La prise en compte des stratégies prioritaires des objectifs spécifiques pour la période 2006 – 2010, les principales activités et les résultats attendus ont été déterminés par domaine d'actions prioritaires. Ces domaines prioritaires constituant des composantes du PNA-SP

4.2.1 Composante 1: Renforcement de l'offre de service de qualité en matière de soins palliatifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

4.2.1.1 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 1.1

Mettre en place les services de soins palliatifs (infrastructures et système d'accès facile aux services et aux médicaments) au niveau des établissements sanitaires dans le secteur public, le secteur privé et associatif

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Identifier les structures sanitaires pouvant assurer les soins palliatifs	4 CHU, 17 CHR, 86 HG, et au moins 500 CSU/CSR et FS sont identifiés d'ici fin 2007	Nombre de structures identifiées
2	Equiper /renforcer les structures sanitaires	Toutes les structures identifiées sont équipées d'ici fin 2010	Nombre de structures équipées
3	Fournir/approvisionner les structures sanitaires assurant des soins palliatifs en médicaments essentiels, opioïdes et autres produits (nutritionnels ; etc.)	Toutes les structures assurant des soins palliatifs disposent de médicaments essentiels, opioïdes et autres produits régulièrement	Nombre de structures fournies et approvisionnées régulièrement
4	Former/recycler les fournisseurs de soins en soins palliatifs	Au moins 90% des fournisseurs de soins dans les structures impliquées dans les soins palliatifs sont formés d'ici 2010	Pourcentage de fournisseurs de soins formés par type de structure

4.2.1.2 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 1.2

Mettre en place/renforcer un système favorisant les soins palliatifs (infrastructures et système d'accès facile aux services et aux médicaments) au niveau communautaire et à domicile (secteur public, secteur privé et associatif).

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Identifier les structures offrant des services de soins palliatifs	Toutes les structures intervenant dans le secteur de la PEC à domicile et communautaires sont identifiées d'ici fin 2007	Nombre de structures identifiées
2	Equiper /renforcer les structures offrant des services de soins palliatifs	Au moins 80% des structures offrant des services de soins palliatifs identifiées sont équipés d'ici fin 2010	Nombre de structures communautaires équipées d'ici 2010
3	Fournir/approvisionner en médicaments essentiels, opioïdes et autres produits (nutritionnels, etc.) les structures offrant des services de soins palliatifs	Toutes les structures assurant des soins palliatifs disposent de médicaments essentiels, opioïdes et autres produits régulièrement	Nombre de structures fournies et approvisionnées régulièrement
4	Former les fournisseurs de soins des structures offrant des services de soins palliatifs	Au moins 100% des structures offrant des services de soins palliatifs sont formés	<p>Pourcentage de fournisseurs de soins formés</p> <p>Pourcentage de structures assurant des services de soins palliatifs ayant bénéficié d'au moins une formation</p>

4.2.1.3 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 1.3

Développer les soins palliatifs pédiatriques

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Identifier des structures sanitaires pouvant offrir des soins palliatifs pédiatriques	4 CHU, 17 CHR, 86 HG, et au moins 500 CSU/CSR et FS offrant des soins palliatifs pédiatriques sont identifiés d'ici fin 2010	Nombre de structures sanitaires offrant des soins palliatifs pédiatriques identifiés
2	Former les fournisseurs de soins en soins palliatifs pédiatriques	100% des fournisseurs de soins formés en soins palliatifs pédiatriques	Nombre de fournisseurs de soins formés en soins palliatifs pédiatriques Pourcentage de personnes offrant des soins palliatifs pédiatriques formés
3	Elaborer les procédures et guides de soins palliatifs pédiatriques	Procédures et guides de soins palliatifs prennent en compte les soins palliatifs pédiatriques	Existence de procédures et de guide en soins palliatifs
4	Fournir/approvisionner les structures sanitaires offrant des soins palliatifs pédiatriques en équipements et médicaments essentiels et spécifiques aux enfants	Les structures offrant des activités de soins palliatifs pédiatriques sont équipées	Nombre de structures offrant des soins palliatifs pédiatriques équipées
		Les structures offrant des activités de soins palliatifs pédiatriques disposent de médicaments essentiels, opioïdes et autres produits	Nombre de structures offrant des soins palliatifs pédiatriques disposant de médicaments essentiels, opioïdes et autres produits

4.2.1.4 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 1.4

Renforcer l'accès aux médicaments nécessaires et aux produits nutritionnels thérapeutiques

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
2	Faire un plaidoyer vers les ordres professionnels et législateurs pour la révision du cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes	Les réunions de sensibilisation pour la révision du cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes des ordres professionnels et législateurs sont organisées	Nombre de réunions organisées
1	Réviser le cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes dans le domaine des soins palliatifs	2 Ateliers d'élaboration/ validation du Cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes dans le domaine des soins palliatifs sont organisés	Cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes dans le domaine des soins palliatifs adopté et fonctionnel
3	Rendre disponible les opioïdes	la PSP commande régulièrement les opioïdes	Taux de rupture de stock
		100% des structures offrant des soins palliatifs sont approvisionnées	Nombre de structures offrant des services de soins palliatifs disposant d'opioïdes
4	Mettre en oeuvre un mécanisme de contrôle de la gestion des opioïdes	2 missions d'évaluations externes/an des opioïdes sont réalisées	Mécanisme de contrôle de la gestion des opioïdes est mis en place

4.2.1.5 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 1.5

Renforcer le soutien aux Familles et aux soignants

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Elaborer les programmes d'éducation déontologiques, culturels et spirituels dans le domaine des soins palliatifs	Un appui technique est apporté à des institutions assurant des programmes d'éducation déontologiques, culturels et spirituels dans le domaine des soins palliatifs élaborés 2 ateliers sont organisés au niveau national sur les aspects déontologiques; spirituels et culturels à tous les niveaux des soins palliatifs	Nombre d'institutions bénéficiant d'un appui Nombre d'ateliers organisés Nombre de régions ayant participé à ces ateliers Nombre de personnes sensibilisées par groupe cible
2	Sensibiliser la communauté dans le cadre des soins palliatifs au respect de la législation (valeurs, croyances ; culture), de la diversité et des interprétations de la spiritualité et de la culture	les campagnes de sensibilisation sur le respect de la législation (valeurs, croyances ; culture), de la diversité et des interprétations de la spiritualité et de la culture sont organisées	Nombre de campagnes organisées Pourcentage de personnes par groupe cible qui respecte la législation (valeurs, croyances ; culture),
3	Sensibiliser tous les fournisseurs des soins palliatifs au respect de la législation (valeurs, croyances ; culture), de la diversité et des interprétations de la spiritualité et de la culture	Les comités de sensibilisation sont mis en place dans les structures offrant des soins palliatifs	Nombre de comités installés Pourcentage de structures disposant de comités fonctionnels Pourcentage de personnes par groupe cible qui respecte la législation (valeurs, croyances ; culture)

Renforcer le soutien aux Familles et aux soignants (suite)

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
4	Organiser le soutien psychosocial, culturel et spirituel aux familles à domicile et en institution avant et après le décès	<p>Un système de soutien aux familles est mis en place par les collectivités décentralisées ; les ONG/OBC (sensibilisation ; plan d'action, appui technique, etc.)</p> <p>Les familles démunies bénéficient des AGR (parrainage ; patient lui-même ou famille)</p> <p>Les OEV sont identifiés et pris en charge</p>	<p>Nombre de collectivités décentralisées ayant mis en place un système de soutien aux familles</p> <p>Pourcentage de patient ou famille qui ont bénéficié d'AGR</p>
5	Apporter un soutien alimentaire et nutritionnel aux malades et familles démunies	<p>Les familles démunies bénéficient de Kit alimentaire</p> <p>Les familles démunies bénéficient de soutien nutritionnel</p>	<p>Nombre de familles ayant bénéficié de kits alimentaires</p> <p>Pourcentage de familles qui bénéficient de soutien nutritionnel</p>
6	Apporter un soutien juridique aux familles et fournisseurs de soins	<p>Les familles et fournisseurs de soins qui ont besoin d'assistance juridiques sont identifiés</p> <p>Les fournisseurs de soins palliatifs et familles qui ont besoin d'assistance juridique en reçoivent</p>	<p>Pourcentage de familles et fournisseurs de soins qui ont besoin d'assistance juridiques</p> <p>Pourcentage de fournisseurs de soins palliatifs et familles qui reçoivent une assistance juridique</p>
7	Sensibiliser les fournisseurs de soins au respect des règles d'éthique et de déontologie	Les comités d'éthique et de déontologie reçoivent des appuis techniques pour le respect des règles d'éthique et de déontologie	Nombre de structures appuyées Pourcentage de fournisseurs de soins sensibilisés

Renforcer le soutien aux Familles et aux soignants (suite)

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
10	Prévenir/gérer le SEPS dans les structures offrant des soins palliatifs	<p>L'état des lieux sur le SEPS est réalisé</p> <p>Des ateliers de sensibilisation sont organisés au niveau national et régional</p> <p>Des réunions de sensibilisation sont organisées dans les structures offrant des soins palliatifs</p> <p>La gestion du SEPS est intégrée dans les programmes de formation de soins palliatifs</p> <p>Au moins 60% de fournisseurs de soins présentant le SEPS sont repérés et pris en charge</p> <p>La gestion du SEPS est effective dans toutes les structures offrant des soins palliatifs</p> <p>Des groupes de soutien ou d'auto supports sont mise en place dans les structures offrant des soins palliatifs</p>	<p>Nombre de cas de SEPS</p> <p>Nombre d'ateliers organisés au niveau national et régional (y compris les districts)</p> <p>Nombre de structures offrant des soins palliatifs ayant organisé des réunions sur le SEPS</p> <p>Module de formation en soins palliatifs disponible</p> <p>Pourcentage fournisseurs de soins présentant le SEPS identifiés et pris en charge</p> <p>Pourcentage de structures qui font la gestion du SEPS</p> <p>Nombre de structures disposant de groupes d'auto supports</p>

4.2.1.6 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 1.6

Mettre en place un système d'assurance qualité dans les structures offrant des soins palliatifs

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Elaborer et valider les procédures d'assurance qualité	Mettre en place un système d'assurance qualité dans les structures offrant des soins palliatifs	Nombre d'ateliers organisés Les documents de procédures élaborées/disponible
2	Sensibiliser les structures sanitaires offrant les soins palliatifs à la notion d'assurance qualité	toutes les structures sanitaires offrant les soins palliatifs sont sensibilisées Toutes les structures offrant les soins palliatifs disposent de documents de procédures d'assurance qualité	Nombre de réunions organisées Nombre de structures sensibilisées Pourcentage de structures en soins palliatifs disposant de procédures
3	Former les prestataires et fournisseurs de soins palliatifs à la notion d'assurance qualité	90% des fournisseurs de soins palliatifs sont formé à la notion de qualité	Nombre d'ateliers de formation réalisés Nombre de fournisseurs de soins palliatifs formés Nombre de structures ayant bénéficié de formation sur la notion d'assurance qualité

4.2.1.7 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 1.7

Assurer le suivi – évaluation y compris la supervision de l'offre de service en matière de soins palliatifs

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Organiser la supervision des structures sanitaires offrant les soins palliatifs	<p>2 ateliers d'élaboration/validation des outils de supervision sont élaborés</p> <p>4 supervisions par an par structure sanitaire sont organisées</p> <ul style="list-style-type: none"> - niveau central (4 supervisions an1 et 2 puis 2 supervisions par an - niveau district (4 supervisions par an 	<p>Les outils de supervision sont élaborés, valides et disponibles</p> <p>Nombre d'ateliers réalisés</p> <p>Nombre de structures sanitaires offrant les soins palliatifs supervisés</p> <p>Nombre de supervision par an par structure</p>
2	Organiser le monitoring des activités de soins palliatifs	<p>2 monitorings par an par structure sont organisés</p> <p>Le niveau central participe au monitoring des structures sanitaires au cours des 2 premières années</p>	<p>Nombre de structures sanitaires offrant des soins palliatifs qui réalisent le monitoring des activités régulièrement</p> <p>Pourcentage des structures offrant des soins palliatifs qui ont reçu un appui</p>
3	Organiser la collecte et la gestion des données	<p>2 ateliers d'harmonisations des outils de collectes sont organisés</p> <p>Toutes les structures offrant des soins palliatifs transmettent régulièrement les rapports d'activités</p>	<p>Nombre d'ateliers d'harmonisation des outils de collectes organisés</p> <p>Pourcentage/ nombre de rapports transmis par les structures offrant des soins palliatifs</p>
4	Organiser l'évaluation annuelle des activités de soins palliatifs	<p>une enquête annuelle est organisée dans les structures offrant les SP</p> <p>Le rapport annuel sur les activités de soins palliatifs est rédigé et diffusé</p>	<p>Pourcentage de structures ayant été évaluées par an</p> <p>Rapport annuel d'activité disponible</p>

4.2.2 Composante 2: Développement des soins à domicile et des soins communautaires

4.2.2.1 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 2.1

Définir le cadre de réglementation des soins à domicile et dans la communauté

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Elaborer un projet de réglementation des soins palliatifs à domicile et dans la communauté	2 ateliers d'élaboration/validation sur la réglementation des soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont organisés	Nombre d'ateliers organisés
2	Faire un plaidoyer pour obtenir le cadre réglementaire des soins palliatifs à domicile et dans la communauté	des réunions de sensibilisation et d'information sur la mise en œuvre du cadre réglementaire des soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont organisées Un arrêté d'application du cadre réglementaire des soins palliatifs à domicile et dans la communauté est signé par le ministre en charge de la santé	Nombre de réunions organisées Arrêté signé et appliqué

4.2.2.2 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 2.2

Renforcer les structures impliquées dans les soins à domicile et dans la communauté

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Identifier les structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté	Les structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont identifiées	Nombre de structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté
2	Former les fournisseurs de soins palliatifs des structures impliquées dans les soins à domicile et dans la communauté	Les fournisseurs de soins palliatifs impliqués dans les soins à domicile et dans la communauté sont formés	Nombre d'ateliers Nombre de structure ayant bénéficié de formation Nombre de fournisseurs de soins formés
3	Equiper/approvisionner les structures impliquées dans les activités de soins palliatifs à domicile et dans la communauté	Les structures offrant des soins palliatifs à domicile et dans la communauté disposent d'équipement et de kits pour les soins à domicile et dans la communauté	Nombre de structures offrant des soins palliatifs à domicile et dans la communauté disposant d'équipement et de kits
	Superviser les structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté	4 supervisions /an/structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté au niveau national et au niveau des districts sont organisés	Nombre de supervisions réalisées selon les cibles

4.2.2.3 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 2.3

Elaborer les normes, les directives, les procédures et les guides des soins palliatifs à domicile et dans la communauté,

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Elaborer et valider les normes en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté	4 ateliers d'élaboration/validations des Normes et directives en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont organisés	Document de normes en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté disponibles nombre d'ateliers réalisés
2	Elaborer et valider les guides en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté	4 ateliers d'élaboration/validations des procédures et guides en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont organisés	Document de guides en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté disponibles Nombre d'ateliers réalisés

4.2.2.4 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 2.4

Organiser le suivi et l'évaluation des soins à domicile et dans la communauté.

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Organiser la supervision des fournisseurs de soins offrant les soins palliatifs à domicile et dans la communauté	2 ateliers d'élaboration/validation des outils de supervisions et de monitoring sont organisés Plan de supervision sont disponibles	Nombre d'ateliers réalisés Outils de supervision et de monitoring disponible Plan de supervision disponible
2	Organiser la collecte et la gestion des données	2 ateliers d'élaboration/validation des outils de collecte et d'adoption de la procédure de collecte des données au niveau communautaire sont organisées des outils de collecte sont élaborés procédures de collecte de données sont élaborées	Nombre d'ateliers réalisés Rapports d'ateliers réalisés Outils de collecte et procédure de collecte des données au niveau communautaire disponible Nombre de structures transmettant les données au niveau central
3	Organiser l'évaluation annuelle des activités de soins à domicile et dans la communauté	une évaluation annuelle dans les structures offrant des soins palliatifs au niveau communautaire est réalisée Le rapport annuel de l'évaluation sur les activités de soins palliatifs au niveau communautaire est rédigé et diffusé	Pourcentage de structures ayant été évaluées par an Rapport annuel d'activité disponible

4.2.3 Composante 3: Développement des ressources humaines

4.2.3.1 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 3.1

Elaborer les curricula de formation en soins palliatifs à tous les niveaux de formation (formations de base, formation continue)

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	faire une revue des programmes de formations existantes	Une Revue documentaire des programmes de formation existant est réalisée 1 atelier de restitution est organisé	Revue documentaire disponible 1 atelier de restitution réalisé
2	Elaborer/ Valider des curricula en soins palliatifs : - module de base en soins palliatifs - module en soins palliatifs pédiatriques - module sur l'assurance qualité - module en gestion des données	8 ateliers d'élaboration /validation de Curricula de formation sont organisés	Nombre de Curricula de formation disponible Nombre d'ateliers organisés
3	Intégrer des curricula dans les formations de base et pour la formation continue	1 atelier d'information/sensibilisation d'intégration des Curricula dans les formations de base est réalisé Les structures de formation de base ont bénéficié d'un appui technique	Atelier réalisé Nombre de structures disposant de Curricula de formation en soins palliatifs Nombre de structures de formation de base qui bénéficient d'appui technique
4	Evaluer /réviser des curricula de formation intégré dans les formations de base	Une revue des curricula de formation intégré dans les formations de base est réalisée Les curricula de formation intégré sont révisés	Revue disponible Nombre de curricula révisé et évalué Rapport d'atelier de restitution

4.2.3.2 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 3.2

Organiser des formations en soins palliatifs

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Former les formateurs au niveau central et au niveau des équipes cadre de districts	Des ateliers de formation des formateurs nationaux sont organisés Des ateliers de formation des formateurs des équipes cadre de districts sont organisés	Nombre de formateurs nationaux et de districts formés Nombre de formations réalisées
2	Participer aux séminaires et formations au niveau sous régional et international	Les séminaires et formations sont identifiés 3 personnes impliquées dans les soins palliatifs participent chaque année aux séminaires et formations a	Nombres de séminaires et formations identifiés Nombre de personnes ayant participé aux séminaires et formations
3	Former les superviseurs au niveau central et au niveau des équipes cadre de districts	Des ateliers de formation des superviseurs au niveau national et des équipes cadre de districts sont formés	Nombre de superviseurs nationaux et de districts formés Nombre de formations réalisées
4	Former les fournisseurs de soins au niveau des structures sanitaires et les fournisseurs de soins à domicile et dans la communauté	Des ateliers de formation sur site des fournisseurs sont organisés : - niveau central (CHU/CHR) - par les équipes cadres de districts - au niveau communautaire Le niveau central apporte un appui aux équipes cadres de districts Les équipes cadres de districts apportent un appui aux structures du niveau communautaire	Nombre de et de fournisseurs de soin formés : - niveau central (CHU/CHR) - par les équipes cadres de districts - au niveau communautaire Nombre de formations réalisées Nombre d'équipes cadre de districts ayant reçu des appuis du niveau central Nombre de structures du niveau communautaire ayant reçu des appuis des équipes cadre de districts
5	Former les gestionnaires de données au niveau : - central - district - structures sanitaires /ONG/OBC	Des ateliers de formations des gestionnaires de données sont organisés au niveau central, - district, et dans la communauté	Nombre de gestionnaires de données formés au niveau central, district et dans la communauté Nombre de formations réalisées Pourcentage de districts disposant de gestionnaires de données formés

4.2.4 Composante 4: Mobilisation de la société pour le développement des soins palliatifs

4.2.4.1 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 4.1

Elaborer un plan de dissémination de la politique des soins palliatifs en CI

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Adapter le document de politique aux différentes cibles	Le format du document de politique est adapté aux différentes cibles	Disponibilité des documents de politiques adaptés
2	Diffuser le document de politique à toutes les cibles	Les documents de politique sont reproduits et distribués à toutes les cibles	Nombre de structures ayant reçu le document
3	Organiser les séances de sensibilisation au profit des populations cibles	Des ateliers de sensibilisation sont organisés au profit des populations cibles	Nombre d'ateliers de sensibilisation organisée par groupe cible

4.2.4.2 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 4.2

Organiser des séances de sensibilisation au profit des populations cibles sur les soins palliatifs et les soins à domicile

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Organiser une journée nationale sur les soins palliatifs	Une journée nationale sur les soins palliatifs est organisée	disponibilité du rapport de la journée nationale
2	Organiser des campagnes de masse	Des campagnes de masse sont organisées au niveau national, région et district	Nombre de campagnes de masse organisées
3	Organiser des rencontres de sensibilisation des DR et DD	Des ateliers de sensibilisation des DR et DD sont organisés	Nombre d'ateliers organisés Nombres de DR et DD sensibilisés
4	Organiser une rencontre de sensibilisation des leaders communautaires	Des ateliers de sensibilisation des leaders communautaires sont organisés	Nombres d'ateliers organisés Nombres de leaders communautaires sensibilisés
5	Organiser une rencontre de sensibilisation des ONG du secteur de la santé et des OBC	Des ateliers de sensibilisation des structures du niveau communautaire ONG/OBC du secteur de la santé sont organisés	Nombres d'ateliers organisés Nombres de ONG/OBC sensibilisés

4.2.5 Composante 5 : Développement de la Recherche et de la Qualité des soins en Soins Palliatifs

4.2.5.1 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 5.1

Conduire des activités de recherche opérationnelle en matière de soins palliatifs et de soins à domicile

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Faire la Revue des activités de recherche en cours dans le pays	Une Revue des activités de recherche est réalisée Un atelier de restitution est organisé	Revue des activités de recherche réalisée Atelier organisé
2	Elaborer et mettre en œuvre un plan de recherche interdisciplinaire en matière de soins palliatifs	2 ateliers d'élaboration/validation d'un plan de recherche interdisciplinaire en matière de soins palliatifs sont organisés les projets de recherche opérationnels sont réalisés	Plan de recherche disponible Nombre d'ateliers organisés nombre de projets de recherche réalisés
3	Développer des approches novatrices à base communautaire sur les soins palliatifs	Les approches novatrices à base communautaire sont identifiées Des missions ou voyages d'études sont organisés pour échanges d'expériences	Existence d'approche novatrice à base communautaire sur les soins palliatifs identifiés Nombre de missions réalisées Rapports de missions disponibles

4.2.5.2 Principales activités et résultats attendus de l'objectif spécifique 5.2

Mettre en place un système d'amélioration continue de la qualité des soins palliatifs

N°	Principales activités	Résultats attendus	Indicateurs
1	Faire un état des lieux sur la qualité des services en matière de soins palliatifs	Un état des lieux sur la qualité des services en matière de soins palliatifs est réalisé	Disponibilité du rapport de l'état des lieux réel
2	Sensibiliser les fournisseurs de soins à la démarche qualité des soins palliatifs	Des séances de sensibilisations des fournisseurs de soins à la démarche qualité des soins palliatifs sont organisées	Pourcentage de fournisseurs de soins sensibilisés Nombre de séances réalisées
3	Former les prestataires de soins en soins palliatifs à la démarche qualité	Des ateliers de formation des fournisseurs de soins palliatifs à la démarche qualité au niveau central, district et structures sanitaires sont formés	Nombre de prestataires de soins formés nombre de structure ayant bénéficié d'une formation en démarche qualité Nombre d'ateliers de formation réalisés
4	Impliquer les prestataires de soins à tous les stades de la démarche qualité	2 ateliers d'élaboration/validation des outils d'auto-évaluation de la démarche qualité sont organisés 2 auto évaluations /an/structures sont réalisées	Nombre d'ateliers organisés Nombre de structures ayant réalisés des auto-évaluations
5	Mettre en place un système d'accréditation	2 ateliers d'élaboration/validation du Cadre du système d'accréditation sont organisés Un audit annuel des structures sanitaires est réalisé Les structures sanitaires y compris les ONG sont labellisés	Existence d'un cadre du système d'accréditation Nombre d'ateliers organisés Nombre de structures sanitaires auditées Nombre de structures labellisées

4.3 MECANISMES INSTITUTIONNELS ET DE MISE EN ŒUVRE

4.3.1 Coordination du programme

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique assume la responsabilité de la mise en œuvre du programme à travers la Direction de Coordination du Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA (PNPEC). Le PNPEC est responsable de l'exécution, la coordination et la supervision de l'ensemble des activités et rend compte au Cabinet du ministère de la santé. Le Directeur Coordonnateur du PNPEC est le Directeur National du Programme (DNP).

L'équipe nationale du Programme est composée d'une part de fonctionnaires de l'Etat ivoirien nommément désignés par le DNP comprenant un Coordonnateur point focal et une équipe technique en formation, prestations, suivi/ évaluation, et d'autre part, d'un personnel additionnel à recruter qui sera mis à la disposition du PNPEC. Ce personnel additionnel recruté sera composé d'un Expert national pour l'appui technique, d'un(e) Secrétaire et d'un Chauffeur.

4.3.2 Comité de pilotage

La commission Nationale pour le Développement des Soins Palliatifs (CNDSP) est le comité de pilotage du programme. Cette commission présidée par un responsable désigné par le Ministre de la Santé, veille à une orientation et une impulsion à la mise en œuvre du plan de développement des soins palliatifs. Elle est composée du PNPEC, les représentants des ministères, des ONG, des cliniciens, des pharmaciens, du corps professoral, des associations professionnelles et confessionnelles, des personnes ressources compétentes en la matière de soins palliatifs et des partenaires au développement. Cette commission devra faire l'objet de texte réglementaire et servir de cadre de réflexion sur les stratégies nationales de développement des soins palliatifs. Le comité de pilotage se réunit chaque six mois.

Un sous comité technique restreint, Groupe technique de travail (GTT) sur les soins palliatifs est mis en place pour apporter un appui technique au PNPEC et assurer un suivi régulier de l'exécution des activités. Le Groupe Technique de Travail se réunit une fois par mois et proposera en cas de besoin l'organisation de réunions extraordinaires du comité de pilotage.

4.3.3 Modalités de réalisation des activités

La réalisation des activités sur le terrain se fera à travers les directions départementales et des ONG spécialisées :

- Les Directions Départementales de la santé (Districts sanitaires) ; les équipes - cadres de district, les Directions des EPN de santé ont la responsabilité de l'exécution sur le terrain. A ce titre, le Directeur Départemental (DD) est chargé de la planification, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation dans sa zone de couverture en collaboration avec le PNPEC
- Les ONG et OBC ayant des compétences en matière de soins palliatifs et soins à domicile dans la prise en charge des pathologies chroniques ou incurables (PVVIH, etc.), de mobilisation sociale.

4.3.4 Renforcement des capacités de coordination et de gestion des activités programmées

Le renforcement des capacité de coordination sera fait par :

- recrutement de personnel contractuel (2 experts nationaux, 1 secrétaire / assistant, 2 chauffeurs)
- équipement informatique et bureautique (3 ordinateurs de bureau, 2 imprimantes, 2 ordinateurs portables, 2 photocopieuses)
- équipement en mobilier de bureau 1 (2 bureaux direction, 1 bureau secrétaire)
- indemnités des points focaux (PNPEC et PNLCancer)
- équipement en matériel roulant (2 véhicules 4x4)
- fourniture de bureau et consommables informatiques
- carburant

4.3.5 Evaluation du programme

Le plan stratégique sera suivi et évaluer par la mise en œuvre des activités suivantes :

- réalisation de 4 revues annuelles (2006, 2007, 2008, 2009)
- réalisation d'une revue à mi-parcours (2008)
- réalisation d'une évaluation finale (2010)

4.4- COUT DES ACTIVITES ET MODE DE FINANCEMENT

4.4.1 Coûts estimatifs du programme 2006 - 2010

Le coût estimatif s'élève à 4 041 441 931 CFA, soit 3 653 491 931 (90,4%) pour les activités programmatiques et 387 950 000F (9,6%) pour les appuis institutionnels.

Tableau 1 : Répartition du coût estimatif du programme 2006 – 2010 selon les principales composantes

N°	Composante	Coûts	Poids (%)
1. Activités programmatiques		3 653 491 931	90,4%
1.1	1. le renforcement de l'offre de service en matière de soins palliatifs 2. <i>le développement</i> des soins à domicile et des soins communautaires	1 812 837 588	44,9%
1.2	3. le développement des ressources humaines en soins palliatifs	771 997 100	19,1%
1.3	4. La Mobilisation Sociale pour le développement des soins palliatifs	482 795 700	11,9%
1.4	5. Le développement de la Recherche et de la Qualité des soins en Soins Palliatifs	585 861 544	14,5%
2. Activités d'appuis institutionnels		387 950 000	9,6%
2.1	Appui à la coordination et la gestion	227 450 000	5,6%
2.2	Evaluation du programme	160 500 000	4,0%
TOTAL GENERAL		4 041 441 931	100%

(*) Les activités de ces deux composantes sont intégrées

Tableau 2 : Coûts estimatifs du programme par année

Composantes	2006	2007	2008	2009	2010	Total
1. activité Programmatiques	209 911 344	625 932 988	857 413 800	1 006 033 800	954 200 000	3 653 491 931
composantes 1&2	114 049 944	338 987 644	431 000 000	550 400 000	378 400 000	1 812 837 588
composante 3	65 478 200	122 571 300	163 113 800	150 333 800	270 500 000	771 997 100
composante 4	27 795 700	80 000 000	125 000 000	125 000 000	125 000 000	482 795 700
composante 5	2 587 500	84 374 044	138 300 000	180 300 000	180 300 000	585 861 544
2. activités institutionnelles	10 500 000	135 150 000	96 100 000	47 600 000	95 100 000	387 950 000
coordination et gestion	-	121 650 000	34 100 000	34 100 000	34 100 000	227 450 000
Evaluation du plan	10 500 000	13 500 000	62 000 000	13 500 000	61 000 000	160 500 000
TOTAL GENERAL	220 411 344	761 082 988	953 513 800	1 053 633 800	1 049 300 000	4 041 441 931

4.4.2 Besoins de financement

Composantes	Coût total	Disponible (à compléter)	Besoins de financement
1. activité Programmatiques	3 653 491 931		
composante 1&2	1 812 837 588		
composante 3	771 997 100		
composante 4	482 795 700		
composante 5	585 861 544		
2. activités institutionnelles	387 950 000		
coordination et gestion	227 450 000		
Evaluation	160 500 000		
TOTAL GENERAL	4 041 441 931		

4.5 STRATEGIE DE MOBILISATION DES FINANCEMENTS

4.5.1 Mobilisation des ressources internes

4.5.1.1 Budget du Ministère chargé de la santé

Malgré que les ressources publiques allouées à la santé restent insuffisantes, une ligne budgétaire devra être créée pour la prise en compte des soins palliatifs. Pour ce faire, une fiche projet triennal devra être élaborée dans le cadre du Programme d'Investissement Public (PIP) à compter de l'année 2006.

4.5.1.2 Contribution financière des collectivités décentralisées

Les conseils municipaux et le conseils généraux de département seront sensibiliser afin d'apporter une contribution financière à certaines activités qui seront planifiées dans le cadre de la mise en œuvre de ce programme. La dissémination de la politique nationale de développement des soins palliatifs va contribuer au plaidoyer auprès de ces partenaires nationaux.

4.5.1.3 Contribution du secteur privé et associatif

Dans le cadre de la multisectorialité de la réponse nationale contre le VIH/SIDA, de nombreuses entreprises privées et autres groupements associatifs s'engagent de plus en plus dans la lutte contre le VIH/SIDA. Cette dynamique constituera un atout pour mobiliser le secteur privé dans les soins palliatifs.

4.5.2 Mobilisation des ressources externes

L'exécution de nombreux projets soutenus par la communauté internationale et de bailleurs de fonds et les perspectives de réhabilitation du secteur de la santé comme action prioritaire de la reconstruction post-conflit donnent des opportunités de mobilisation de ressources extérieures. Le document de politique, avec une large dissémination offrira l'occasion aux partenaires extérieurs et aux bailleurs de fonds, de prendre en compte les stratégies nationales en matière de soins palliatifs dans le cadre des appuis au développement économique et social de la Côte d'Ivoire et en particulier, à l'amélioration de l'état de santé et le bien être de la population.

4.6 - PLAN DE SUIVI ETD' EVALUATION

4.6.1 La problématique du Suivi et Evaluation

La finalité d'un programme de santé tel que le PNA-SP, est de produire des changements dans le milieu et auprès de la population, perçus comme un système - cible, en mettant en oeuvre des moyens permettant de fournir des services aux usagers afin d'orienter leur évolution conformément aux objectifs.

La mission première d'une Direction de Programme est d'assurer son exécution d'une manière :

Efficace, c'est-à-dire en atteignant les modifications du milieu attendues (amélioration des paramètres technico-sanitaires, utilisation des services de soins, de l'organisation communautaire, etc. ainsi que la réduction de la pauvreté)

Efficiente, c'est-à-dire de fournir aux bénéficiaires les biens et services prévus avec des critères de quantité, de qualité, de délais et de coûts satisfaisants.

Un bon système de Suivi et d'Evaluation doit fournir des informations pertinentes, en temps utile et fiables afin de devenir un outil de pilotage et de décision pour les différents niveaux de décideurs (Cabinet du Ministre de la santé, Direction de coordination, Partenaires, Equipe Cadre de District, Prestataires, Communautés de base, bailleur,...).

Son rôle premier est de permettre, à la **Coordination** du Programme le **contrôle** de la mise en oeuvre des activités et de la fourniture des services et, de **résoudre** les problèmes liés à l'exécution.

La seconde priorité est le **suivi des changements** du milieu, c'est-à-dire dans quelles mesures les **effets attendus sont atteints** (amélioration de la qualité, de la quantité et de l'accès aux services de santé, utilisation par la population,..) et la stratégie de mise en oeuvre validée, une fois que les réalisations fournies sont utilisées par les bénéficiaires afin de confirmer ou d'infléchir les orientations (objectifs).

Enfin, le Plan de suivi et d'Evaluation doit prendre en compte les changements globaux et à plus long terme, c'est-à-dire **l'impact**.

In fine, le plan de Suivi et d'Evaluation du Programme National de Développement des Soins Palliatifs doit se concentrer sur la relation entre la fourniture de services au milieu (capacité d'offre de santé : Activités/Produits, par exemple, infrastructures, équipements, information, formation, etc.) et la réaction des bénéficiaires (Effets/impacts : par exemple, accès/recours aux soins et médicaments).

La mise en oeuvre du système de suivi et d'évaluation doit prendre en compte 4 niveaux d'informations (indicateurs) :

- **Les Moyens** : les ressources humaines, les fonds mais aussi les équipements, (véhicules, etc.)
- **Les Produits** : les biens et les services directement (ou indirectement par les prestataires) fournis aux bénéficiaires,
- **Les Effets** : les changements spécifiques une fois que ces produits sont utilisés par les bénéficiaires,
- **L'Impact** : les changements généraux, à plus long terme, résultants de l'ensemble des effets, en particulier au niveau de la pauvreté et de la qualité de vie.

Le processus de suivi et d'évaluation recouvre 4 étapes principales :

- La collecte de données (c'est-à-dire des données brutes) y compris pour l'établissement de l'état des lieux initial,
- Le traitement de ces données (y compris leur validation/contrôle) de façon à obtenir des informations triées, filtrées, consolidées,
- L'analyse de ces informations et leur interprétation (Ratio, graphiques, cartes, etc.) pour une compréhension aisée,
- Enfin la mise en forme et la diffusion de ces informations pour leur utilisation dans la prise de décision.

Cette approche du Suivi et d'Evaluation dans le pilotage du programme de santé entraîne deux conséquences immédiates

- Les informations fournies doivent avoir un intérêt opérationnel ; elles doivent donc être traitées, élaborées, synthétisées à partir d'un nombre limité de données collectées.
- La conception doit partir des besoins d'informations pour la prise de décision ;

La Direction de Coordination du Programme doit travailler en étroite relation avec les différentes parties prenantes qui sont à la fois des fournisseurs de données et des utilisateurs des informations générées.

En plus de fournir une information performante pour la prise de décision, le système de Suivi et d'Evaluation devra, en même temps intégrer deux caractéristiques essentielles :

Etre faisable : c'est-à-dire contribuer à une simplification du travail des parties prenantes en termes de collecte, de traitement de données et de reportage. Par conséquent, la prise en compte des dispositifs de collecte et de traitement des données existants devra être envisagée pour réduire les charges de travail et garantir la qualité des données.

Etre durable : c'est-à-dire jeter les bases d'un système pérenne de suivi de la programmation et de l'exécution des activités et investissements pour les districts et régions de santé en incluant les aires de santé et les relais communautaires (ONG/OBC, ASC, communauté, familles). C'est pourquoi, il est souvent plus judicieux de présenter le système de Suivi et d'Evaluation en termes de Système d'Information de Gestion (Management Information System - MIS) pour insister sur sa dimension opérationnelle et son insertion en tant qu'instrument d'information de la Direction du Programme, donc entièrement partie prenante de la structure d'exécution.

4.6.2 Les indicateurs de *Suivi et d' Evaluation* et les principales sources de données

4.6.2.1 Les indicateurs de moyens (ou intrant)

Il s'agit des indicateurs permettant de suivre les investissements, les équipements, des ressources humaines et autres intrants tels que les directives et procédures

Catégories	Indicateurs	Source de données
Infrastructure et équipement	Nombre de CHU offrant les soins palliatifs	Rapport annuel
	Nombre de CHR offrant les soins palliatifs	Rapport annuel
	Nombre de HG offrant les soins palliatifs	Rapport annuel
	Nombre d'ESPC offrant les soins palliatifs	Rapport annuel
	Nombre de régions impliquées dans les soins palliatifs	Rapport annuel
	Nombre de districts impliqués dans les soins palliatifs	Rapport annuel
	Nombre d'ONG/OBC impliquées dans les soins palliatifs	Rapport annuel
	Nombre de communautés religieuses impliquées	Rapport annuel
Personnel	Administratifs	Rapport annuel
	Nombre de médecins	Rapport annuel
	Nombre d'infirmiers/sages-femmes	Rapport annuel
	autres	Rapport annuel
	Nombre d'ASC / bénévoles	Rapport annuel
Finance	Budget alloué par l'Etat pour les soins palliatifs	Rapport annuel
	Budget alloué par les partenaires internationaux pour les soins palliatifs	Rapport annuel
	Budget des partenaires nationaux pour les soins palliatifs	Rapport annuel
Médicaments et autres produits pharmaceutiques	Quantité d'opioïdes commandés	Rapport annuel
	Nombre de kits alimentaires	Rapport annuel
Politiques et directives nationales	Existence de politique nationale sur les soins palliatifs	Rapport annuel
	Existence de textes réglementaires	Rapport annuel
	Existence de normes procédures sur les soins palliatifs	Rapport annuel
	Existence de plan d'action annuelle sur les soins palliatifs	Rapport annuel
	Existence de module de formation sur les soins palliatifs	Rapport annuel
	Existence d'outils et de guide de supervision	Rapport annuel
	Existence de plan de recherche	Rapport annuel

4.6.2.2 Les indicateurs de produits

Il s'agit des indicateurs qui mesurent les biens et les services directement (ou indirectement par les prestataires) fournis en utilisant les moyens

Catégorie	Indicateurs	Source de données
Gestion et organisation	Pourcentage d'exécution des activités prévues dans les plans d'action annuels	Rapport d'activité Revue annuelle
	Pourcentage de CHU, CHR, HG de ESPC supervisés avec feed-back liés aux déficiences constatées	Rapport de supervision
	Pourcentage de rapports mensuels/trimestriel/annuel dûment remplis et transmis	Rapport d'activité
Formation et recherche	Taux de réalisation du programme de formation prévu pour les 12 derniers mois	Rapport d'activité Revue annuelle
	Pourcentage d'agents de santé ayant reçu une formation sur les soins palliatifs pédiatriques	Rapport de formation Rapport de supervision
	Taux de réalisation du programme de recherche prévu pour les 12 derniers mois	Rapport d'activité Revue annuelle
Equipement et fourniture	Pourcentage de CHU, CHR, HG de ESPC équipées en matériels	Rapport d'activité
	Pourcentage de CHU, CHR, HG de ESPC approvisionnés régulièrement en médicaments	Rapport d'activité
Communication sociale	Taux d'exécution du plan de communication	Rapport d'activité Revue annuelle

4.6.2.3 Indicateurs d'effet

Il s'agit des indicateurs qui mesurent les changements spécifiques une fois que ces produits sont utilisés par les bénéficiaires

Catégorie	Indicateurs	Source de données
Offre de service dans les structures sanitaires	Pourcentage des structures sanitaires qui offrent des soins palliatifs de qualité	Enquête de service
	Pourcentage des agents de santé qui offrent correctement les soins palliatifs pédiatriques	Enquête de service
	Pourcentage de structures sanitaires disposant d'un comité de SEPS fonctionnel	Rapport de supervision Rapport d'activité
	Taux de rupture des opioïdes	Rapport d'activité SNIS
	Taux d'utilisation des services de santé pour les soins palliatifs	SNIS
	Taux de satisfaction des malades/familles des soins palliatifs offerts dans les structures sanitaires	Enquête de population Enquête de service
Soutien aux malades et aux familles	Pourcentage de malades ayant bénéficié d'un suivi à domicile selon les normes	Rapport d'activité Enquête communautaire
	Pourcentage de malades/famille ayant bénéficié d'une prise en charge psychologique, juridique, ... selon les normes	Enquête communautaire Rapport d'activité
	Pourcentage des familles bénéficiant du programme OEV	Rapport d'activité Enquête communautaire
Sensibilisation	Pourcentage de la population connaissant au moins une maladie nécessitant les soins palliatifs	Enquête de population Enquête de service
	Pourcentage de la population connaissant le rôle de la famille dans les soins palliatifs	Enquête communautaire

4.6.2.4 Les indicateurs d'impact

Il s'agit des indicateurs utilisés pour mesurer les changements généraux, à plus long terme, résultants de l'ensemble des effets, en particulier au niveau de la pauvreté et la qualité de vie

Catégorie	Indicateurs	Source de données
Morbidité	Prévalence du cancer	SNIS
	Prévalence des maladies chronique	SNIS
	Séroprévalence du VIH/SIDA	Surveillance sentinelle Enquête de population
Mortalité	Taux de létalité du cancer	SNIS
	Taux de létalité du VIH/SIDA	SNIS
	Taux de létalité des maladies chroniques	SNIS
	Espérance de vie en bonne santé	Enquête de population
	Espérance de vie à 60 ans	Enquête de population
	Nombre moyens d'années vécues par les personnes atteintes de maladies chroniques	Enquête de population Suivi de cohorte

4.6. 3 Principales activités de Suivi et d'Evaluation par niveau

Activités du niveau central

- Réunion mensuelle du groupe technique de travail
- Réunion semestrielle de la commission nationale
- Supervision trimestrielle des districts sanitaires au cours des deux premières années
- Supervision semestrielle des districts au cours des trois dernières années
- Supervision semestrielle des ONG impliquées dans la mise en œuvre
- Revue annuelle des plans d'actions opérationnels
- Evaluation annuelle de l'offre de service
- Evaluation à mi-parcours du programme
- Evaluation finale du programme

Activités au niveau périphérique et communautaire

- Supervision trimestrielle des établissements sanitaires par les ECD
- Supervision trimestrielle des ONG actives dans les districts
- Monitoring semestriel des activités des soignants
- Evaluation annuelle des plans d'actions

4.7 MATRICE DU CADRE LOGIQUE DU PLAN D'ACTION

4.7.1 Renforcement de l'offre de service en matière de soins palliatifs

Objectif 1.1 : Mettre en place les services de soins palliatifs (infrastructures et système d'accès facile aux services et aux médicaments) au niveau des établissements sanitaires dans le secteur public, le secteur privé et associatif													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coût estimatif (F CFA)
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Identifier les structures sanitaires pouvant assurer les soins palliatifs	4 CHU, 17 CHR, 86 HG, et au moins 500 CSU/CSR et FS sont identifiés d'ici fin 2007			X	X	X				Nombre de structures identifiées	Rapport d'évaluation	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DIPE ; SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux	15 148 088
Equiper /renforcer les structures sanitaires	Toutes les structures identifiées sont équipées d'ici fin 2010				X	X	X	X	X	Nombre de structures équipées	Bordereau de réception Rapport d'inventaire	MSHP PNPEC ; CNDSP DIEM ; DIPE SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux	481 500 000
Fournir/approvisionner les structures sanitaires assurant des soins palliatifs en médicaments essentiels, opioïdes et autres produits (nutritionnels ; etc.)	Toutes les structures assurant des soins palliatifs disposent de médicaments essentiels, opioïdes et autres produits régulièrement				X	X	X	X	X	Nombre de structures fournies/approvisionnées	Bon de commande Bordereau de réception Rapport d'inventaire Rapport mensuel	MSHP PNPEC ; CNDSP PSP, DR/DD Directeurs des hôpitaux	753 000 000
Former/recycler les fournisseurs de soins en soins palliatifs	Au moins 90% des fournisseurs de soins dans les structures impliquées dans les soins palliatifs sont formés d'ici 2010				X	X	X	X	X	Nombre de fournisseurs de soins formés Pourcentage de fournisseurs de soins formés	Rapport de formation	MSHP PNPEC ; CNDSP, DIPE DFR ; DR/DD Directeurs des hôpitaux	PM

Objectif spécifique 1.2: Mettre en place/renforcer un système favorisant les soins palliatifs (infrastructures et système d'accès facile aux services et aux médicaments) au niveau communautaire et à domicile (secteur public, secteur privé et associatif).													
Activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coût estimatif
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Identifier les structures offrant des services de soins palliatifs	Toutes les structures intervenant dans le secteur de la PEC à domicile et communautaires sont identifiées d'ici fin 2007			X	X	X				Nombre de structures identifiées	Rapport d'évaluation	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; SACED , DR/DD ; Directeurs des hôpitaux ; RIP ; COSCI	PM
Equiper /renforcer les structures offrant des services de soins palliatifs	Au moins 80% des structures offrant des services de soins palliatifs identifiées sont équipés d'ici fin 2010				X	X	X	X	X	Nombre de structures communautaires équipées d'ici 2010	Bordereau de réception Rapport d'inventaire	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; SACED , DR/DD ; Directeurs des hôpitaux ; RIP ; COSCI	PM
Fournir/approvisionner en médicaments essentiels, opioïdes et autres produits (nutritionnels, etc.) les structures offrant des services de soins palliatifs	Toutes les structures assurant des soins palliatifs disposent de médicaments essentiels, opioïdes et autres produits régulièrement				X	X	X	X	X	Nombre de structures fournies et approvisionnées régulièrement	Bordereau de réception Rapport d'inventaire Rapport mensuel	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; PSP ; DR/DD ; Directeurs des hôpitaux ; RIP ; COSCI	PM
Former les fournisseurs de soins des structures offrant des services de soins palliatifs	Au moins 100% des structures offrant des services de soins palliatifs sont formés				X	X	X	X	X	Pourcentage de fournisseurs de soins formés Pourcentage de structures assurant des services de soins palliatifs ayant bénéficié d'au moins une formation	Rapport de formation	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR ; SASED , DR/DD ; Directeurs des hôpitaux ; RIP ; COSCI	PM

Objectif spécifique 1.3: Développer les soins palliatifs pédiatriques													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coûts estimatifs
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Identifier des structures sanitaires pouvant offrir des soins palliatifs pédiatriques	4 CHU, 17 CHR, 86 HG, et au moins 500 CSU/CSR et FS offrant des soins palliatifs pédiatriques sont identifiés d'ici fin 2007			X	X	X				Nombre de structures sanitaires offrant des soins palliatifs pédiatriques identifiés	Rapport d'évaluation	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DEPN DSC ; MLS ; DIPE ; SASED , DR/DD ; Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI	PM
Former les fournisseurs de soins en soins palliatifs pédiatriques	100% des fournisseurs de soins formés en soins palliatifs sont formés aux soins palliatifs pédiatriques				X	X	X	X	X	Nombre de fournisseurs de soins formés en soins palliatifs pédiatriques Pourcentage de personnes offrant des soins palliatifs pédiatriques formés	Rapport de formation	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD ; Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Elaborer les procédures et guides de soins palliatifs pédiatriques	Procédures et guides de soins palliatifs prennent en compte les soins palliatifs pédiatriques			X						Existence de procédures et de guide en soins palliatifs	Document de procédures et guides de soins palliatifs	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ;	PM
Fournir/approvisionner les structures sanitaires offrant des soins palliatifs pédiatriques en équipements et médicaments essentiels et spécifiques aux enfants	Les structures offrant des activités de soins palliatifs pédiatriques sont équipées Les structures offrant des activités de soins palliatifs pédiatriques disposent de médicaments essentiels, opioïdes et	Nombre de structures offrant des soins palliatifs pédiatriques équipées Nombre de structures offrant des soins palliatifs pédiatriques disposant de médicaments											

	autres produits	essentiels, opioïdes et autres produits												
--	-----------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Objectif spécifique 1.4: Renforcer l'accès aux médicaments nécessaires et aux produits nutritionnels thérapeutiques													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coûts estimatifs
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Faire un plaidoyer vers les ordres professionnels et législateurs pour la révision du cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes	Les réunions de sensibilisation pour la révision du cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes des ordres professionnels et législateurs sont organisées		X	X	X					Nombre de réunions organisées	PV de réunion	MSHP CNDSP PNPEC MLS ONG/OBC	
Réviser le cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes dans le domaine des soins palliatifs	Atelier d'élaboration du Cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes dans le domaine des soins palliatifs est organisé Atelier de validation du Cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes dans le domaine des soins palliatifs est organisé		X	X	X					Cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes dans le domaine des soins palliatifs adopté	Cadre réglementaire	MSHP CNDSP PNPEC, PSP. ; DPM, DIPE.	17 317 900
Rendre disponible les opioïdes	La DPM commande régulièrement les opioïdes 100% des structures offrant des soins palliatifs sont approvisionnées				X	X	X	X	X	Taux de rupture de stock Nombre d'opioïdes disponibles Nombre de structures offrant des services de soins palliatifs disposant d'opioïdes	Liste des opioïdes disponible Rapport d'activité Fiche de gestion	MSHP CNDSP PNPEC MLS ONG/OBC	PM
Mettre en oeuvre un mécanisme de contrôle de la gestion des opioïdes	2 missions d'évaluations externes/an des opioïdes sont réalisées					X	X	X	X	Mécanisme de contrôle de la gestion des opioïdes est mis en place	Rapport d'évaluation	MSHP CNDSP PNPEC MLS ONG/OBC	PM

Objectif spécifique 1.5: Renforcer le soutien aux Familles et aux soignants													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution							Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coût estimatif	
		2006				2007	2008	2009					2010
		T1	T2	T3	T4								
Elaborer les programmes d'éducation déontologiques, culturels et spirituels dans le domaine des soins palliatifs	Un appui technique est apporté à des institutions assurant des programmes d'éducation déontologiques, culturels et spirituels dans le domaine des soins palliatifs élaborés 2 ateliers sont organisés au niveau national sur les aspects déontologiques; spirituels et culturels à tous les niveaux des soins palliatifs		X	X	X	X				Nombre d'institutions bénéficiant d'un appui Nombre d'ateliers organisés Nombre de régions ayant participé à ces ateliers Nombre de personnes sensibilisées par groupe cible	Document (conventions ; accords, etc.) disponible	MSHP CNDSP PNPEC MLS ONG/OBC	25 000 000
Sensibiliser la communauté dans le cadre des soins palliatifs au respect de la législation (valeurs, croyances ; culture), de la diversité et des interprétations de la spiritualité et de la culture	r les campagnes de sensibilisation sur le respect de la législation (valeurs, croyances ; culture), de la diversité et des interprétations de la spiritualité et de la culture sont organisées				X	X	X	X	X	Nombre de campagnes organisées Pourcentage de personnes par groupe cible qui respecte la législation (valeurs, croyances ; culture), de la diversité et des interprétations de la spiritualité et de la culture	Enquête de service (prestataires) Enquête de population (communauté)	MSHP CNDSP PNPEC MLS ONG/OBC	PM

Sensibiliser tous les fournisseurs des soins palliatifs au respect de la législation (valeurs, croyances ; culture), de la diversité et des interprétations de la spiritualité et de la culture	Les comités de sensibilisation sont mis en place dans les structures offrant des soins palliatifs				X	X	X	X	X	Nombre de comités installés Pourcentage de structures disposant de comités fonctionnels Pourcentage de personnes par groupe cible qui respecte la législation (valeurs, croyances ; culture)	Enquête de service (prestataires) Enquête de population (communauté)	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Organiser le soutien psychosocial, culturel et spirituel aux familles à domicile et en institution avant et après le décès	Un système de soutien aux familles est mis en place par les collectivités décentralisées ; les ONG/OBC (sensibilisation ; plan d'action, appui technique, etc.) Les familles démunies bénéficient des AGR (parrainage ; patient lui-même ou famille) Les OEV sont identifiés et pris en charge				X	X	X	X	X	Nombre de collectivités décentralisées ayant mis en place un système de soutien aux familles Pourcentage de patient ou famille qui ont bénéficié d'AGR	Enquête de population Rapport d'activités	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Apporter un soutien alimentaire et nutritionnel aux malades et familles démunies	Les familles démunies bénéficient de Kit alimentaire Les familles démunies bénéficient de soutien nutritionnel)				X	X	X	X	X	Nombre de familles ayant bénéficié de kits alimentaires Pourcentage de familles qui bénéficient de soutien nutritionnel	Rapport d'activités	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM

Apporter un soutien juridique aux familles et fournisseurs de soins	<p>Les familles et fournisseurs de soins qui ont besoin d'assistance juridiques sont identifiés</p> <p>Les fournisseurs de soins palliatifs et familles qui ont besoin d'assistance juridique en reçoivent</p>				X	X	X	X	X	<p>Pourcentage de familles et fournisseurs de soins qui ont besoin d'assistance juridiques sont assistés</p> <p>Pourcentage de fournisseurs de soins palliatifs et familles qui reçoivent une assistance juridique</p>		<p>MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;</p>	PM
Sensibiliser les fournisseurs de soins au respect des règles d'éthique et de déontologie	<p>Les comités d'éthique et de déontologie reçoivent des appuis techniques pour le respect des règles d'éthique et de déontologie</p>				X	X	X	X	X	<p>Nombre de structures appuyées</p> <p>Pourcentage de fournisseurs de soins sensibilisés</p>	Enquête de service	<p>MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;</p>	PM
Prévenir/gérer le SEPS dans les structures offrant des soins palliatifs	<p>L'état des lieux sur le SEPS est réalisé</p> <p>Des ateliers de sensibilisation sont organisés au niveau national et régional)</p> <p>Des réunions de sensibilisation sont organisées dans les structures offrant des soins palliatifs</p> <p>La gestion du SEPS est intégrée dans les programmes de formation de soins palliatifs</p> <p>Au moins 60% de fournisseurs de soins présentant le SEPS sont repérés</p>				X	X	X	X	X	<p>Nombre de cas de SEPS</p> <p>Nombre d'ateliers organisés au niveau national et régional (y compris les districts)</p> <p>Nombre de structures offrant des soins palliatifs ayant organisé des réunions sur le SEPS</p> <p>Module de formation en soins palliatifs disponible</p> <p>Pourcentage fournisseurs de soins</p>	<p>Rapport d'enquête</p> <p>Rapport d'ateliers</p> <p>Rapport d'activités</p> <p>Module de formation</p>	<p>MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;</p>	25 000 000

	<p>et pris en charge</p> <p>La gestion du SEPS est effective dans toutes les structures offrant des soins palliatifs</p> <p>Des groupes de soutien ou d'auto supports sont mise en place dans les structures offrant des soins palliatifs</p>								<p>présentant le SEPS identifiés et pris en charge</p> <p>Pourcentage de structures qui font la gestion du SEPS</p> <p>Nombre de structures disposant de groupes d'auto supports</p>	<p>Rapport d'enquête</p> <p>Rapport d'enquête</p>		
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Objectifs spécifiques N°1.6: Mettre en place un système d'assurance qualité dans les structures offrant des soins palliatifs													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coûts estimatifs
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Elaborer et valider les procédures d'assurance qualité	Organiser 2 ateliers d'élaboration /validation des normes et procédures d'assurance qualité sont organisés				X	X				Les documents de normes et procédures élaborées/disponible Nombre d'ateliers organisés	Rapport de distribution	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD Responsables des structures RIP ; COSCI ;	17 317 900
Sensibiliser les structures sanitaires offrant les soins palliatifs à la notion d'assurance qualité	toutes les structures sanitaires offrant les soins palliatifs sont sensibilisées Toutes les structures offrant les soins palliatifs disposent de documents de procédures d'assurance qualité				X	X	X	X	X	Nombre de réunions organisées Nombre de structures sensibilisées pourcentage de structures en soins palliatifs disposant de procédures	Rapport d'activité	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD Responsables des structures RIP ; COSCI ;	PM
Former les prestataires et fournisseurs de soins palliatifs à la notion d'assurance qualité	90% des fournisseurs de soins palliatifs sont formé à la notion de qualité					X	X	X	X	Nombre de fournisseurs de soins palliatifs formés Nombre d'ateliers de formation réalisés Nombre de structures ayant bénéficié de formation sur la notion d'assurance qualité	Rapport de formation	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD Responsables des structures RIP ; COSCI ;	PM

Objectif spécifique 1.7 : Assurer le suivi – évaluation de l'offre de service en matière de soins palliatifs													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coûts estimatifs
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Organiser la supervision des structures sanitaires offrant les soins palliatifs	<p>2 ateliers d'élaboration/validation des outils de supervision sont élaborés</p> <p>4 supervisions par an par structure sanitaire sont organisées</p> <ul style="list-style-type: none"> - niveau central (4 supervisions an1 et 2 puis 2 supervisions par an - niveau district (4 supervisions par an 				X	X	X	X	X	<p>Les outils de supervision sont élaborés, valides et disponibles</p> <p>Nombre d'ateliers réalisés</p> <p>Nombre de structures sanitaires offrant les soins palliatifs supervisés</p> <p>Nombre de supervision par an par structure</p>	Rapport de supervision	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	320 917 900
Organiser le monitoring des activités de soins palliatifs	<p>2 monitorings par an par structure sont organisés</p> <p>Le niveau central participe au monitoring des structures sanitaires au cours des 2 premières années</p>					X	X	X	X	<p>Nombre de structures sanitaires offrant des soins palliatifs qui réalisent le monitoring des activités régulièrement</p> <p>Pourcentage des structures offrant des soins palliatifs qui ont reçu un appui</p>	Rapport d'activités	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Organiser la collecte et la gestion des données	<p>2 ateliers d'harmonisations des outils de collectes sont organisés</p> <p>Toutes les structures offrant des soins palliatifs transmettent régulièrement les rapports d'activités</p>				X	X	X	X	X	<p>Nombre d'ateliers d'harmonisation des outils de collectes organisés</p> <p>Pourcentage / nombre de rapports transmis par les structures offrant des soins palliatifs</p>	Rapport d'activité	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	17 317 900
Organiser l'évaluation annuelle des activités de	une enquête annuelle est organisée dans les				X	X	X	X	X	Pourcentage de	Rapport	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ;	123 000 000

soins palliatifs	structures offrant les SP Le rapport annuel sur les activités de soins palliatifs est rédigé et diffusé								structures ayant été évaluées par an Rapport annuel d'activité disponible	d'activité	DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	--

4.7.2 : développement des soins a domicile et des soins communautaires

Objectifs spécifiques 2.1: Définir le cadre de réglementation des soins à domicile et dans la communauté													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coût estimatif
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Elaborer un projet de réglementation des soins palliatifs à domicile et dans la communauté	2 ateliers d'élaboration/validation sur la réglementation des soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont organisés			X	X	X				Projet de réglementation des soins palliatifs à domicile et dans la communauté disponible Nombre d'ateliers organisés	Document projet	MSHP SACED; DSC ; DPM ; CNDSP Ministère de l'intérieur Ministère de la Justice	PM
Faire un plaidoyer pour obtenir le cadre réglementaire des soins palliatifs à domicile et dans la communauté	Des réunions de mise en œuvre du cadre réglementaire des soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont organisées Un arrêté d'application du cadre réglementaire des soins palliatifs à domicile et dans la communauté est signé par le ministre en charge de la santé				X	X				Nombre de réunions organisées Arrêté signé et appliqué	Rapport de réunion Arrêté signé	MSHP SACED; DSC. Ministère de l'intérieur CNDSP	PM

Objectifs spécifiques N°2.2: Renforcer les structures impliquées dans les soins à domicile et dans la communauté													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coûts estimatifs
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Identifier les structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté	Les structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont identifiées			X	X	X				Nombre de structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté	Rapport de l'évaluation	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD ; Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Former les fournisseurs de soins palliatifs des structures impliquées dans les soins à domicile et dans la communauté	les fournisseurs de soins palliatifs impliqués dans les soins à domicile et dans la communauté sont formés				X	X	X	X	X	Nombre d'ateliers Nombre de structure ayant bénéficié de formation Nombre de fournisseurs de soins formés	Rapport de formation		PM
Equiper/approvisionner les structures impliquées dans les activités de soins palliatifs à domicile et dans la communauté	Les structures offrant des soins palliatifs à domicile et dans la communauté disposent d'équipement et de kits pour les soins à domicile et dans la communauté				X	X	X	X	X	Nombre de structures offrant des soins palliatifs à domicile et dans la communauté disposant d'équipement et de kits	Bordereau de réception Rapport d'inventaire	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD ; Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Superviser les structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté	4 supervisions /an/structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté au niveau national et au niveau des districts sont organisés					X	X	X	X	Nombre de supervisions réalisées selon les cibles	Rapport de supervision	MSHP ; PNPEC ; CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD ; Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM

Objectif spécifique 2.3: Elaborer les normes, les directives, les procédures et les guides des soins palliatifs à domicile et dans la communauté,													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coût estimatif
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Elaborer et valider les normes et directives en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté	4 ateliers d'élaboration/validations des Normes et directives en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont organisés	X	X	X						Document de normes et directives en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté disponibles nombre d'ateliers réalisés	Document normes et directives en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté disponible	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Elaborer et valider les et guides en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté	4 ateliers d'élaboration/validations des procédures et guides en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont organisés		X	X	X					Document de guides en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté disponibles Nombre d'ateliers réalisés	Document procédures et guides en matière de soins palliatifs à domicile et dans la communauté disponible	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM

Objectif spécifique 2.4: Organiser le suivi et l'évaluation des soins à domicile et dans la communauté.													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coût estimatif
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Organiser la supervision des fournisseurs de soins offrant les soins palliatifs à domicile et dans la communauté	2 ateliers d'élaboration/validation des outils de supervisions et de monitoring sont organisés Plan de supervision sont disponibles				X	X	X	X	X	Outils de supervision et de monitoring disponible Plan de supervision disponible	Rapport d'activités	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Organiser la collecte et la gestion des données	2 ateliers d'élaboration/validation des outils de collecte et d'adoption de la procédure de collecte des données au niveau communautaire sont organisées des outils de collecte sont élaborés procédures de collecte de données sont élaborées			X	X	X	X	X	X	Nombre d'ateliers réalisés Rapports d'ateliers réalisés Outils de collecte et procédure de collecte des données au niveau communautaire disponible Nombre de structures transmettant les données au niveau central	Rapport d'activité	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Organiser l'évaluation annuelle des activités de soins à domicile et à domicile et dans la communauté	une évaluation annuelle dans les structures offrant des soins palliatifs au niveau communautaire est réalisée Le rapport annuel de l'évaluation sur les activités de soins palliatifs au niveau communautaire est rédigé et diffusé				X	X	X	X	X	Pourcentage de structures ayant été évaluées par an Rapport annuel d'activité disponible	Rapport d'activité	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM

4.7.3 : développement des ressources humaines en soins palliatifs

Objectif général N°3: Renforcer les capacités des ressources humaines en matière de soins palliatifs													
Objectifs spécifiques N°3.1: Elaborer les curricula de formation en soins palliatifs à tous les niveaux de formation (formations de base, formation continue)													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coût Estimatif F CFA
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
faire une revue des programmes de formations existantes	Une Revue documentaire des programmes de formation existant est réalisée 1 atelier de restitution est organisé			X	X					Revue documentaire disponible 1 atelier de restitution réalisé	Rapport de la revue documentaire	DFR CNDSP Consultant	3 554 700
Elaborer/ Valider des curricula en soins palliatifs : - module de base en soins palliatifs - module en soins palliatifs pédiatriques - module sur l'assurance qualité - module en gestion des données	8 ateliers d'élaboration /validation de Curricula de formation sont organisés	X	X	X	X					Nombre de Curricula de formation disponible Nombre d'ateliers organisés	Rapport d'atelier Curricula de formation en soins palliatifs	DFR CNDSP Consultant	38 088 800
Intégrer des curricula dans les formations de base et pour la formation continue	1 atelier d'information/sensibilisation d'intégration des Curricula dans les formations de base est réalisé Les structures de formation de base ont bénéficié d'un appui technique					X	X			Atelier réalisé Nombre de structures disposant de Curricula de formation en soins palliatifs Nombre de structures de formation de base qui bénéficient d'appui technique	Rapport d'intégration Curricula de formation en soins palliatifs présent dans les programmes de formation	DFR CNDSP Consultant	2 054 700
Evaluer /réviser des curricula de formation intégré dans les formations de base	Une revue des curricula de formation intégré dans les formations de base est réalisée Les curricula de formation intégré sont révisés						X	X		Revue disponible Nombre de curricula révisé et évalué Rapport d'atelier de restitution	Rapport de la revue Curricula de formation	DFR CNDSP Consultant	3 554 700

Objectif spécifique N°3.2: Organiser des formations en soins palliatifs													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coûts estimatifs
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Former les formateurs au niveau central et au niveau des équipes cadre de districts	Des ateliers de formation des formateurs nationaux sont organisés Des ateliers de formation des formateurs des équipes cadre de districts sont organisés				X	X	X	X	X	Nombre de formateurs nationaux et de districts formés Nombre de formations réalisées	Rapport de formation	DFR CNDSP Consultant	96 673 500
Participer aux séminaires et formations au niveau sous régional et international	Les séminaires et formations sont identifiés 3 personnes impliquées dans les soins palliatifs participent chaque année aux séminaires et formations a				X	X	X	X	X	Nombres de séminaires et formations identifiés Nombre de personnes ayant participé aux séminaires et formations	Rapport de mission		60 000 000
Former les superviseurs au niveau central et au niveau des équipes cadre de districts	Des ateliers de formation des superviseurs au niveau national et des équipes cadre de districts sont formés				X	X	X	X	X	Nombre de superviseurs nationaux et de districts formés Nombre de formations réalisées	Rapport de formation	DFR CNDSP Consultant	PM
Former les fournisseurs de soins au niveau des structures sanitaires et les fournisseurs de soins à domicile et dans la communauté	Des ateliers de formation sur site des fournisseurs sont organisés : - niveau central (CHU/CHR) - par les équipes cadres de districts - au niveau communautaire Le niveau central apporte un appui aux équipes cadres de districts Les équipes cadres de districts apportent un appui aux structures du niveau communautaire				X	X	X	X	X	Nombre de et de fournisseurs de soin formés : - niveau central (CHU/CHR) - par les équipes cadres de districts - au niveau communautaire Nombre de formations réalisées Nombre d'équipes cadre de districts ayant reçu des appuis du niveau central Nombre de structures du niveau	Rapport de formation	DFR CNDSP Consultant	511 000 000

										communautaire ayant reçu des appuis des équipes cadre de districts			
Former les gestionnaires de données au niveau : - central - district - structures sanitaires /ONG/OBC	Des ateliers de formations des gestionnaires de données sont organisés au niveau central, - district, et dans la communauté					X	X	X	X	Nombre de gestionnaires de données formés au niveau central, district et dans la communauté Nombre de formations réalisées Pourcentage de districts disposant de gestionnaires de données formés	Rapport de formation	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	65 070 700

4.7.4 : mobilisation sociale pour le développement des soins palliatifs

Objectifs spécifiques N°4.1 : Elaborer un plan de dissémination de la politique des soins palliatifs en CI													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coûts estimatifs
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Adapter le document de politique aux différentes cibles	Le format du document de politique est adapté aux différentes cibles	X	X							disponibilité des documents de politiques adaptés	Projet de document Document définitif Rapport d'adaptation	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED , DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	7 795 700
Diffuser le document de politique à toutes les cibles	Les documents de politique sont reproduits et distribués à toutes les cibles			X	X	X				nombre de structures ayant reçu le document	Projet de document Document définitif Rapport d'activités	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED , DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	15 000 000
Organiser les séances de sensibilisation au profit des populations cibles	Des ateliers de sensibilisation sont organisés au profit des populations cibles			X	X	X	X	X	X	Nombre d'ateliers de sensibilisation organisée par groupe cible	Rapport d'activités Rapport de mission	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED , DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM

Objectif spécifique 4.2: Organiser des séances de sensibilisation au profit des populations cibles sur les soins palliatifs et les soins à domicile													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coût estimatif
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Organiser une journée nationale sur les soins palliatifs	Une journée nationale sur les soins palliatifs est organisée					X	X	X	X	disponibilité du rapport de la journée nationale	Rapport d'activités Arrêté ministériel	CNDSP PNPEC / MSHP	100 000 000
Organiser des campagnes de masse	Des campagnes de masse sont organisées au niveau national, région et district			X	X	X	X	X	X	Nombre de campagnes de masse organisées	Rapport d'activités	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	360 000 000
Organiser des rencontres de sensibilisation des DR et DD	Des ateliers de sensibilisation des DR et DD sont organisés			X	X	X	X	X	X	Nombre d'ateliers organisés Nombres de DR et DD sensibilisés	Rapport d'activité	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Organiser une rencontre de sensibilisation des leaders communautaires	Des ateliers de sensibilisation des leaders communautaires sont organisés			X	X	X	X	X	X	Nombres d'ateliers organisés Nombres de leaders communautaires sensibilisés	Rapport d'activité	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Organiser une rencontre de sensibilisation des ONG du secteur de la santé et des OBC	Des ateliers de sensibilisation des structures du niveau communautaire ONG/OBC du secteur de la santé sont organisés			X	X	X	X	X	X	Nombres d'ateliers organisés Nombres de ONG/OBC sensibilisés	Rapport d'activité	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR , SACED , DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM

4.7.5 : Développement de la Recherche et de la Qualité des soins en Soins Palliatifs

Objectif spécifique 5.1: Promouvoir les activités de recherche opérationnelle sur l'organisation des soins ou le fonctionnement d'une structure de soins palliatifs														
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coûts estimatifs	
		2006				2007	2008	2009	2010					
		T1	T2	T3	T4									
faire la Revue des activités de recherche en cours dans le pays	Une Revue des activités de recherche est réalisée Un atelier de restitution est organisé				X	X					Revue des activités de recherche réalisée Atelier organisé	Rapport de la revue Rapport d'atelier	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	2 587 500
élaborer et mettre en œuvre r un plan de recherche interdisciplinaire en matière de soins palliatifs	2 ateliers d'élaboration/validation d'un plan de recherche interdisciplinaire en matière de soins palliatifs sont organisés les projets de recherche opérationnels sont réalisés					X	X	X	X		Plan de recherche disponible Nombre d'ateliers organisés nombre de projets de recherche réalisé	Rapport d'atelier Plan de recherche	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Développer des approches novatrices à base communautaire sur les soins palliatifs	Les approches novatrices à base communautaire sont identifiées Des missions ou voyages d'études sont organisées pour échanges d'expériences					X	X	X	X		existence d'approche novatrice à base communautaire sur les soins palliatifs identifiés Nombre de missions réalisées Rapports de missions disponibles	Rapport d'activités	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	40 000 000

Objectif général N°5.2 : Améliorer la qualité de service en matière de soins palliatifs													
Objectifs spécifiques N°5.2.1: Mettre en place un système d'amélioration continue de la qualité des soins palliatifs													
Principales activités	Résultats attendus	Période d'exécution								Indicateurs	Mode de vérification	Responsables partenaires	Coût estimatif
		2006				2007	2008	2009	2010				
		T1	T2	T3	T4								
Faire un état des lieux sur la qualité des services en matière de soins palliatifs	Un état des lieux sur la qualité des services en matière de soins palliatifs est réalisé				X	X				Disponibilité du rapport de l'état des lieux réel	Rapport de l'état des lieux	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	7 574 044
Sensibiliser les fournisseurs de soins à la démarche qualité des soins palliatifs	Des séances de sensibilisations des fournisseurs de soins à la démarche qualité des soins palliatifs sont organisées				X	X	X	X	X	Pourcentage de fournisseurs de soins sensibilisés Nombre d'atelier réalisé	Rapport de l'atelier	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Former les prestataires de soins en soins palliatifs à la démarche qualité	Des ateliers de formation des fournisseurs de soins palliatifs à la démarche qualité au niveau central, district et structures sanitaires sont formés					X	X	X	X	Nombre de prestataires de soins formés nombre de structure ayant bénéficié d'une formation en démarche qualité Nombre d'ateliers de formation réalisés	Rapport de formation	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ;	PM

Impliquer les prestataires de soins à tous les stades de la démarche qualité	2 ateliers d'élaboration/validation des outils d'auto-évaluation de la démarche qualité sont organisés 2 auto évaluations /an/structures sont réalisées				X	X	X	X	X	Nombre d'ateliers organisés Nombre de structures ayant réalisés des auto-évaluations	Rapport d'atelier Rapport de l'évaluation	COSCI ; MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	PM
Mettre en place un système d'accréditation	2 ateliers d'élaboration/validation du Cadre du système d'accréditation sont organisés Un audit annuel des structures sanitaires est réalisé Les structures sanitaires y compris les ONG sont labellisés					X	X	X	X	Existence d'un cadre du système d'accréditation Nombre d'ateliers organisés Nombre de structures sanitaires auditées Nombre de structures labellisées	disponibilité du document cadre Rapport d'audit Rapport de labellisation	MSHP ; PNPEC CNDSP ; DIEM ; DSC ; MLS ; DIPE ; DFR, SACED, DR/DD Directeurs des hôpitaux RIP ; COSCI ;	520 700 000

Conclusion

Le premier plan quinquennal (2006-2010) pour le développement des soins palliatifs va contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et incurables notamment l'infection à VIH/SIDA et le Cancer plan va permettre de :

- Mobiliser la société pour les soins palliatifs,
- Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans les soins palliatifs,
- Renforcer l'offre de soins palliatifs dans les structures sanitaires, la communauté et à domicile,
- Renforcer l'accès aux médicaments nécessaires et aux produits nutritionnels thérapeutiques,
- Fournir un soutien aux acteurs impliqués dans les soins palliatifs,
- Gérer les activités des soins palliatifs.

La coordination des activités sera assurée par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) à travers le PNPEC. Ce programme sera appuyer par le GTT qui constitue le comité de pilotage.

La commission Nationale pour le Développement des Soins Palliatifs (CNDSP) est chargée du pilotage du programme et le Groupe technique de travail (GTT) sur les soins palliatifs va apporter un appui technique au PNPEC et assurer un suivi régulier de l'exécution des activités. Le suivi et l'évaluation du programme sera faite à travers des activités de supervision, le système d'information de routine, le monitoring, les enquêtes de service et des enquêtes de population. La mise en œuvre du plan stratégique nécessite un financement de 4 041 441 931 CFA, soit 3 653 491 931 (90,4%) pour les activités programmatiques et 387 950 000F (9,6%) pour les appuis institutionnels y compris l'évaluation.

La mobilisation des financements sera faite au niveau interne (Gouvernement, collectivités décentralisées, secteur privé et associatif) et à l'extérieur auprès des partenaires au développement

La large dissémination de la politique nationale et du plan stratégique va permettre une meilleure appropriation des acteurs et des partenaires des différentes stratégies pour le développement des soins palliatifs en Côte d'Ivoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aoua Paul Diallo Diawara. Note sur "Universal Access", 2006,
2. Avoaka Marie-Juliette, Unité VIH/SIDA ONUCI. Rapport final Projet de prévention des IST/VIH/SIDA auprès des soldats du maintien de la paix de l'ONU CI « HRU5R206 HIV/AIDS CIV », Janvier 2006,.
3. Butsuré Anastase. UNHCR. Côte d'Ivoire Rapport d'activités VIH/SIDA pour l'année 2005. Situation et réponse du VIH/SIDA en milieu réfugié en Côte d'Ivoire,
4. COUGHLAN Marie. Evaluation rapide des soins palliatifs, soins communautaires et à domicile à Abidjan Côte d'Ivoire, 2004.
5. Consensus sur la Problématique des ARV, les actes de Grand-Bassam, Octobre 2005.
6. Conseil National de lutte contre le SIDA, Avril 2005. Projet multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (PMLS), Volume 1 : manuel d'exécution, unité de coordination du projet
7. Déclaration d'engagement de l'Etat de Côte d'Ivoire. Campagne Mondiale « Enfant et VIH/SIDA », Octobre 2005.
8. EGPAF Annual Report, 2004, Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation.
9. Equipe des Nations Unies. Plan de contingence inter-Agence pour la Côte d'Ivoire, Septembre 2005
10. Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), Représentation de la Côte d'Ivoire : Activités VIH/ SIDA 2005, COAR 2005,
11. Gbadi Kama Brigith. Appui à la mise en œuvre du programme de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA chez les femmes libres et leurs partenaires : rapport d'évaluation externe du projet IVC/00/P03, Avril 2005,
12. Gnakpa Koko Germain. Direction de l'extra-scolaire et des activités coopératives. Evaluation du projet « Clubs santé jeunes » IVC/00/P05, Avril 2005,
13. Kouakou Ané. Cartographie des acteurs/intervenants et des interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans l'assistance / action humanitaire en République de Côte d'Ivoire, rapport final, Octobre 2005.
14. MLS. Canevas de collectif de l'Information sur le financement du PNL 2006-2008, groupe de travail chargé de l'élaboration du plan stratégique de lutte (MLS) contre le SIDA 2006-2010.

15. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Sécurité Sociale. Document de normes et directives nationales du conseil et dépistage volontaire du VIH en Côte d'Ivoire, Novembre 2002
16. Ministère de la Lutte contre le SIDA. Etat de financements du PNLS 2002-2004 et du plan intérimaire 2005
17. Ministère de la Lutte contre le SIDA. Plan intérimaire de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire, Avril 2005
18. Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population Politique des soins palliatifs en Côte d'Ivoire, Octobre 2005
19. Ministère de la Jeunesse et du Service Civique .Rapport final 2005. Promotion de la santé sexuelle et de la reproduction et prévention des IST/VIH parmi les adolescents et les jeunes (IVC/03/P02
20. Plan d'action national Orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA 2004-2006.
21. Plan d'action national 2004-2006 et ses indicateurs.
22. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier trimestriel N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Avril - Juin 2005, AIMAS
23. World Health Organization, Geneva. Proceedings of a technical meeting for the Development of a framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in the Health sector, October 2005,
24. Projet RETRO-CI / MEMSP/MLS. Rapport de l'enquête de 2004. Serosurveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire..
25. PNUD 2003-2007. programme de Coopération Côte d'Ivoire Rapport général provisoire. Revue annuelle 2005, Décembre 2005, -.
26. Programme National de Prise en Charge (PNPEC). Organisation de la prise en charge médicale des PVVIH, 2004
27. Rapport final Sérosurveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis en Côte d'Ivoire, enquête annuelle de 2004.
28. UNFPA Fonds des Nations Unies pour la Population représentation de la Côte d'Ivoire, .Rapport annuel 2003,
29. UNFPA Fonds des Nations Unies pour la Population représentation de la Côte d'Ivoire, .Rapport annuel 2004,
30. WHO discussion paper: the practice of changing user fees at the point of service delivery for HIV/AIDS Treatment, December 2005, World Health Organization

