



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE  
L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA  
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union – Discipline – Travail



**PLAN NATIONAL  
DE DEVELOPPEMENT  
SANITAIRE  
2021-2025**



**Decembre 2021**

**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT  
SANITAIRE 2021-2025**

**Décembre 2021**

# Table des matières

---

Table des matières.....	iii
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	vi
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	vii
<b>PREFACE</b> .....	x
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	xi
<b>RÉSUMÉ</b> .....	xii
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>1 PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL</b> .....	2
<b>1.1. CONTEXTE GÉNÉRAL</b> .....	2
<b>1.1.1 Contexte géographique et démographique</b> .....	2
<b>1.1.2 Contexte administratif</b> .....	2
<b>1.1.3 Contexte socio-politique</b> .....	3
<b>1.1.4 Contexte socio-économique</b> .....	3
<b>1.2. CONTEXTE RÉGIONAL ET INTERNATIONAL</b> .....	4
1.2.1 Contexte régional.....	4
1.2.2 Contexte international.....	5
1.2.3 Engagements pris par la Côte d'Ivoire.....	5
<b>1.3. CONTEXTE SANITAIRE</b> .....	7
1.3.1 Organisation du système sanitaire.....	7
1.3.2 Profil épidémiologique.....	9
<b>1.4. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE D'ÉLABORATION DU PNDS 2021-2025</b> .....	17
<b>2 DEUXIEME PARTIE : DIAGNOSTIC STRATEGIQUE</b> .....	21
<b>2.1. PERFORMANCES INSTITUTIONNELLES</b> .....	21
2.1.1 Gouvernance sanitaire.....	21
2.1.2 Financement de la santé.....	26
2.1.3 Information, recherche et innovation en matière de santé.....	30
<b>2.2. RESSOURCES DU SYSTEME DE SANTE</b> .....	33
2.2.1. Ressources Humaines de Santé.....	33
2.2.2. Infrastructures, équipements et moyens logistiques.....	35
2.2.3. Disponibilité de produits médicaux et technologies de la santé.....	39
<b>2.3. PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE</b> .....	43
2.3.1. Paquets de services essentiels.....	43
<b>2.3.1.1 Paludisme</b> .....	43
<b>2.3.1.2 VIH/Sida</b> .....	46

2.3.1.3	<i>Tuberculose</i> .....	47
2.3.1.4	<i>Hépatites virales</i> .....	51
2.3.1.5	<i>Maladies tropicales négligées (MTN)</i> .....	51
2.3.1.6	<i>Maladies non transmissibles (MNT)</i> .....	52
2.3.1.7	<i>Nutrition</i> .....	54
2.3.1.8	<i>Prestation de vaccination</i> .....	56
2.3.1.9	<i>Maladies à potentiel épidémique et situation d'urgence</i> .....	57
2.3.2.	Qualité des soins et sécurité des services.....	58
2.3.3.	Prestations de services liées aux groupes spécifiques.....	63
2.3.4.1	Prestations en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant .....	63
2.3.4.2	Prestations en faveur des adolescents et jeunes .....	66
2.4.	<b>PROMOTION DE LA SANTE</b> .....	67
2.4.1.	Utilisation/fréquentation des services de santé.....	67
2.4.2.	Environnement et comportements en matière de santé .....	68
<b>3</b>	<b>TROISIEME PARTIE : CADRE STRATEGIQUE</b> .....	70
<b>3.1.</b>	<b>PRINCIPES DIRECTEURS DU PNDS 2021-2025</b> .....	70
<b>3.2.</b>	<b>VISION STRATÉGIQUE, AXES STRATÉGIQUES ET LES CHANGEMENTS CLÉS DU PNDS 2021-2025</b> .....	70
3.2.1.	Vision stratégique.....	70
3.2.2.	Axes stratégiques du PNDS 2021-2025 .....	71
<b>3.3.</b>	<b>THEORIE DU CHANGEMENT</b> .....	73
3.3.1.	Théorie du changement général .....	73
3.3.2.	Théorie du Changement spécifique.....	76
<b>3.4.</b>	<b>STRATÉGIES ET LOGIQUE D'INTERVENTION</b> .....	79
3.4.1.	Stratégies et logique d'intervention de l'axe stratégique 1 .....	79
3.4.2.	Stratégies et logique d'intervention de l'axe stratégique 2 .....	84
3.4.3.	Stratégies et logique d'intervention de l'axe stratégique 3 .....	94
3.4.4.	Facteurs de succès.....	95
<b>4</b>	<b>QUATRIÈME PARTIE : GESTION DU PNDS</b> .....	98
<b>4.1.</b>	<b>MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES</b> .....	98
4.1.1.	Mécanismes de mobilisation et de gestion des ressources financières.....	98
4.1.2.	Besoins en ressources financières.....	99
4.1.2.1.	Estimation des coûts .....	99
4.1.2.2.	Analyse du gap de financement.....	106
4.1.2.3.	Scénarii de financement du PNDS.....	106
4.1.2.4.	Estimation des gains de productivité grâce à la survie des enfants de moins de 5 ans.....	107
<b>4.2.</b>	<b>MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ÉVALUATION</b> .....	107

4.2.1. Planification opérationnelle des interventions .....	107
4.2.2. Suivi et évaluation du PNDS.....	108
4.2.3. Coordination et pilotage du PNDS.....	108
<b>4.3. SYNERGIES INTERSECTORIELLES .....</b>	<b>109</b>
<b>4.4. PARTENARIATS.....</b>	<b>111</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>113</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>114</b>
<b>Annexe 1 : Cadre de Résultats.....</b>	<b>114</b>
<b>Annexe 2 : Matrice d'Actions Prioritaires.....</b>	<b>135</b>
<b>Annexe 3 : Matrice des Projets Prioritaires .....</b>	<b>138</b>
<b>Annexe 5 : Membres de l'équipe technique.....</b>	<b>141</b>
<b>Annexe 6 : Liste des participants.....</b>	<b>142</b>

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

---

Graphique 1: Carte de l'administration territoriale déconcentrée .....	3
Graphique 2: Découpage sanitaire de la Côte d'Ivoire .....	7
Graphique 3:Taux de mortalité générale dans les pays de l'UEMOA et au Rwanda en 2020 .....	9
Graphique 4:Répartition des décès selon les causes, 2017-2020.....	10
Graphique 5:Evolution des indicateurs de la mortalité des enfants de 1999 à 2019 (en %).....	10
Graphique 6:Causes de décès dans le monde parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 2015 ...	12
Graphique 7: Répartition des marqueurs sérologiques au niveau national.....	15
Graphique 8:Part des ressources publiques allouées au secteur de la santé.....	27
Graphique 9: Source de financement de la santé .....	27
Graphique 10: Evolution de la couverture en SP2 et SP3 de 2018 à 2020.....	44
Graphique 11: Comparaison des décès de 2019 et 2020 chez les moins de 5 ans et les plus de 5 ans .....	45
Graphique 12: Graphique x : Evolution de l'incidence du paludisme de 2018 à 2020 .....	45
Graphique 13: Evolution des nouvelles infections de 2000 à 2020 (Spectrum 2020).....	46
Graphique 14: Cascade des 90-90-90 (2020).....	46
Graphique 15: Taux de transmission final incluant la période d'allaitement (Spectrum 2020).....	47
Graphique 16: Evolution des cas notifiés de tuberculose de 2009 à 2020.....	48
Graphique 17: Evolution de la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH de 2015 à 2020.....	48
Graphique 18: Evolution du nombre de cas de TBMR notifiés et mis en traitement de seconde ligne de 2012 à 2020 .....	49
Graphique 19: Evolution de la notification des enfants au niveau national de 2010 à 2020.....	50
Graphique 20: Suivi des enfants de moins de 5 ans mis sous TPI par rapport aux formes contagieuses dans les régions sanitaires de 2015 à 2019 .....	50
Graphique 21:Résultats comparatifs des CHR.....	61
Graphique 22:Théorie de changement général .....	75
Graphique 23:Proportion annuelle des estimations budgétaires du PNDS 2021-2025 .....	100
Graphique 24: Répartition du budget par programme budgétaire .....	100
Graphique 25:Budget par niveau de soins .....	105
Graphique 26:Répartition du Budget par catégorie de dépense.....	105

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1: Niveau de quelques indicateurs de santé en Côte d'Ivoire .....	xii
Tableau 2: Tableaux récapitulatifs du diagnostic, des stratégies et des résultats .....	xiii
Tableau 3: Nombre d'établissements sanitaires privés par niveau.....	8
Tableau 4: Endémicité des maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive.....	17
Tableau 5:Analyse des risques.....	96
Tableau 6:Analyse des hypothèses .....	97
Tableau 7: Evolution des estimations budgétaires annuelles du PNDS 2021-2025 .....	101
Tableau 8: Répartition du budget par effet .....	101
Tableau 9: Budget par produit du PNDS .....	103
Tableau 10: Budget estimatif du PNDS par scénario .....	106

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

---

ABC/OBC	: Associations /Organisations à Base Communautaire
AMD	: Ateliers de Maintenance des Districts
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASC	: Agents de Santé Communautaire
ATS	: Antenne de Transfusion Sanguine
AVP	: Accidents de la Voie Publique
BMGF	: Bill et Melinda Gates Fondation
BOOST	: Boiler Optimization and Simulation Tool
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEPRIS	: Centre d'Etude des Pathogènes Emergents à Risque Infectieux Sévères
CIPHIA	: Côte d'Ivoire Population-Based HIV Impact Assessment
CMT	: Centres de Médecine Traditionnelle
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNAM	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie
COGES	: Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires
COMBD	: Centre Ophtalmologiste Méthodiste Barthimée de Dabou
CONNAPE	: Conseil National pour l'Alimentation, la Nutrition et le Développement de la Petite Enfance
COUSP	: Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
COVID	: Corona Virus Disease
CPN	: Consultation Périnatale
CPoN	: Consultation Postnatale
CRESAC	: Centre Régional d'Evaluation en Éducation Environnement, Santé et d'Accréditation en Afrique
CRIEM	: Centres Régionaux des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
CTS	: Centre de Transfusion Sanguine
DDS	: Directeur Départemental de Santé
DHIS2	: District Health Information Software 2
DME	: Dossier Médical Electronique
DMLA	: Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
DPPD/PAP	: Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses/ Projet Annuel de Performance
DRS	: Directeur Régionale de Santé
ECD	: Equipe Cadre de District
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ENSESI	: Enquête Nationale sur la Situation de l'Emploi et le Secteur Informel
ENV	: Enquête sur le Niveau de Vie
EPH	: Etablissement Public Hospitalier
EPN	: Etablissement Public National
ERS	: Equipe Régionale de Santé
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FAP	: Femmes en Age de Procréer
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FENOSCI	: Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire
FRANC	: Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization



GFF	: Global Financing Facility
HG	: Hôpital Général
HPV	: Human Papilloma Virus
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC/CSC	: Information, Education, Communication pour le Changement Sociale et de Comportement
IHP+	: International Health Partnership / Partenariat International pour la Santé
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INS	: Institut National de la Statistique
IRA	: Infections Respiratoires Aiguës
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
LMD	: Licence, Master, Doctorat
MAGPI	: Système National de Notification Electronique de la surveillance SIMR
MCEE	: Maternal and Child Epidemiology Estimation
MCSS	: Mécanisme de Coordination du Système de Santé
MICS	: Enquête à Indicateurs Multiples
MILDA	: Moustiquaires Imprégnées d’Insecticide à Longue Durée d’Action
MNT	: Maladie Non Transmissible
MSHPCMU	: Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
MTN-CP	: Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive
MVE	: Maladie à Virus Ebola
NRBC	: Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OHT	: One Health Tool
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OSC	: Organisation de la Société Civile
PANSS	: Plan annuel National de Sécurité Sanitaire
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau- né et de l’Enfant
PEPFAR	: President’s Emergency Plan for AIDS Relief
PFE	: Pratique Familiale Essentielle
PHCPI	: Primary Health Care Performance Initiative
PIB	: Produit intérieur brut
PID	: Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMA	: Paquet Minimum d’Activités
PMNDPE	: Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance
PMT	: Praticiens de la Médecine Traditionnelle
PNAQS	: Politique Nationale d’Amélioration de la Qualité des Soins et des Services
PNCFS	: Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNGDS	: Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	: Partenariat Public Privé
PRDS	: Plan Régional de Développement Sanitaire
PRISM	: Performance de la Gestion des Systèmes d’Information de Routine
PSL	: Produits Sanguins Labiles
PSN	: Plan Stratégique National



PSPSCI	: Plateforme du Secteur Privé de la Santé de la Côte d'Ivoire
PTF	: Partenaire Technique et Financier
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RDQA	: Routine Data Quality Assessment / Evaluation de la Qualité des Données de Routine
RHS	: Ressources Humaines en Santé
RNB	: Revenu National Brut
RSI	: Règlement Sanitaire International
SAJ	: Santé des Adolescents et Jeunes
SAMU	: Service d'Aide Médicale Urgente
SIDA	: Syndrome de l'Immuno Déficience humaine Acquis
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
SNIS	: Système National d'Informations Sanitaires
SNU	: Système des Nations Unies
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SRO	: Solution de Réhydratation Orale
SSA	: Systèmes de Santé en Afrique
SSP	: Soins de Santé Primaires
SSSU-SAJ	: Services de Santé Scolaire Universitaire Santé Adolescent et Jeunes
STEPS	: Enquête Nationale sur les Facteurs de Risques des Maladies non Transmissibles
TDR	: Tests de Diagnostic Rapide
THA	: Trypanosomiase Humaine Africaine
TIC	: Technologie de l'Information et de la Communication
TME	: Transmission Mère-Enfant
TPI	: Thérapie Préventive à l'Isoniazide
UA	: Union Africaine
UD	: Usagers de Drogue
UE	: Union Européen
UEMOA	: Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UFR	: Unité de Formation et de Recherche
UNT	: Unité Nutritionnelle Thérapeutique
UNTA	: Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
VHB/VHC	: Virus de l'Hépatite B / Virus de l'Hépatite C
VIH	: Virus Immunodéficience Humaine
VPI	: Vaccin Polio Injectable
5S-KAIZEN-TQM	: Projet du Programme pour la Recherche sur l'Innovation dans le Système de Santé

## PREFACE

---



Sous l'Egide de SEM Alassane OUATTARA, président de la république de Côte d'Ivoire, le pays a renoué avec la croissance fondée sur une solide planification à travers le Plan National de Développement. Le pays entend poursuivre son objectif de croissance rapide et soutenue afin d'atteindre une qualité de vie améliorée pour sa population. Le secteur de la santé constitue de ce fait un secteur clé de développement pour soutenir la dynamique d'émergence en cours.

Le Ministère en charge de la Santé, après l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire mis en œuvre ces 5 dernières années (PNDS 2016-2020) a procédé à l'élaboration d'un nouveau PNDS couvrant la période 2021-2025.

Cette période correspond à un quinquennat de mise en œuvre des engagements internationaux et nationaux en matière de santé permettant à la Côte d'Ivoire de contribuer au bien-être de sa population grâce à un système de santé performant et résilient offrant un meilleur état de santé à tous sans distinction.

Pour y parvenir, l'analyse approfondie du secteur de la santé a permis d'identifier les défis majeurs dont l'envergure reste de taille et appelle à une conjugaison des efforts ainsi qu'une volonté ferme pour leur relèvement. C'est pourquoi, l'implication et l'engagement de tous les acteurs sont requis pour sa mise en œuvre.

Le partage et l'appropriation de la vision politique, de la mission, des principes directeurs et valeurs, des orientations stratégiques, des résultats attendus formulés conformément aux principes de Gestion Axée sur les Résultats sont le gage de cette mise en œuvre.

Je voudrais rassurer chacun des acteurs du système de santé de ma détermination à garantir avec vous un système de santé plus performant autour des chantiers prioritaires de réformes, de financement innovant, de la qualité des services et soins de santé accessibles à tous, de la lutte contre la maladie et les épidémies et de la poursuite de déploiement efficient des ressources humaines en particulier en mettant à contribution les technologies nouvelles.

**Pierre DIMBA**

## REMERCIEMENTS

---

Le Gouvernement de Côte d'Ivoire à travers le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, élabore tous les cinq ans le Plan Stratégique du secteur de la santé. Le Plan National de Développement Sanitaire est le document national d'opérationnalisation de la politique publique de santé qui définit de manière quinquennale les axes stratégiques prioritaires du système de santé du pays, que le pays élabore depuis 1996.

Ce nouveau plan, le PNDS 2021-2025 qui a été élaboré dans le contexte de la crise sanitaire du COVID 19 est la parfaite illustration des efforts à poursuivre pour bâtir un système de santé performant et résilient susceptible d'anticiper et de fournir une réponse adéquate en cas de crises sanitaires majeures.

Le présent document est le fruit de la réflexion participative et inclusive de l'ensemble des acteurs du système de santé. Aussi, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, voudrait sincèrement remercier les collectivités locales, les représentants des associations de consommateurs et des malades, l'ensemble des experts nationaux et ceux des agences de coopération internationale qui ont contribué sans réserve à sa réalisation.

Ces remerciements vont tout particulièrement :

- aux équipes des Directions Régionales et Départementales Sanitaires, les prestataires de soins, les responsables des directions centrales, de coordination des programmes de santé, des différents services, des structures du MSHPCMU et leurs collaborateurs, dont les efforts ont permis d'obtenir les données pour la rédaction de ce plan ;
- à l'endroit des acteurs des autres Ministères et institutions de l'État pour leur entière disponibilité et les efforts qu'ils ont consentis pour l'élaboration de ce plan. Qu'ils s'agissent de la Primature, des Ministères du Plan, de la Sécurité, de l'Éducation Nationale, du Budget, de l'Économie et des Finances et les structures déconcentrées, leur implication dans le processus d'élaboration est le gage de la multisectorialité des actions du Gouvernement pour le bien-être des populations ;
- aux partenaires techniques et financiers notamment la Banque Mondiale, l'OMS, l'UNICEF, le DAI TDDAP, le SE CONNAPE et tous les Partenaires au développement pour leur appui technique et financier à la réalisation de ce document.

## RÉSUMÉ

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) définit les orientations stratégiques traduisant l'ambition du Gouvernement en matière de santé des populations pour la période 2021-2025. A la différence des PNDS antérieurs, celui-ci est adossé à la loi no 2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la politique de santé publique en Côte d'Ivoire. Aligné sur les priorités nationales définies dans le Plan National de Développement (PND) 2021-2025, le PNDS pose les bases du partenariat renouvelé entre le Gouvernement et ses partenaires à s'engager pour la réalisation par la Côte d'Ivoire des Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030, notamment l'ODD 3 et l'objectif 3 de l'Agenda 2063 de l'Union Africaine.

L'analyse des progrès réalisés au cours de la mise en œuvre du précédent plan, le PNDS 2016-2020 révèle des acquis enregistrés dans divers domaines : Gouvernance et leadership, financement de la santé, offre, utilisation et qualité des services, lutte contre la maladie y compris la santé de la mère, de l'enfant et des adolescents et jeunes et enfin la prévention et la promotion de la santé. Toutefois, des efforts restent encore à fournir car l'objectif assigné à tous les pays d'ici 2030 à travers l'ODD 3 à savoir « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » est encore loin d'être atteint (confère tableau ci-dessous).

**Tableau 1: Niveau de quelques indicateurs de santé en Côte d'Ivoire**

Indicateurs	Valeur	Année	Source
Ratio de mortalité maternelle (décès/100000 naissances vivantes)	614	2012	EDS –MICS 2012
Taux de mortalité néonatale (décès/1 000 naissances vivantes)	33	2016	MICS 2016
Taux de mortalité infanto-juvénile (décès/1000 naissances vivantes)	96	2016	MICS 2016
Prévalence du retard de croissance (% des enfants < 5 ans)	21,6	2016	MICS, 2016
Malnutrition aiguë (% des enfants < 5 ans)	1,2	2016	MICS, 2016
Surnutrition ou malnutrition par excès (% des enfants <5 ans)	3	2016	MICS, 2016
Taux de fécondité des adolescentes	124	2016	MICS 2016
Taux de prévalence contraceptive (%)	15,5	2016	MICS, 2016
Prévalence de l'Hypertension artérielle dans une population âgée de 20 à 79 ans	39,92%	2017	Rapport enquête PREVADIA
Prévalence du diabète dans une population âgée de 20 à 79 ans	6,20%	2017	Rapport enquête PREVADIA
Prévalence du VIH (% population générale)	2,5	2018	CIPHIA 2017-2018
Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	137	2020	Rapport d'activité PNLT
Taux d'incidence du paludisme (pour 1000 habitants)	173	2020	Rapport d'activité PNLN

Ce nouveau plan, le PNDS 2021-2025 est la parfaite illustration des efforts à poursuivre pour bâtir un système de santé performant et résilient susceptible d'anticiper et de fournir une réponse adéquate en cas de crises sanitaires majeures. Il a été développé à partir d'une revue documentaire et l'organisation de concertation dans le cadre d'un processus participatif et inclusif (Etat, secteur privé, organisations de la société civile, partenaires au développement) depuis l'analyse situationnelle jusqu'au développement du cadre stratégique.

Ainsi, afin de soutenir l'ambition de développement social du Gouvernement, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, envisage de contribuer à l'atteinte du pilier 4 du PND qui vise le renforcement de l'inclusion, la solidarité nationale et l'action sociale, à travers trois priorités stratégiques du PNDS: (i) l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé ; (ii) le renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins ; et (iii) le renforcement de la promotion et de la lutte contre les maladies.

Ces priorités stratégiques ont été déclinées en sept résultats censés induire les changements souhaités pour améliorer l'état de santé des populations. Les tableaux ci-dessous résument le diagnostic, les stratégies et les résultats escomptés pour les 5 prochaines années :

**Tableau 2: Tableaux récapitulatifs du diagnostic, des stratégies et des résultats**

1. Amélioration de la Gouvernance et du Financement de la santé	
Diagnostic	<b>En matière de cadre législatif, réglementaire et organisationnel</b>
	Insuffisance dans la mise en œuvre et le suivi des politiques, normes et règlements régissant le secteur
	Insuffisance dans la coordination interne et externe des interventions du secteur de la santé
	<b>En matière de mobilisation et de gestion des ressources financières</b>
	Insuffisance dans la mobilisation des ressources financières à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	Insuffisance dans la gestion et le suivi de l'utilisation des ressources financières à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	<b>En matière de système de planification, suivi et évaluation, information sanitaire, recherches et innovation</b>
	Multiplicité et parfois non-alignement des mécanismes de planification et de suivi & évaluation aux niveaux central et local
	Non-exhaustivité de l'information sanitaire (secteur privé et autres secteurs)
	Retard dans la mise à disposition de l'information sanitaire de qualité pour la prise de décisions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	Insuffisance de culture de recherche en santé des administrateurs et prestataires de soins
	Insuffisance de collaboration entre les chercheurs et le MSHP pour que leurs thèmes de recherches soient en adéquation avec les priorités sanitaires et de développement du pays
	Développement insuffisant de l'innovation et de la santé digitale
Stratégies	Renforcement du cadre législatif, réglementaire, institutionnel et organisationnel du secteur de la santé
	Renforcement des mécanismes de diffusion et d'archivage des textes réglementaires et normatifs du secteur de la santé
	Renforcement des capacités des régions et des districts sanitaires
	Renforcement de la régulation et le développement du secteur privé de la santé
	Renforcement des mécanismes de redevabilité, de collaboration et de coordination intra et intersectorielle
	Amélioration de la mobilisation de ressources domestiques pour la santé
	Développement d'une méthodologie d'allocation budgétaire et des outils de gestion du budget programme
	Renforcement de la gestion financière des unités opérationnelles
	Amélioration du traçage des données financières

	Renforcement de la disponibilité, de l'analyse et des mécanismes d'assurance qualité des données sanitaires
	Renforcement du cadre de planification, de budgétisation et de suivi et évaluation
	Renforcement des mécanismes de gouvernance, de coordination, de collaboration et de suivi et évaluation pour la recherche et l'innovation dans le système de santé
	Promotion et vulgarisation des acquis de la recherche en santé
	Développement de technologies innovantes du numérique en soutien au système de santé
<b>Résultats escomptés</b>	<b>Effet 1 : les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces et inclusifs</b>
	<u>Produit 1.1</u> Le système de santé dispose de capacités renforcées pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et règlements
	<u>Produit 1.2</u> Le Ministère en charge de la Santé dispose de capacités renforcées pour assurer la coordination, la régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et la collaboration effective avec les autres secteurs (les ministères sectoriels, le secteur privé, les collectivités territoriales, la société civile) et les partenaires au développement
	<u>Produit 1.3</u> Les acteurs aux niveaux central et local du système de santé sont mieux outillés pour la mobilisation et la gestion efficace des ressources financières
	<b>Effet 2 : Le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision</b>
	<u>Produit 2.1</u> Les acteurs aux niveaux central et déconcentré (Etat, privé, ONG, autres institutions) sont mieux outillés pour la production, l'analyse et la transformation des données de qualité en information utilisable pour la prise de décision
	<u>Produit 2.2</u> Les acteurs aux niveaux central et opérationnel du système de santé disposent de capacités renforcées en matière de planification, de suivi et d'évaluation des interventions sanitaires
<u>Produit 2.3</u> Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de développement de la recherche et de l'innovation	
<b>2. Renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins</b>	
<b>Diagnostic</b>	<b>En matière de ressources humaines</b>
	Insuffisance dans la production des ressources humaines (formation de base, formation continue et recrutement)
	Insuffisance dans la gestion des ressources humaines (données, répartition, fidélisation)
	<b>En matière d'infrastructures et d'équipements sanitaires</b>
	Insuffisance de couverture en infrastructures sanitaires
	Parfois non-respect des normes édictées pour les structures et le plateau technique dans les établissements sanitaires
	Insuffisance de mécanisme durable pour la maintenance des équipements
	<b>En matière de produits de santé (y compris vaccins, produits sanguins et intrants stratégiques)</b>
	Insuffisance de production et de disponibilité des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre
	Insuffisance de gestion des produits de santé (gestion de stock, qualité)
	<b>En matière de qualité des soins</b>
	Insuffisance dans l'expression et la prise en compte des besoins des établissements sanitaires
Insuffisance dans le respect des normes et protocoles de prise en charge des maladies	
Insuffisance dans l'évaluation de la qualité des prestations	

	Insuffisance dans le contrôle des infections y compris la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques	
	Insuffisance d'intégration des services de prise en charge (organisation et gestion des prestations)	
	Insuffisance des prestations centrées sur le malade (besoin individuel)	
	<b>En matière de prise en charge des groupes spécifiques prioritaires (mère, nouveau-né, enfant, adolescents et jeunes)</b>	
	Insuffisance dans la mise en œuvre des Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgences	
	Faiblesse de l'offre de service de santé spécifique aux nouveau-nés et aux enfants	
	Faible accessibilité des services adaptés aux besoins des adolescents et jeunes	
	Environnement socio-culturel peu favorable à l'accès aux services de santé maternelle et infantile (CPN, PF)	
	<b>En matière de réponse efficace aux urgences de santé publique</b>	
	Insuffisance dans l'anticipation et la préparation aux situations d'urgences et des événements de santé publique	
	Insuffisance dans la riposte aux urgences de santé publique	
	Insuffisance dans la résilience face aux situations d'urgence (continuité des services essentiels de santé)	
	<b>Stratégies</b>	Amélioration du système d'information, de la disponibilité et de la répartition des ressources humaines qualifiées et motivées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
		Renforcement de la disponibilité des infrastructures et de la capacité opérationnelle des Régions Sanitaires par la mise en place de Pôles Régionaux d'Excellence Sanitaire (PRES)
Développement des Pôles de Continuum des Soins (PCS)		
Renforcement du positionnement de la Côte d'Ivoire comme une destination médicale de premier ordre en Afrique de l'Ouest en offrant des soins de santé dans des secteurs de pointe		
Renforcement du cadre réglementaire et de gestion de la maintenance des infrastructures et des équipements médicaux		
Renforcement de la disponibilité des équipements et de la maintenance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire		
Amélioration de l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements sanitaires		
Renforcement de la disponibilité et de la qualité des produits de santé (médicaments, produits sanguins, vaccins et autres intrants stratégiques) en quantité suffisante		
Renforcement de la démarche qualité dans les établissements sanitaires y compris les laboratoires de biologie médicale		
Renforcement de la prévention et du contrôle des infections dans les établissements sanitaires publics		
Amélioration de l'organisation et de la gestion des prestations de services curatifs		
Renforcement des interventions de médecine physique et de réadaptation au niveau des hôpitaux de références		
Amélioration de l'offre de services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant		
Amélioration de l'offre de services intégrés et adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes		
Renforcement de la coordination et de la production de données factuelles sur l'offre de services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant		
Renforcement		



	Renforcement de la réponse aux urgences de santé publique (prévention et détection précoce des évènements de santé publique, riposte aux urgences de santé publique, continuité des services essentiels de santé dans les situations d'urgences)
Résultats escomptés	<b>Effet 3 : Le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible</b>
	<u>Produit 3.1</u> : Le système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante, équitablement réparties et motivées
	<u>Produit 3.2</u> : Le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	<u>Produit 3.3</u> : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer un accès accru à des produits de santé de qualité et en quantité suffisante
	<b>Effet 4 : Le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires</b>
	<u>Produit 4.1</u> : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
	<u>Produit 4.2</u> : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux adolescents et jeunes
	<b>Effet 5 : Le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies</b>
	<u>Produit 5.1</u> Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées et les maladies évitables par la vaccination au sein des établissements sanitaires
	<u>Produit 5.2</u> Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) au sein des établissements sanitaires
	<u>Produit 5.3</u> Les structures de santé sont mieux outillées pour assurer la prévention et le contrôle des infections, l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et la gestion des déchets sanitaires
	<u>Produit 5.4</u> Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés pour la gestion et la fourniture de soins de qualité
	<b>Effet 6 : Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique</b>
	<u>Produit 6.1</u> : Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de préparation aux situations d'urgences et de prévention des évènements de santé publique
<u>Produit 6.2</u> : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour la détection précoce des évènements de santé publique, la riposte et la continuité des services essentiels de santé dans les situations d'urgences	
<b>3. Renforcement de la lutte contre les maladies et de la promotion de la santé</b>	
Diagnostic	<b>En matière de prévention contre la maladie</b>
	Insuffisance d'implication des autorités administratives, les leaders politiques, dans la prévention contre les maladies
	Insuffisance d'implication des leaders communautaires, religieux et syndicaux, les responsables de groupements d'intérêts économiques, les parents et autres acteurs de la société civile dans la prévention contre les maladies
	<b>En matière de promotion de la santé</b>
Insuffisance de connaissances des populations pour prévenir la maladie	
Insuffisance de communication sur les actions en faveur de la santé des populations	
Stratégies	Renforcement de la promotion et de la prévention des maladies transmissibles (Paludisme, VIH/Sida, Tuberculose, Hépatites, maladies évitables par la vaccination, etc...)

	Renforcement de la promotion et de la prévention des maladies tropicales négligées (à Chimio prophylaxie-Préventive et à prise en charge des cas)
	Renforcement de la promotion et de la prévention des maladies non transmissibles (maladies métaboliques ; maladies cardiovasculaires, le cancer ; les maladies rénales, les maladies respiratoires, etc...)
	Renforcement de la promotion et de la prévention des autres maladies (maladies liées à la santé mentale, affections buccodentaires, affections oculaires)
	Renforcement des mesures contre les facteurs de risque des maladies (alcoolisme, tabagisme, prise de substance psychotropes, mauvaises pratiques nutritionnelles...)
	Généralisation des bonnes pratiques d'hygiène publique
	Promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) et des mesures préventives
	Renforcement de l'éducation pour la santé et la prévention des différents problèmes de santé pour la population y compris les jeunes et les adolescents en milieu scolaire et universitaire
	Développement d'évaluation de la satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis des services de santé
	Renforcement des capacités des acteurs communautaires à la sensibilisation des populations défavorisées et vulnérables sur les approches de participation communautaire et d'engagement communautaire
	Amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé par l'effectivité et l'extension des mesures de protection financière aux risques financiers (gratuité ciblée, CMU, etc...)
	Renforcement des capacités des autorités administratives et des leaders communautaires pour la promotion de la santé
	Renforcement de la sensibilisation et de la communication sur la santé
	<b>Résultats escomptés</b>
Produit 7.1: Les populations notamment les plus défavorisées et vulnérables disposent de capacités renforcées pour la demande de services de santé de qualité et la prévention des maladies	
<u>Produit 7.2:</u> Les autorités administratives, les leaders politiques, communautaires, religieux et syndicaux, les responsables de groupements d'intérêts économiques, les parents et autres acteurs de la société civile disposent de capacités renforcées pour favoriser la demande et l'utilisation des services de santé	

La mise en œuvre de ces interventions sera accompagnée par la mise en œuvre de réformes en lien avec le renforcement du système de santé

<b>REFORMES PRIORITAIRES</b>	
▪	Mise en œuvre de la Réforme Hospitalière
▪	Réforme du secteur privé de la santé
▪	Mise en place de la Haute Autorité de Santé
▪	Opérationnalisation des districts et régions sanitaires
▪	Réforme des finances publiques dans le secteur de la santé
▪	Mise en place de l'Observatoire des Ressources Humaines de la Santé
▪	Mise en place des Pôles Régionaux d'Excellence Santé (PRES)
▪	Poursuite de l'Achat stratégique
▪	Digitalisation du système de soin (e-santé et Télémédecine)

Les indicateurs et les cibles sont également décrits et les dispositions détaillées pour le suivi de la mise en œuvre sont fournies dans le plan de suivi et d'évaluation accompagnant le PNDS 2021-2025.

L'outil de planification et de budgétisation One Health a été utilisé pour chiffrer le PNDS 2021-2025. D'un coût global estimé à **6 212,24 milliards de FCFA** soit environ 11 milliards de dollars US, dont **16%** en dépenses d'investissement et **84 %** en dépenses de fonctionnement, l'exécution de ce PNDS permettra non seulement de recréer les conditions d'un développement harmonieux et cohérent du secteur sanitaire, mais aussi de satisfaire les besoins essentiels de la population en matière de santé.

## INTRODUCTION

---

La Côte d'Ivoire est fermement résolue à garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité pour tous. Le Plan National de Développement (PND) 2021–2025 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025 s'inscrivent dans cette dynamique. Pour réaliser cet ambitieux objectif et atteindre les cibles de l'ODD 3, notamment celle relative à la couverture sanitaire universelle (CSU), le gouvernement ivoirien soutenu par ses partenaires au développement, a lancé plusieurs réformes et initiatives. Celles-ci visent à : i) mobiliser des ressources complémentaires en faveur de la santé et améliorer la gestion financière des fonds publics affectés à la santé ; ii) élargir la protection des ménages contre le risque financier par l'intermédiaire d'un régime d'assurance santé ; iii) améliorer l'accès à des services maternels, néonataux et infantiles de qualité.

Le ministère en charge de la santé a mené à bien un processus consultatif, participatif et inclusif des principales parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales dans le but d'élaborer le présent plan.

Le Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025 s'inscrit dans la dynamique gouvernementale de renforcement de l'inclusion, de la solidarité nationale et de l'action sociale afin d'améliorer l'état de santé des populations à travers un système de santé performant et résilient. Le PNDS 2021-2025 est ainsi aligné aux orientations stratégiques du Plan National de Développement 2021-2025. L'exécution du précédent PNDS (2016-2020) a permis d'enregistrer des résultats notables dont des réformes structurelles en matière de financement stratégique telles que la Couverture Maladie Universelle (CMU) et le Financement Basé sur la Performance (FBP). Il a également permis un renforcement des infrastructures de santé avec un accroissement de l'offre de services de santé à tous les niveaux.

Le PNDS 2021-2025 vise la consolidation des acquis en matière de gouvernance sanitaire, de l'accès aux services et de la qualité des soins avec la perspective d'asseoir un système de santé plus résilient pouvant garantir des réponses adéquates et efficaces face aux pathologies. Ce plan représente le principal cadre des interventions de santé dans lequel le pays et ses partenaires s'engagent en vue de garantir à l'ensemble de la population ivoirienne, notamment les plus vulnérables, un état de santé et un bien être optimal.

Le document est structuré en quatre grandes parties : i) le cadre général ; ii) le diagnostic stratégique ; iii) le cadre stratégique ; (iv) la gestion du PNDS.

# 1 PREMIERE PARTIE : CADRE GENERAL

## 1.1. CONTEXTE GÉNÉRAL

### 1.1.1 Contexte géographique et démographique

La Côte d'Ivoire est située dans la région occidentale de l'Afrique subsaharienne entre le 5<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> degré de latitude Nord, le 4<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> degré de longitude Ouest, et couvre une superficie de 322 462 km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. Le pays bénéficie d'un climat de type tropical humide, avec un climat équatorial humide au Sud et un climat tropical de type soudanais au Nord. Le pays connaît quatre saisons dont une grande saison des pluies de mars à juin, une petite saison sèche de juillet à août, une petite saison des pluies de septembre à octobre et une grande saison sèche de novembre à février. Les pluies sont assez abondantes sur le long de la côte avec des précipitations importantes, qui vont de 1500 à 2500 millimètres par an, tandis que dans les zones intérieures elles sont généralement moins intenses et vont de 1200 à 1500 millimètres. En zone montagneuse, elles atteignent les 2000 millimètres. Ce profil climatologique et géomorphologique a une influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire<sup>1</sup>.

La population totale vivant en Côte d'Ivoire est estimée à 22.671.331 habitants avec une densité de 70,3 habitants/km<sup>2</sup> et un taux d'accroissement annuel moyen de 2,6 %<sup>2</sup>. Les hommes représentaient 51,6% contre 48,4 % de femmes. Les femmes en âge de procréer représentent 24 % de la population et les enfants de moins de 5 ans, 16 %. La population vivant en milieu urbain est de 50,3 % contre 49,7 % en milieu rural.

La population ivoirienne est très jeune. Les moins de 35 ans représentent 77,3%. Les femmes constituent toujours la frange importante de la population vivant dans la pauvreté avec une proportion de 47,4%<sup>3</sup>. La part de la population en âge de travailler est plus faible chez les femmes (45,8%) que chez les hommes (67,2%)<sup>4</sup>.

### 1.1.2 Contexte administratif

L'administration territoriale est structurée selon les principes de la déconcentration et décentralisation.

L'administration territoriale déconcentrée est assurée dans le cadre de circonscriptions administratives hiérarchisées avec : 14<sup>5</sup> Districts autonomes ; 31 Régions ; 108 Départements ; 410 Sous-Préfectures et plus de 8600 Villages. Elle est ainsi organisée en vue d'assurer l'encadrement des populations, de pourvoir à leurs besoins, de favoriser le développement économique, social et culturel et de réaliser l'unité et la cohésion nationales.

1 Revue européenne de géographie

2 Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de Mai 2014

3 Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) 2015

4 ENSESI, 2016

5 Conseil des ministres du 9 Juin 2021



La capitale politique, Yamoussoukro, se trouve au centre du pays, à 248 km d'Abidjan, la capitale économique située dans le Sud. Quant à l'administration territoriale décentralisée, elle est représentée par 201 communes et 31 conseils régionaux gérés par les élus locaux.

**Graphique 1: Carte de l'administration territoriale déconcentrée**

### 1.1.3 Contexte socio-politique

La Côte d'Ivoire est une république présidentielle multipartite. Concernant la situation sécuritaire actuelle de la Côte d'Ivoire, elle s'est considérablement améliorée depuis 2015, traduite par une baisse du niveau de la criminalité sur l'ensemble du territoire national. L'indice de sécurité en Côte d'Ivoire estimé à 1,6 en Janvier 2015 s'est établi à 1,2 en 2019.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2015, le taux d'analphabétisme en Côte d'Ivoire avoisinait les 52%. Les efforts du Gouvernement ont contribué à réduire ce taux à 49% en 2018. La proportion d'apprenants dans les centres d'alphabétisation a augmenté (58 % à 59 %) en milieu urbain et régressé (42% à 41%) en milieu rural de 2018 à 2019. La gent féminine est la plus représentée avec 36,3% que chez les hommes (53,3%).

### 1.1.4 Contexte socio-économique

En dépit d'un environnement international marqué par des incertitudes politiques et économiques qui ont affecté la croissance mondiale, l'activité économique en Côte d'Ivoire a bénéficié de l'amélioration continue du climat des affaires et de la gouvernance sur la période 2016-2020.

Sur le plan économique, le taux de croissance du PIB réel s'est élevé en moyenne à 6,9%, largement au-dessus de celui de l'Afrique subsaharienne. De même, le revenu par tête a progressé de 13,6% entre 2016 et 2019. Par ailleurs, l'inflation a été maîtrisée en dessous de 3% sur toute la période. Le déficit budgétaire s'est progressivement réduit pour s'établir à 2,3% du PIB en 2019. Le renforcement de la richesse créée et l'amélioration des conditions sociales se sont traduits par un accroissement du niveau de vie des populations.

Malgré cette croissance économique, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté bien qu'en baisse, reste élevée. En effet, le taux de pauvreté est passé de 51% en 2011 à 46,3% en 2015 pour s'établir à 39,4% en 2020. Bien qu'en nette diminution, la pauvreté est marquée par des disparités régionales et reste toujours défavorable aux femmes et aux zones rurales.

Selon le rapport 2019 du PNUD sur le développement humain, la Côte d'Ivoire continue de demeurer dans le groupe des pays à faible développement humain avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 0,538 contre 0,474 en 2016. Ce rapport classe le pays au rang de 162ème parmi 189 pays et territoires. Cet indice s'est accru de 33,2 % entre 1990 et 2019. L'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire a augmenté de 4,5 années, la durée moyenne de scolarisation a augmenté de 3,2 années et la durée attendue de scolarisation a augmenté de 4 années. Le RNB par habitant de la Côte d'Ivoire a progressé de près de 30 % entre 1990 et 2019.

## 1.2. CONTEXTE RÉGIONAL ET INTERNATIONAL

### 1.2.1 Contexte régional

L'élaboration du PNDS 2021-2025 intervient dans une période marquée *au plan sous régional*, par l'amorce de l'élaboration de la vision 2050 par la CEDEAO. Vision qui devrait réaffirmer l'engagement des autorités pour une plus forte convergence des économies et une meilleure intégration économique pour un marché estimé à 380 millions de personnes.

Sur le plan économique, la Côte d'Ivoire est soumise à certaines politiques sous régionales. C'est par exemple les réformes budgétaires dans les pays de l'UEMOA impliquant la mise en œuvre des directives relatives au cadre harmonisé des finances publiques. Ce cadre instaure notamment les budgets-programmes, rendant impératif l'élaboration des lettres de politique sectorielle de développement en tant que cadre de référence à l'élaboration des stratégies de développement au sein des départements ministériels. C'est dans cet environnement monétaire et économique sous régional que la Côte d'Ivoire a enregistré une croissance économique dynamique, forte et stable depuis 2012 avec un ralentissement en 2020, dû aux conséquences de la crise de COVID-19.

Par ailleurs, le contexte socio-politique parfois tendu dans les pays de la sous-région ouest-africaine avec les violences et crises sociales qui en découlent alimente des climats d'insécurité qui pourrait déstabiliser la sous-région au-delà des pays concernés, en ce qu'elle constitue des terrains fertiles pour l'émergence de groupes terroristes. Cette menace terroriste présente le plus grand défi auquel les pays de l'Afrique de l'Ouest auront à faire face les prochaines années. Elle a des répercussions économiques et sociales, source de paupérisation des populations. En effet, les dépenses militaires et sécuritaires devenues impératives et prioritaires se font au détriment des investissements dans les services sociaux de base que sont l'éducation, l'emploi et la santé.

Cette situation constitue une réelle menace pour la sécurité de la Côte d'Ivoire du fait de la promiscuité avec ses pays voisins. En effet le Nord de la Côte d'Ivoire, près de la frontière du Burkina Faso, est de plus en plus la cible d'attaques terroristes attribuées aux djihadistes mais qui ne sont pas revendiquées. De même, le terrorisme et les troubles intercommunautaires sont une réalité au Mali qui a une longue frontière avec la Côte d'Ivoire.



### 1.2.2 Contexte international

**Au niveau international** par l'apparition d'une grave crise sanitaire liée à la pandémie à coronavirus 2019 (Covid-19). Face à l'ampleur de cette pandémie, la plupart des pays ont instauré, dès le début de l'année 2020, des mesures restrictives de lutte qui ont durement ébranlé les secteurs d'activités et perturbé l'offre ainsi que la demande de biens et services. Dans le secteur de la santé, en 2020, les pays ont signalé qu'en moyenne, environ de la moitié des services de santé essentiels étaient perturbés<sup>6</sup>.

### 1.2.3 Engagements pris par la Côte d'Ivoire

Au niveau régional, continental et international, certains engagements pris par la Côte d'Ivoire constituent de véritables opportunités pour le PNDS 2021-2025.

**Au niveau régional** on peut citer :

- *Les engagements pour le financement des produits contraceptifs (engagement dans le cadre du partenariat de Ouagadougou) et fonds incitatif double :*

Suite à l'engagement de l'Etat de Côte d'Ivoire à Londres en 2017 sur le financement de l'achat des contraceptifs FP/2020 devenu FP/2030, la déclaration de Ouagadougou inclut la nécessité pour chaque pays d'assurer une augmentation régulière des contributions des budgets nationaux pour l'achat des produits contraceptifs à hauteur d'au moins 10% par an comme part contributive à l'achat des produits contraceptifs. Quant au Fonds Incitatif de Contrepartie Double (FIx2), il s'agit d'un accord de financement entre l'UNFPA et la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) comme initiative qui vise à doter les gouvernements des pays du Partenariat de Ouagadougou d'un mécanisme innovant pour renforcer la mise en œuvre des engagements à travers la sécurisation des produits contraceptifs ;

- *La Directive n° 06/2002-CM-UEMOA portant détermination de la liste commune des médicaments, produits pharmaceutiques, matériels et produits spécialisés pour les activités médicales exonérées de la TVA au sein de l'UEMOA ;*

**Au niveau du continent**, il y a :

*L'Agenda 2063 de l'Union Africaine (2013) dont l'un des domaines prioritaires est la santé en faisant un focus sur la nutrition qui constitue une des priorités sanitaires retenue par les autorités sanitaires ivoiriennes. La Côte d'Ivoire a adhéré à l'Agenda 2063 de l'Union Africaine qui vise une « Afrique intégrée, prospère et en paix, gérée par ses propres citoyens et représentant une force dynamique dans l'arène internationale ».*

- *La Déclaration d'Abuja (2001) par laquelle le pays est engagé à parvenir graduellement à l'allocation de 15% du budget national annuel à la santé ;*

**Au niveau international**, on pourrait évoquer les engagements ci-dessous :

<sup>6</sup> <https://www.who.int/fr/news/item/23-04-2021-covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries>

- *Le Cofinancement pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (2016).*

Dans le cadre de l'élimination du sida, de la tuberculose et du paludisme, le gouvernement de Côte d'Ivoire a pris l'engagement avec certains partenaires techniques et financiers, d'augmenter sa part de co-financement à hauteur de 20 %, et progresser graduellement pour atteindre les 40 % les prochaines années afin de maintenir les acquis de la lutte contre les trois maladies et espérer leur élimination.

- *La Transition de financement pour la vaccination*

En matière de vaccination, l'état s'est engagé dans le cadre de la transition avec GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) à assurer un co-financement passant d'environ 12% en 2019 au financement total de l'achat des vaccins et au soutien des services de vaccination en 2025 ;

- *L'Adhésion en 2018 au Mécanisme de Financement Mondial (GFF).*

Cette initiative vise à accélérer le rythme de mise en œuvre des réformes ambitieuses et mobiliser des financements en faveur des priorités nationales pour la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, envisagée comme un point d'entrée au renforcement de l'ensemble du système de santé du pays ;

- *Le Millenium Challenge Corporation (MCC).*

La Côte d'Ivoire a signé en 2015 avec le gouvernement américain dans le cadre de la lutte contre la pauvreté pour assurer une attention particulière sur les questions de vaccination, sur les dépenses publiques de santé et sur la santé infantile ;

- *Les Objectifs de Développement Durable (ODD 2015).* Le pays a adhéré en 2015 aux objectifs de développement durable (ODD) qui à travers ses 17 Objectifs pour 2030 devraient permettre l'éradication de la pauvreté, de lutter contre les inégalités et l'injustice, et de faire face aux changements climatiques. Le troisième objectif (ODD3) concerne la santé et la cible 3.8 est en faveur de la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU) dans laquelle la Côte d'Ivoire s'est engagée afin d'améliorer durablement la santé de la population. Cette cible stipule en effet de « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ».

- *La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (SSP-2008).*

Cet engagement oblige la Côte d'Ivoire à réactiver les principes des SSP dans le contexte de la Couverture Santé Universelle (CSU), réaffirmée en 2018 avec *la Déclaration d'Astana*, qui a appelé les pays à renforcer les systèmes de soins de santé primaire en tant qu'étape essentielle vers la CSU. Elle s'inscrit en faveur d'investissements accrus pour les SSP ;

- *La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005)* vise à promouvoir la qualité de l'aide, son efficacité et son impact sur le développement par l'appropriation par la partie nationale, l'alignement de l'aide sur les priorités, l'harmonisation des procédures et la responsabilité mutuelle des résultats obtenus ;

- *Le Règlement Sanitaire International (RSI-2005)*, qui est une initiative des pays, des organisations internationales et de la société civile pour conjuguer les efforts et accélérer les progrès vers un monde sécurisé contre les menaces de maladies infectieuses.

### 1.3. CONTEXTE SANITAIRE

#### 1.3.1 Organisation du système sanitaire

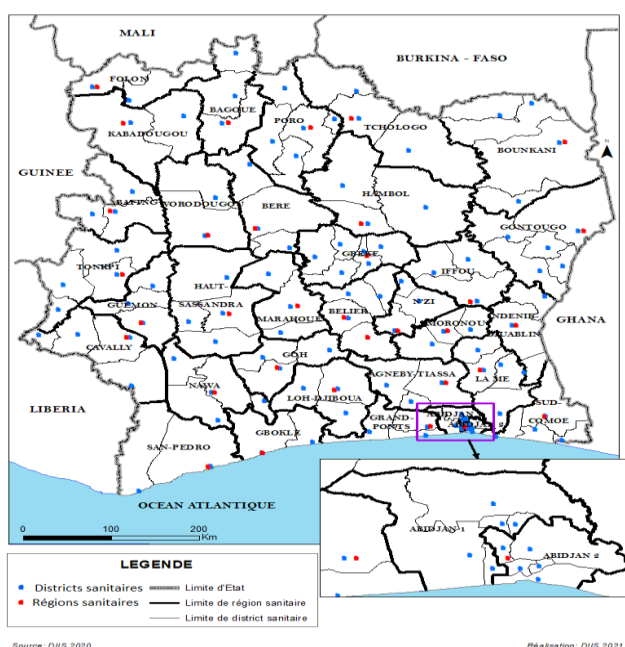
Le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec un versant administratif ou gestionnaire et un versant offre de soins ou prestataires, répartis chacun en trois échelons.

*Le versant administratif ou gestionnaire*, du système sanitaire comprend :

*Au niveau central*, le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux et les Programmes de santé. Ces structures sont chargées de la définition de la Politique ainsi que de l'appui et de la coordination globale de la santé ;

*Au niveau intermédiaire*, 33 Directions Régionales qui ont pour mission d'appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de la politique sanitaire et ;

*Au niveau périphérique*, 113 Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Par ailleurs, le district sanitaire qui constitue l'unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires qui représentent le bassin de desserte d'un établissement sanitaire de premier contact.



**Graphique 2: Découpage sanitaire de la Côte d'Ivoire**

Quant au *versant offre de soins ou prestataire*, il comprend également trois niveaux. Le réseau sanitaire est constitué de 2442 établissements de santé publique comprenant en 2020 selon la

pyramide sanitaire pour le secteur public, 2311 ESPC au niveau primaire, 19 CHR et 100 HG au niveau secondaire et 5 CHU et 7 instituts spécialisés de soins au niveau tertiaire.

*Le niveau primaire ou périphérique* composé de tous les établissements sanitaires publics qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel. Il compte 2311 ESPC comme indiqué plus haut.

*Le niveau secondaire* comprend tous les établissements de soins publics assurant une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire et possédant une capacité technique de diagnostic et de traitement. Le pays compte 131 hôpitaux de référence (100 hôpitaux publics, 12 confessionnels et 19 Centres Hospitaliers Régionaux) et 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké)<sup>7</sup>.

*Le niveau tertiaire* est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche. Ce sont les cinq Centres Hospitaliers Universitaires et les Instituts Nationaux Spécialisés dont l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA), le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (Nouvelle PSP CI), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

A côté de ce secteur public, il existe le secteur privé de la santé qui est en plein essor et contribue au niveau national à environ 40% de l'offre de service de santé. En fin 2020, le tableau ci-dessous montre le nombre d'établissements sanitaires privés par niveau d'intervention<sup>8</sup>.

**Tableau 3: Nombre d'établissements sanitaires privés par niveau**

NIVEAU D'INTERVENTION	NOMBRES D'ETABLISSEMENTS
Polyclinique médicale	24
Clinique médicale	317
Centre médical	465
Cabinet médical	55
Maternité	114
Centre de soins infirmiers	548

A côté du système de soin public ou privé, il existe un système communautaire basé sur les prestations des agents de santé communautaire. On note dans ce système communautaire, des organisations à base communautaire et des leaders communautaires qui sont des canaux de sensibilisation et qui constituent des réseaux sociaux et favorisent l'autonomie des membres des communautés à la prise en charge de leur propre problème de santé. Les travailleurs communautaires que sont les agents de santé communautaires (environ 11400<sup>9</sup>) sont des

7 RASS 2020

8 Rapport d'activité 2020 DEPS

9 Rapport DSC

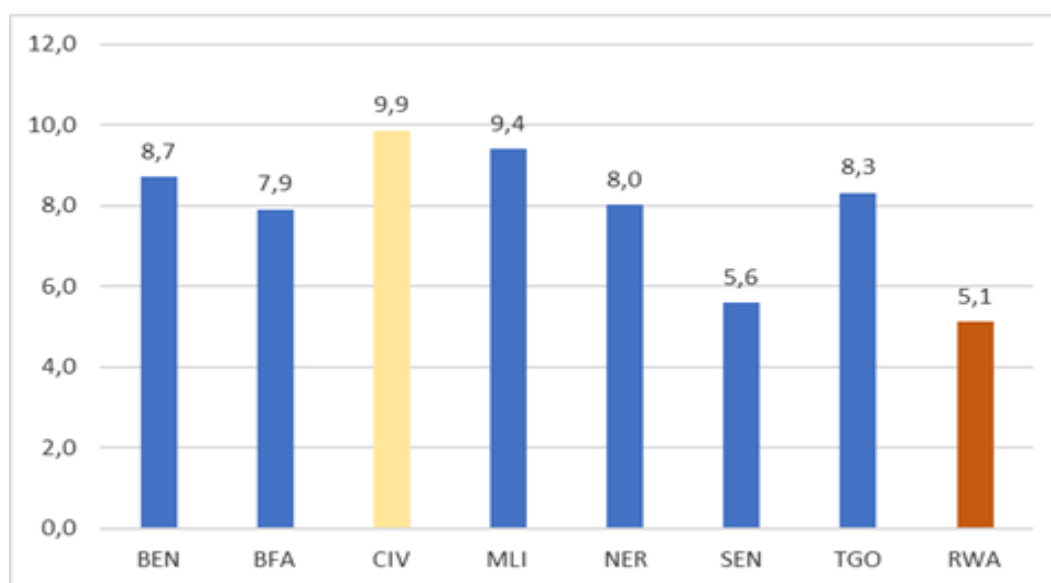
membres des communautés dans lesquelles ils travaillent, après avoir été sélectionnés par elles. Ils sont encadrés et supervisés par les agents de santé des ESPC (infirmier et ou sage-femme).

Enfin, il existe un secteur en pleine extension de **médecine traditionnelle** dont l'exercice et l'organisation sont réglementés par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles par le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016. Le répertoire national des PMT a enregistré en 2020, 7020 praticiens<sup>10</sup>.

### 1.3.2 Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est marqué par la persistance de diverses situations qui induisent un état de morbidité important. Ces situations sont en rapport avec, la prévalence de maladies transmissibles, non transmissibles et des maladies tropicales négligées, les grossesses précoces, la sécurité routière, le vieillissement.

En effet, les estimations de la Banque Mondiale font ressortir, pour la Côte d'Ivoire, un niveau de **mortalité générale élevée** se situant à 9,9 pour 1000 personnes en 2020. Ce chiffre qui contraste de loin avec celui du Rwanda (5,1‰), classe la Côte d'Ivoire en tête de liste des pays de l'UEMOA en ce qui concerne la mortalité générale.



**Graphique 3: Taux de mortalité générale dans les pays de l'UEMOA et au Rwanda en 2020<sup>11</sup>**

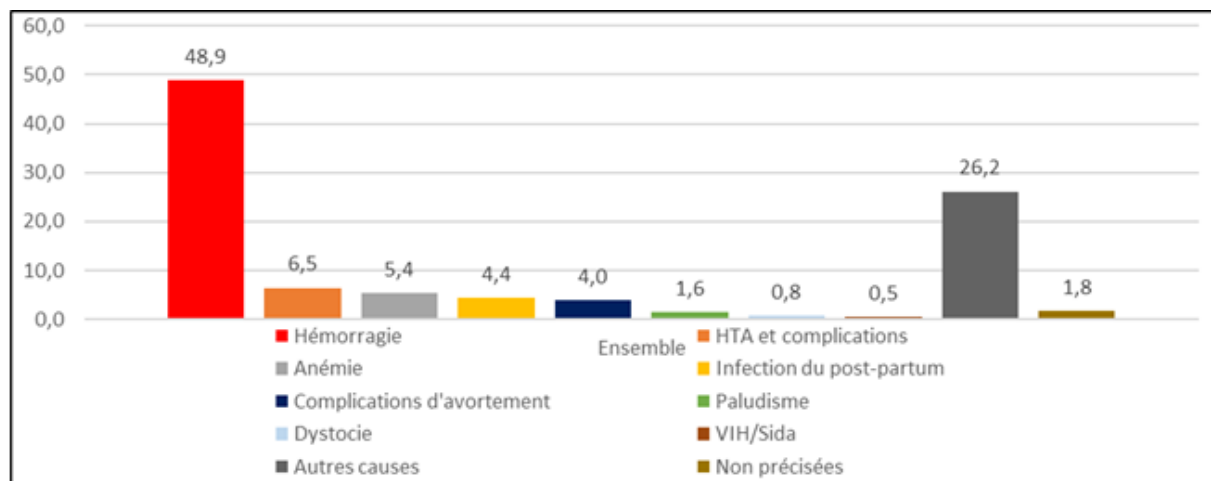
Cette situation peu reluisante est largement tributaire du niveau élevé de mortalité de certains groupes spécifiques notamment les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de 5 ans, les adolescents et jeunes et les personnes âgées.

**La santé de la mère** demeure préoccupante et constitue l'une des priorités du Gouvernement ivoirien. En effet, en dépit des efforts consentis par l'Etat et les partenaires, le taux de mortalité

<sup>10</sup> Répertoire national des PMT, de leurs pratiques et des pathologies traitées, 2020

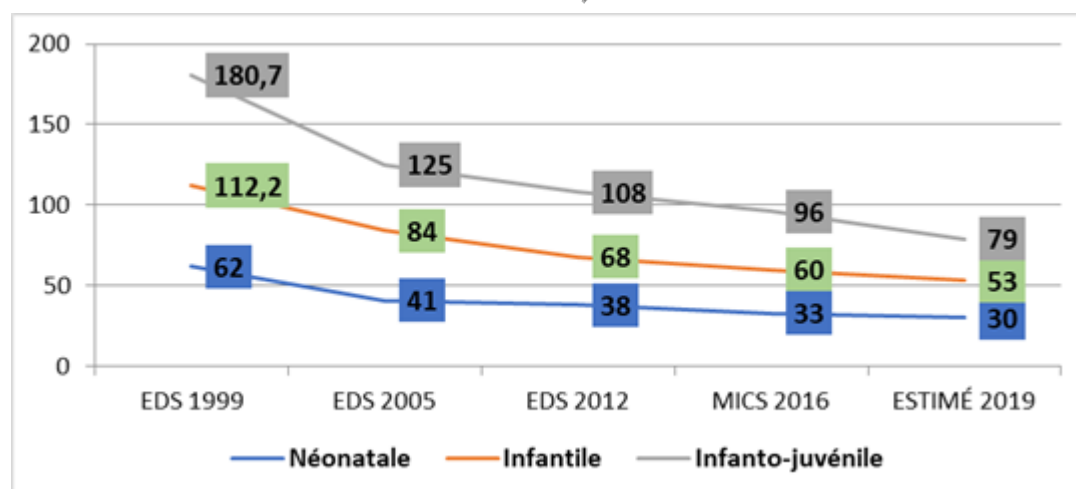
<sup>11</sup> [www.donnees.banquemondiale.org](http://www.donnees.banquemondiale.org)

maternelle reste élevé et se situe à 614 pour 100 000 naissances vivantes<sup>12</sup>. Les hémorragies représentent la première cause identifiée des décès maternels notifiés (environ 50%). Les HTA (Hypertensions Artérielles) et complications représentent la deuxième cause identifiée de ces décès maternels notifiés. Les autres causes non spécifiées représentent près du tiers des décès maternels notifiés.



**Graphique 4: Répartition des décès selon les causes, 2017-2020<sup>13</sup>**

*La santé des nouveaux nés et des enfants* demeure également préoccupante avec des niveaux de mortalité par groupe spécifique élevés.



**Graphique 5: Evolution des indicateurs de la mortalité des enfants de 1999 à 2019 (en %)**

Bien que le taux de *mortalité infanto-juvénile* en Côte d'Ivoire diminue à un rythme plus rapide que lors de la dernière décennie (2005 : 125‰ ; 2012 : 108‰), il reste élevé, à 96 ‰ en 2016, selon la MICS-5 et estimée à 79‰ en 2019. Le taux de mortalité infanto-juvénile se situe encore à plus de 10 points au-dessus de la moyenne en Afrique subsaharienne (78 ‰).

<sup>12</sup> EDS MICS 2011-2012

<sup>13</sup> Rapport Surveillance des décès maternels périnataux et riposte 2017-2022



La *mortalité infantile* a connu la même tendance. Elle a été réduite de trente et un (31) point, passant de 84‰ en 2005 à 68‰ en 2012 et 60‰ en 2016 et serait, selon les estimations, de l'ordre de 53‰ en 2019<sup>14</sup>.

Quant à la *mortalité néonatale*, la baisse reste moins importante. Elle a été réduite de huit (8) points sur la même période, passant de 41‰ en 2005 à 38‰ en 2012 et 33‰ en 2016 (MICS 2016), puis serait de 30‰ en 2019 d'après les estimations<sup>15</sup>. Elle représente la moitié de la mortalité infantile, et le tiers de celle des enfants de moins de cinq ans.

En 2020, sur 697 473 naissances enregistrées dans les structures publiques, 21 127 mort-nés ont été enregistrés soit une proportion de 3,03%<sup>16</sup>.

Il faut noter que plus d'un tiers des décès des enfants de moins de cinq ans (38,9 %) survient au cours des 28 premiers jours de leur vie. Les principales causes de la mortalité néonatale sont la prématurité (30,1%), l'asphyxie et le traumatisme néonatal (27,6%), la septicémie (20%), la pneumonie (6,7%) et les anomalies congénitales (6,5%)<sup>17</sup>.

De plus, selon les dernières estimations du Groupe d'estimations épidémiologiques chez la mère et l'enfant (MCEE) en 2017, le pourcentage de décès liés aux infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de 5 ans était de 14,4%, contre 17% en 2016. Les données de routine indiquent que le taux d'incidence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 175,01‰ en 2016 à 167,44‰ en 2020, avec un maximum dans les régions sanitaires de Bélier (252,54 ‰), du Gbêkê (241,89‰) et de la Marahoué (227,69 ‰) et un minimum dans le Béré (85,87 ‰), et le Tchologo (96,74 ‰).

Toujours selon les dernières estimations du MCEE, en 2017, le pourcentage de décès liés aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans était de 9,9 %, contre 9% en 2016. Les données du RASS montrent que l'incidence des diarrhées est passée de 88,51‰ en 2016 à 61,31‰ en 2020.

**La santé des adolescents et jeunes**, qui représente en 2021 30,2% de la population générale (estimation RGPH 2021), est marquée par une morbidité accrue dont les principales causes sont : i) le paludisme, ii) les infections respiratoires aiguës, iii) les cas de diarrhées, iv) les Infections sexuellement transmissibles et v) l'anémie. L'incidence des infections sexuellement transmissibles est passée de 8 001 en 2016 à 11 965 en 2020, soit une augmentation de 49,54%<sup>18</sup>. Celles du Paludisme et des infections respiratoires aiguës représentaient en 2020 respectivement de (41%) et de (16%) de la morbidité générale chez les adolescents et jeunes.

En ce qui concerne les grossesses précoces, la MICS indique que plus d'une adolescente sur quatre (26,1 %) a commencé à avoir des enfants. 21,1 % d'entre elles ont eu au moins un enfant et 5 % ont été enceintes pour la première fois. Les grossesses précoces chez les adolescentes

<sup>14</sup> United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', United Nations Children's Fund, New York, 2020.

<sup>15</sup> United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'Levels & Trends in Child Mortality: Report 2020, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', United Nations Children's Fund, New York, 2020.

<sup>16</sup> RASS 2020

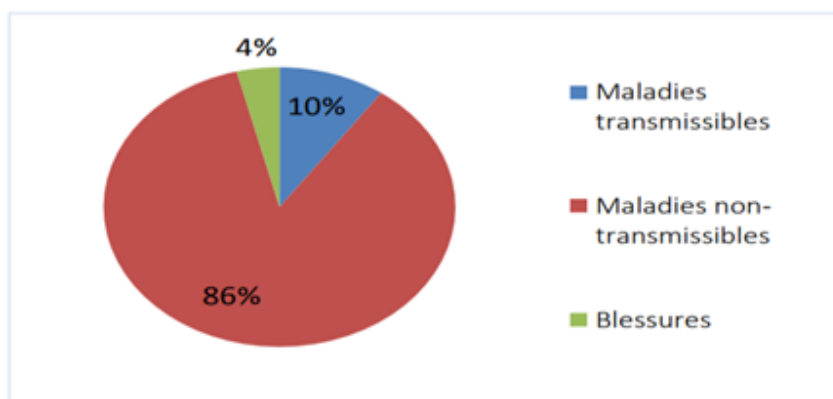
<sup>17</sup> United Nations Children Funds (UNICEF), 2019, Analyse de la Situation des Enfants et des femmes en Côte d'Ivoire : SitAn 2019

<sup>18</sup> Rapport PNSSU-SAJ 2020



sont plus fréquentes chez les plus pauvres (50,2 %), dans les régions du Nord-Ouest (47,1 %) et de l'Ouest (44,1 %), chez les adolescentes n'ayant jamais été scolarisées (39,4 %) et chez celles vivant en milieu rural (38,4 %).

Aussi, pour *les personnes âgées de plus de 60 ans*, selon les projections de l'Institut National de la Statistique, ils représentent 4% de la population générale (estimation RGPH 2021). En 1998, ils étaient de 606 550. Ainsi entre 1998 et 2020, le nombre de personnes âgées s'est accru de 2,6% en moyenne chaque année. Ce rythme devrait s'accroître au fur et à mesure de la baisse de la fécondité. D'où la nécessité de cerner les problèmes sanitaires relatifs au vieillissement actuel de la population de la Côte d'Ivoire de sorte à adopter les mesures idoines. Ceci d'autant plus que l'espérance de vie estimée à 58 ans en 2019 par la Banque Mondiale, traduit les difficultés de survie des personnes au-delà de 60 ans.



Source: Estimations sanitaires mondiales, OMS.

### Graphique 6: Causes de décès dans le monde parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus, 2015

En l'absence de données nationales spécifiques actualisées, les estimations de l'OMS datant de 2015 montrent que 86% des personnes âgées décèdent du fait de maladies non transmissibles.

**En matière de nutrition**, la Côte d'Ivoire est confrontée au triple fardeau de la malnutrition marquée à la fois par la persistance de i) la sous-nutrition ; ii) des carences en vitamines et micronutriments et iii) l'accentuation de la surnutrition. La malnutrition infantile constitue l'une des principales causes de la mortalité infantile.

Concernant la *sous-nutrition*, elle se manifeste sous plusieurs formes. Il est à noter qu'en 2016, la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance (malnutrition chronique) était de 21,6% soit environ 800 000 enfants (MICS 2016). Ce taux cache des disparités régionales et demeure plus élevé dans le Nord (29,6%), le Centre-Ouest (28,7%) et le Nord-Ouest (27,7%).

L'incidence nationale de la *malnutrition aiguë* globale chez les enfants de moins de 5 ans est passée de 12,39‰ en 2016 à 9,39‰ en 2020. La prévalence de la malnutrition aiguë chez les PVVIH est passée de 25,4% en 2015 à 10% en 2020. En ce qui concerne les orphelins et enfants vulnérables (OEV), la prévalence a régressé passant de 10,5% en 2015 à 7% en 2020.

La proportion nationale d'enfants présentant une *hypotrophie néonatale* (un poids inférieur à 2 500 g à la naissance) est passée de 11,83% en 2016 à 9,90% en 2020. En 2020 les régions sanitaires présentant les proportions les plus élevées d'hypotrophie néonatale sont : le Kabadougou (14,73%), le Béré (13,07%) et l'Iffou (12,70%). Les régions sanitaires d'Abidjan 1 et Abidjan 2 avec 7,49% et des Grands Ponts avec 7,60%, enregistrent les proportions d'hypotrophie néonatale les moins élevées. Aussi, le taux d'allaitement maternel exclusif s'est accru de 12,1% à 23,5%. La proportion de nourrisson mise au sein dans l'heure qui suit la naissance a augmenté de 30,8% à 36,6%.

On note aussi que 7,8% des femmes âgées de 15-49 ans et 14,7% des adolescentes (15-19 ans) souffraient de maigreur<sup>19</sup>.

S'agissant de *la surnutrition* (surpoids et obésité), la proportion des femmes de 15-49 ans en surpoids (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>) est de 19,4% et celles souffrant d'obésité (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) est de 10,1%. Le risque de surpoids ou d'obésité est en augmentation pour les femmes quel que soit leur milieu social mais il est particulièrement élevé parmi les femmes des ménages les plus riches (44,1%) et celles vivant à Abidjan (43%) ou en milieu urbain (38,9%). L'obésité infantile a reculé de 3% à 1,5% entre 2012 et 2016. Compte tenu de l'urbanisation croissante et de la transition nutritionnelle en cours, les cas de surpoids et d'obésité risquent toutefois de se multiplier chez les enfants et les adolescents dans les années à venir.

Pour les *carences en micronutriments*, 66,4% des femmes de 15-49 ans souffraient d'anémie, dont 72,9% en milieu rural. La proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'anémie (hémoglobine < 8 g/dl) était de 16,4% mais atteignait 28,4% pour les enfants âgés de 12 à 17 mois et 26,3% pour ceux de 18 à 24 mois. Bien qu'il n'y ait pas eu d'études récentes sur le sujet, il est probable que des carences en vitamine A et en iode continuent d'affecter un nombre important de femmes en âge de procréer, d'enfants et d'adolescents<sup>20</sup>.

Au niveau de la *sécurité alimentaire*, la prévalence des PVVIH en insécurité alimentaire a connu une augmentation passant de 8,8% en 2015 à 19,2% en 2020. Toutefois une réduction remarquable de la forme sévère d'insécurité alimentaire est constatée chez la même cible avec des prévalences respectives de 4,1% en 2015 et 1,5% en 2020<sup>21</sup>.

**La prévalence nationale observée du VIH** était de 2,5% chez les 15-49 ans en 2017 selon l'enquête CIPHA 2017 (3,6% chez les femmes et 1,4% chez les hommes), quant aux estimations 2020, cette prévalence chez la même tranche d'âge était estimée à 2,39% (3,32% chez les femmes et 1,46% chez les hommes) en fin 2019.

L'épidémie de VIH reste généralisée avec 102 des 113 districts sanitaires du pays qui ont une prévalence supérieure à 1% et concentrée chez les populations clés avec une prévalence plus

<sup>19</sup> MICS 2016

<sup>20</sup> ESNAPOCI 2015, 2020

<sup>21</sup> ESNAPOCI 2015, 2020

élevée (3,9% chez les TS<sup>22</sup>, 6,4% chez les HSH<sup>23</sup>, 3,4% chez les UD<sup>24</sup>, 2,6% chez les populations carcérales<sup>25</sup>).

Les adolescentes et jeunes femmes sont exposées de façon disproportionnée par rapport aux hommes, avec le taux d'incidence moyen du VIH le plus élevé (1,24‰) observé chez les jeunes femmes (20-24 ans). Le nombre de PVVIH (tous âges confondus) était estimé à 428 827 en fin 2019, dont 64,5 % de femmes. Le nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH était estimé à 31 662 (7,4% des PVVIH), seule tranche d'âge avec un sex-ratio équilibré (16 087 garçons pour 15 576 filles). Les nouvelles infections par le VIH (tous âges confondus) étaient estimées à 12 187, dont 7 211 femmes (59,1%) et les décès liés au sida (tous âges confondus) étaient estimés à 12 893, dont 6 551 femmes (50,1%) en 2019. Le taux de TME du VIH y compris la période de l'allaitement était de 10,9% en 2019.

En ce qui concerne *les IST* autres que le VIH, il n'existe pas d'étude épidémiologique récente pour la prévalence chez les adolescents en Côte d'Ivoire, ni de données de routine ventilées par tranche d'âge permettant de déterminer le taux d'incidence chez les 10-19 ans ou les 15-19 ans. Le système d'information sanitaire ne fournit en effet le taux d'incidence que pour les « 15 ans et plus » qui s'élevait, en 2020, à 23,33‰ sur le plan national, avec un maximum dans les régions sanitaires de Worodougou (67,22 ‰), Kabadougou et Bafing (57‰) et un minimum dans les régions sanitaires de Tonpki (15,81‰) et du Guémon (11,21‰)<sup>26</sup>.

Les statistiques du PNSSU-SAJ indiquent que le nombre d'IST diagnostiquées dans les services de santé scolaire et universitaire a augmenté de 50% entre 2014-2015 (6 538 cas) et 2018-2019 (9 767 cas).

**La morbidité liée au paludisme** demeure un fardeau pour le système sanitaire et le développement du pays en dépit des progrès enregistrés. En effet, selon le RASS, l'incidence du paludisme dans la population générale est passée de 154,58‰ en 2016 à 173,43‰ en 2020. Chez les enfants de moins de 5 ans, ce taux est passé de 286,87‰ en 2016 à 440,97‰ en 2020. Pour ce qui est du taux de confirmation des cas suspects de paludisme par les tests (TDR / Goutte épaisse), il est passé de 73% en 2016 à 88% en 2019. Le nombre de décès liés au paludisme dans la population générale rapporté en routine a connu une régression passant de 3340 en 2016 à 1315 en 2020<sup>27</sup>.

**Le taux de notification de la tuberculose** est de 74,53 pour 100 000 habitants pour les nouveaux cas et rechutes de toutes formes en 2020. Il est en baisse par rapport à celui de 2016, estimé à 89 cas pour 100 000 habitants. De plus, sur 19 717 cas notifiés de tuberculose toutes formes confondues (nouveaux cas et rechutes), 19 459 ont été testés pour le VIH soit 98,69%. Parmi eux, 2 851 ont été déclarés positifs soit 14,65% de coinfection TB/VIH (RASS 2020). La prévalence de la tuberculose chez les usagers de drogues est de 9,8% selon le rapport d'étude réalisée en 2016-2017 par le PNLTP. Le taux de perdus de vue au cours du traitement est passé

22IBBS TS, 2020 /

23IBBS HSH, 2020

24IBBS UD, 2020

25Etude AS prison 2017, Mai 2020

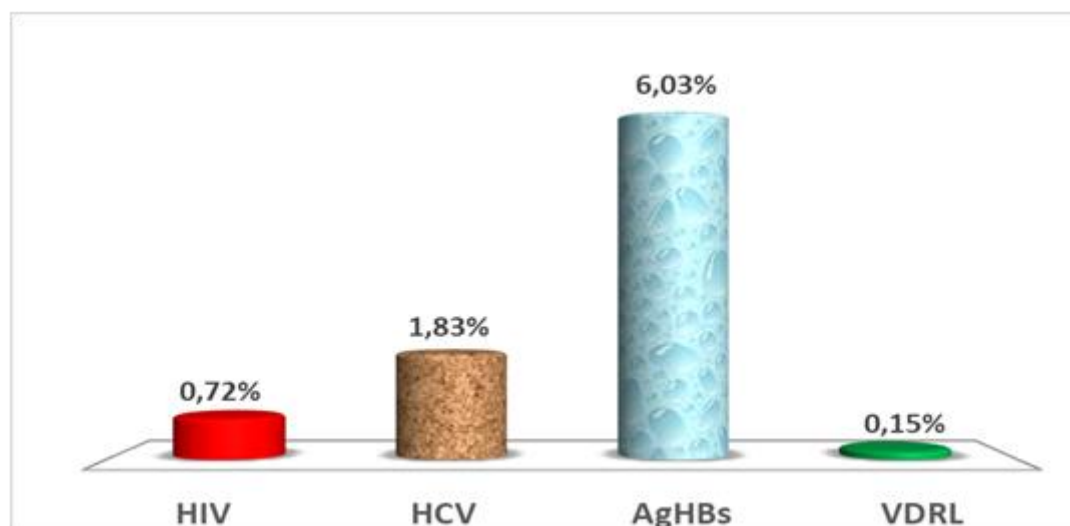
26 RASS 2018

27 Rapport PNLTP 2016-2020

de 54% en 2016 à 3% en 2019 et le taux de décès est resté constant à 9% entre 2015 et 2017<sup>28</sup>, avant de connaître une hausse en 2019 avec un taux de 14,72%.

Malgré une prévalence d'environ 12% du VHB et 5% du VHC, le dépistage et la prise en charge *des hépatites virales B et C* demeurent très limités<sup>29</sup>.

Une étude montre que la majeure partie des rejets de donneurs de sang dus aux marqueurs sérologiques était le fait des hépatites virales : hépatite B : 6,03% et hépatite C : 1,83%. Le VIH constituait 0,72% des rejets et la syphilis avec 0,15%. L'hépatite virale B demeure la principale cause de rejet des produits sanguins et des donneurs de sang en Côte d'Ivoire.<sup>30</sup>



### Graphique 7: Répartition des marqueurs sérologiques au niveau national causes de rejet chez les donneurs de sang

*Les maladies à potentiel épidémique et les urgences de santé publique* font l'objet d'une surveillance régulière permettant une alerte précoce, l'investigation des cas et la prise en charge.

En 2020, la Côte d'Ivoire a enregistré 2 776 cas suspects de rougeole dont 516 cas confirmés, 123 cas suspects de méningite dont 30 cas confirmés et 1 494 cas suspects de fièvre jaune dont 15 cas confirmés. En ce qui concerne la grippe et le choléra, il a été enregistré respectivement 2 846 cas suspects avec 217 cas confirmés et 10 cas suspectés dont 0 cas confirmés. Par ailleurs, l'émergence de nouvelles épidémies telles que la Maladie à Virus Ebola (MVE), le Zika, le Lassa, la dengue et plus récemment la pandémie liée à la Covid 19 pour laquelle la Côte d'Ivoire a enregistré 22 362 cas positifs au cours de l'année 2020 sur 217 534 échantillons prélevés, soit un taux de positivité de 10,28%, appelant ainsi au renforcement du dispositif de surveillance et de rapportage des cas et du réseau de laboratoire national, du dispositif de riposte/réponse et de la lutte antivectorielle.

Les décès causés par les maladies non transmissibles représentent 37% de l'ensemble des décès enregistrés, avec comme principales causes les affections cardiovasculaires (15%), les AVP

28 Rapport PNLT 2015 à 2017

29 Journal Africain d'Hépatologie-Gastroentérologie, 2015, 9 (3), p. 94-98. ISSN 1954-3204

30 Rapport CNTS, 2018

(10%), le cancer (4%), les maladies respiratoires chroniques (2%), le diabète (2%) et les autres MNT (14%).<sup>31</sup>

La prévalence du *diabète et de l'HTA* reste importante chez les personnes âgées de 20 à 79 ans avec des taux respectifs de 6,2% et de 39,92%<sup>32</sup>.

La prévalence nationale de la *drépanocytose* est de 12%<sup>33</sup>.

En ce qui concerne les *cancers*, l'observatoire mondial du cancer (Globocan) relève qu'en 2020, le nombre de nouveaux cas de cancer est de 17 300 et le nombre de décès est de 11 760 en Côte d'Ivoire.

La prévalence de *l'insuffisance rénale* chronique est de 39% chez les populations de 60 ans et plus<sup>34</sup>.

Concernant l'un des facteurs de risque de ces maladies, selon l'enquête MICS 2016, la *prévalence du tabagisme* était de 17,1 % chez hommes et de 0,6% chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. Selon la même source, la prévalence de la consommation d'alcool était de 33,2% chez les hommes et de 12,5% chez les femmes.

En milieu scolaire, l'enquête nationale sur l'usage de *substances psychoactives* et la santé réalisée en 2018 a montré que 29% des élèves avaient consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 18,7% des élèves avaient consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours précédents l'enquête et que 25% des élèves ont été au moins une fois en état d'ébriété. Par ailleurs 2,5% des élèves avaient consommé du cannabis.

**La prévalence des déficiences visuelles** est de 16,9%. Les principales causes de déficiences visuelles sont les troubles de la réfraction non corrigée (41,36%), la cataracte (33,44%), le glaucome (4,94%), l'opacité cornéenne (2,41%), la rétinopathie diabétique (0,42%), la cécité infantile et autres causes (11,46%) et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) (2,90%)<sup>35</sup>.

**Le taux de mortalité liée aux accidents de la route** de 2013 à 2016, n'a pas baissé de façon significative. Le nombre d'accidents de la voie publique (AVP) est passé de 6000 par an de 2002 à 2011 à 9000 par an de 2012 à 2015 soit un accroissement annuel de 12,96%. Le nombre de décès par AVP est passé de 600 par an à 840 par an sur les mêmes périodes soit un taux d'accroissement de 21,85%. En matière de *sécurité routière*, les statistiques montrent qu'en Côte d'Ivoire le taux de décès reste encore élevé selon le dernier rapport disponible diffusé en 2019<sup>36</sup>.

**S'agissant des maladies tropicales négligées**, pour le *groupe à chimiothérapie préventive* (MTN-CP), l'endémicité des maladies en fonction du nombre de districts sanitaires est répartie dans le tableau ci-dessous.

31 Source OMS profils des pays pour les MNT, 2018

32 Enquête PREVADIA 2017

33 PSI 2015-2019

34 Source de Néphrologie du CHU de Yopougon, 2018

35 Rapport d'activité du PNSO

36 Bilan de la sécurité routière : exposé 2019 des statistiques par pays

**Tableau 4: Endémicité des maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive**

MTN Indicateur	Filariose lymphatique	Onchocercose	Schistosomiase	Géo helminthiases	Trachome
Nombre de districts sanitaires endémiques	99	97	113	113/40*	40
Nombre Total de districts sanitaires cartographiés	113	113	113	113	57**
Proportion d'endémicité	83,92%	85,84%	100%	100%	70,17%

\*nombre de districts nécessitant un traitement.

\*\* nombre de districts cartographiés à ce jour

Pour ce qui est des MTN à prise en charge des cas :

Le nombre de cas de *lèpre* dépistés a continué à baisser jusqu'à atteindre 515 cas en 2020 contre 650 cas en 2018. Ces cas ont été dépistés dans 53 districts sanitaires. L'on note une persistance des infirmités de degrés 2 (20,97% en 2020), ce qui traduit une détection tardive des cas.

L'incidence en 2020 de *l'ulcère de Buruli* est de 0,88 pour 100 000 habitants contre 2 cas pour 100 000 habitants en 2016<sup>37</sup>. En 2020, 232 cas d'ulcère de Buruli ont été dépistés dans 25 districts sanitaires. Sur cette même période, 1 538 nouveaux cas de Pian ont été notifiés soit une incidence de 5,81 pour 100 000 habitants contre 6,51 pour 100 000 habitants en 2016.

On note qu'aucun cas de *dracunculose* (ver de Guinée) n'a été confirmé depuis 2017 (RASS 2020). Le statut de pays certifié libre de transmission de la dracunculose a donc été maintenu. Compte-tenu de l'endémicité du ver de Guinée dans les pays voisins, le risque de réinfestation du pays demeure. La surveillance post-éradication doit être poursuivie dans tout le pays, notamment dans les 40 districts anciennement endémiques et les districts qui font frontières avec le Mali. Depuis 2016, la Côte d'Ivoire notifie moins de 10 cas de *THA* par an localisés essentiellement dans la région sanitaire de la Marahoué.

#### 1.4. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE D'ÉLABORATION DU PNDS 2021-2025

*Le processus d'élaboration du PNDS 2021-2025 a été participatif*, inclusif et motivé par une appropriation plus accentuée afin de disposer d'un document innovant et répondant aux besoins réels des populations. Il a regroupé l'ensemble des acteurs du secteur de la santé : i) le secteur public, ii) le secteur associatif et communautaire, iii) le secteur privé et (iv) les partenaires au développement. Les clients ou usagers du système étaient représentés par des associations de consommateurs et de malades.



***Ce processus a été guidé par les principes*** de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) faisant intervenir des outils de planification stratégique notamment l'analyse causale, l'analyse des Forces-Faiblesses et Opportunités-Menaces, l'analyse des parties prenantes et les principes de la programmation basée sur l'équité, le genre et les risques.

L'élaboration du PNDS 2021-2025 a été conduite par un Groupe Technique de Travail (GTT-PNDS 2021-2025) mis en place. Les capacités de certains acteurs ont été renforcées en planification stratégique axée sur les résultats.

Ce processus a bénéficié de l'appui technique et financier des partenaires au développement et a été organisé autour de ***plusieurs étapes majeures***, sous forme d'ateliers, d'entretiens et de visites aux structures :

### 1. La préparation et l'élaboration du document

- *Elaboration de la note méthodologique* qui a permis d'identifier l'ensemble des activités nécessaires à l'élaboration du PNDS 2021-2025 et a servi d'instrument de plaidoyer et de mobilisation de ressources auprès des partenaires au développement ;
- *L'évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020* qui a permis d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs fixés ;
- *Revue documentaire* qui a permis de disposer d'informations nécessaires à la rédaction du document et de disposer d'une base d'analyse ;
- *Analyse diagnostique* à travers laquelle les problèmes centraux ainsi que leurs différentes causes ont été identifiés.
- *Développement du cadre stratégique* du PNDS 2021-2025 ayant permis de formuler : i) la vision, les orientations stratégiques et les axes d'interventions devant fonder l'architecture du PNDS 2021-2025 ; ii) les différents niveaux de résultat (impact, effets et produits) du PNDS 2021-2025 assortis d'indicateurs pertinents tout en s'assurant de leur alignement au PND 2021-2025 et iii) les différentes actions prioritaires du PNDS 2021-2025 pour les cinq prochaines années.

### 2. La budgétisation du document

Elle a été faite à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation « One Health Tool » (OHT). Le processus de budgétisation du PNDS 2021-2025 a consisté en :

- *la formation* d'une équipe technique à l'utilisation de cet outil ;
- *la collecte* des données auprès des structures du MSHPCMU et des autres ministères techniques (Plan, Budget) et
- *l'intégration des données* dans l'outil.

Les données utilisées proviennent essentiellement des plans stratégiques les plus récents des différentes structures du MSHPCMU (les composantes du système de santé et programmes).

### 3. L'élaboration du plan de suivi et évaluation

Pour faciliter la mise en œuvre des principales actions du PNDS 2021-2025, le *plan de suivi-évaluation* a été élaboré à travers un processus participatif. Son élaboration s'est faite en deux étapes.



- *le diagnostic du système de planification de suivi et évaluation du PNDS 2016-2020* de façon participative couplée à une revue documentaire, des entretiens individuels et des enquêtes (quantitative et qualitative).
- *l'élaboration du cadre de suivi* des indicateurs et des outils de collecte de données et de rapportage du PNDS 2021-2025.

#### 4. La validation et la diffusion

- *La validation du PNDS 2021-2025*, et de son Plan de Suivi-Evaluation ont été faite de façon consensuelle au cours d'ateliers de validation avec les principales parties prenantes du secteur dans le cadre d'une synergie intersectorielle.
- *La diffusion* se fera à travers le partage du document aux parties prenantes, tant au niveau central qu'au niveau régional, des ateliers d'orientations ont été organisé à leur endroit afin d'assurer une meilleure appropriation par les acteurs.

La méthodologie de rédaction du PNDS s'est appuyée sur **l'analyse des résultats de performances du PNDS 2016-2020**. Ceux-ci indiquent que des progrès ont été réalisés dans différents domaines, surtout ceux en relation avec les Objectifs du Développement Durable (ODD). Cette analyse montre, néanmoins, qu'il reste des efforts à fournir non seulement pour consolider les acquis mais pour poursuivre le renforcement des interventions en vue d'atteindre des ODD à l'horizon 2030. Les principales leçons apprises au terme de la mise en œuvre de ce plan sont nombreuses. Certaines sont de bonnes pratiques et d'autres constituent des faiblesses nécessitant des orientations stratégiques qui s'inscrivent dans une approche de défis pour l'atteinte des objectifs du PNDS 2021-2025.

En matière *de leçons apprises en termes de réussites et de bonnes pratiques*, l'approche de mise en œuvre du PNDS 2016-2020 est une excellente leçon apprise. En effet, elle s'appuie sur des plans stratégiques sous-sectoriels. Cette approche a permis aux structures nationales de renforcer leurs capacités en ressources humaines et en équipements. Elle a également permis d'améliorer la mobilisation de ressources au profit du secteur et la lisibilité des interventions des partenaires au développement. En termes de financement du PNDS, des initiatives nouvelles ont été saisies et elles ont permis de financer certaines interventions notamment celles couvrant le couple Mère-enfant. A titre d'illustration, on peut citer le projet PRSSE (2016-2020) avec ses différentes composantes qui a permis la mise à niveau de l'offre de soins à travers des réhabilitations et équipements des structures et l'amélioration de la qualité des soins à travers la mise en place du financement basé sur la performance (FBP). La mise en œuvre des gratuités ciblées ainsi que la CMU ont contribué à rendre accessibles les prestations de soins et services au profit des ménages pauvres. Toutefois l'amélioration de la coordination des interventions des partenaires en termes d'harmonisation et de synergie et une meilleure allocation des fonds de l'aide extérieure pourrait être plus efficace pour mener progressivement le pays vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Enfin, en termes de lutte contre la maladie, l'utilisation des TIC a permis de renforcer la riposte contre la COVID-19 à travers la formation du personnel de santé et l'assistance aux populations à distance en maintenant l'offre de service pour certains patients souffrant de pathologies chroniques. Cette approche à travers les TIC a contribué à réduire l'impact de la COVID 19.

Pour les *leçons apprises en termes de faiblesses*, la mise en œuvre du PNDS a enregistré également des faiblesses qui constituent des points d'amélioration.

En termes de Gouvernance et leadership, le déficit d'harmonisation des interventions entre le niveau central et régional n'a pas favorisé une bonne articulation de la mise en œuvre des activités prioritaires. La faible appropriation du PNDS par les différents niveaux de la pyramide sanitaire (niveau central, régional et districts) a constitué des goulots d'étranglement majeurs dans la mise en œuvre du PNDS ;

Le suivi de la mise en œuvre du PNDS a été rendu difficile d'une part par l'absence d'un cadre de performance qui met en exergue la corrélation entre les indicateurs et les interventions et d'autre part, du fait de l'absence d'un cadre de gestion et de coordination de la mise en œuvre du PNDS. Cela a entravé la synergie d'action entre les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PNDS (Etat, structures déconcentrées, partenaires techniques et financiers, collectivités territoriales, société civile...) et contribué à une lecture moins évidente de l'évaluation de la performance du PNDS ;

En matière de financement, l'absence de cadre budgétaire précisant les sources de financement et les engagements financiers nationaux et internationaux a rendu difficile l'analyse de la contribution des différents acteurs au financement des interventions du PNDS. En outre l'absence de cadre de coordination d'allocation et d'utilisation des ressources financières mobilisées n'a pas permis d'apprécier l'alignement des ressources des partenaires autour des priorités du PNDS.

En matière d'information sanitaire, la documentation des enseignements issus de la mise en œuvre des programmes est à renforcer pour mieux cibler les stratégies efficaces de même que la documentation des expériences pilotes mais aussi généralisées pour éclairer les décisions stratégiques et opérationnelles.

Le processus d'élaboration du présent PNDS a été confronté à *certaines limites*. Certes, il s'est efforcé de respecter l'exigence de la disponibilité d'informations crédibles et référencées à travers une documentation exhaustive issue des différents domaines couverts par le secteur de la santé et d'autres secteurs impliqués dans l'orientation stratégique du PNDS. Cependant, l'indisponibilité de certaines données actualisées a rendu difficile l'affinement de l'analyse diagnostique et les projections des cibles de certains indicateurs. A titre illustratif, le taux de mortalité maternelle utilisée (614/100 000) est une projection de l'EDS 2012 faute de donnée récente. De plus, concernant la gouvernance, en dehors de l'étude sur la gouvernance réalisée en 2014, aucune donnée factuelle n'est disponible pour savoir si les déficits constatés se sont résorbés ou ont persistés.

En outre, certaines informations financières utilisées sont issues des comptes nationaux de la santé de 2017-2018. Mais elles ont le mérite de fournir une lecture de la situation sanitaire de la côte d'ivoire et elles permettent aisément de mettre en exergue les nombreux défis auxquels le présent PNDS s'attache à faire face pour les cinq prochaines années.

## 2 DEUXIEME PARTIE : DIAGNOSTIC STRATEGIQUE

L'analyse de la persistance des problèmes de santé faite à travers les sept piliers d'un système national de santé (Gouvernance, Financement, Information Sanitaire, Ressources Humaines, Infrastructures, Médicaments et technologies, Prestations) se fera sous quatre angles : **i) les performances institutionnelles ; ii) les ressources du système de santé ; iii) les prestations des services de santé et iv) la promotion de la santé.**

On identifiera les progrès puis les difficultés ou insuffisances dans chaque domaine.

### 2.1. PERFORMANCES INSTITUTIONNELLES

L'analyse des performances institutionnelles se fera à travers trois domaines : i) la gouvernance sanitaire ; ii) le financement de la santé ; iii) l'information, recherche et innovation en matière de santé.

#### 2.1.1 Gouvernance sanitaire

##### Quelques données probantes :

- Disponibilité de textes réglementaires ;
- Mais mise œuvre des textes tardive, exemple réforme hospitalière votée en 2019, premier décret en 2021
- Cinq (5) Plans Stratégiques élaborés de 1996 à 2020
- 3 ESPC sur 4 ne disposent pas de textes régissant le fonctionnement des COGES<sup>38</sup>

##### 2.1.1.1 Progrès réalisés

*Concernant le cadre institutionnel et organisationnel*, le Ministère en charge de la Santé a mis en œuvre des politiques, lois et règlements, développé des orientations stratégiques et des mécanismes de suivi de la performance du secteur. Les résultats d'analyse seront tirés de l'étude portant sur l'évaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire réalisée en 2014<sup>38</sup>.

Au plan juridique, l'organisation du système de santé a connu un développement majeur avec l'adoption de la loi portant Orientation de la Politique de Santé Publique et l'élaboration d'un projet de loi portant code de santé publique. Ces textes généraux viennent clarifier la vision gouvernementale sur l'organisation de la santé dans le pays.

Sous le couvert de ces textes généraux, plusieurs textes d'organisation ont été pris : i) la loi portant réforme hospitalière a été adoptée et promulguée<sup>39</sup>. Elle vient fixer un nouveau cadre d'organisation des soins dans les établissements de santé publics et privés ; ii) la loi créant l'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) prise pour mettre le pays en

<sup>38</sup> Evaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire (2014)

<sup>39</sup> Loi n°2019-678 du 23 Juillet 2019 portant Réforme Hospitalière

conformité avec les directives internationales et régionales, de l’OMS, de l’UA et de l’UEMOA, permettra de redynamiser l’homologation, l’inspection, la surveillance du marché et l’assurance de la qualité des produits pharmaceutiques<sup>40</sup> ; iii) la loi antitabac<sup>41</sup> a été adoptée et promulguée.

S’agissant de la **planification, en Côte d’Ivoire, le secteur de la santé** développe à échéance périodique, des plans nationaux de développement sanitaires exposant les orientations et objectifs stratégiques sectoriels. A côté de ces plans stratégiques sectoriels, les programmes verticaux du secteur élaborent également des plans stratégiques et, pour certains, des plans opérationnels annuels. Les établissements de santé et leurs structures d’encadrement (Directions départementales et Directions régionales) ont l’obligation d’établir des plans d’action.

Le texte d’organisation des établissements de santé non-établissements publics nationaux prévoit que les Centres Hospitaliers Régionaux, les Hôpitaux Généraux et les Centres de Santé Urbains élaborent des projets d’établissement, des plans directeurs et des plans d’action annuels. Le texte instituant le paquet minimum d’activités prévoit que les formations sanitaires du niveau primaire élaborent un plan d’actions annuels.

Les textes d’organisation des attributions des Directions Régionales de Santé (DRS) et Directions Départementales de Santé (DD) prévoient que ces instances élaborent des plans d’actions annuels budgétisés. Au niveau local, les établissements de santé et leurs structures d’encadrement (Directions départementales et Directions régionales) ont l’obligation d’établir des plans d’action annuels adossés au PNDS.

De même, selon la loi portant orientation de la politique de santé publique, le PNDS est décliné au niveau de chaque région en Plan Régional de Développement Sanitaire (PRDS), élaboré en collaboration avec les collectivités territoriales et directions régionales de planification.

On note également comme point positif au niveau déconcentré, l’augmentation du nombre de districts et régions sanitaires en 2019 pour suivre le découpage administratif. Ainsi, le passage pour les régions sanitaires de 20 à 33 et les districts sanitaires de 86 à 113 ont pour but d’être au plus près des préoccupations des populations.

De plus, plusieurs documents de normes standards et directives de soins sont régulièrement élaborés.

Aussi dans le cadre du contrôle interne, le Ministère en charge de la santé a réalisé des missions d’inspection et de contrôle au sein de ses structures<sup>42</sup>.

S’agissant de **l’intégration du secteur privé** dans la gestion de la santé, la collaboration avec le secteur privé de la santé se fait à travers la commission paritaire qui a un rôle consultatif. De plus, une plateforme du secteur privé de la santé (PSPSCI) a été mise en place pour renforcer le dialogue entre l’Etat et le secteur privé. Enfin le comité de concertation Etat-secteur privé logé à la primature offre aussi un cadre de dialogue entre le gouvernement et le secteur privé de la santé.

40 Loi n°2017-541 du 5 octobre 2017.

41 Loi n°2019-676 du 23 Juillet 2019 relative à la lutte antitabac en Côte d’Ivoire.

42 Dix-neuf (19) missions d’investigation et de gestion de plaintes transmises par le biais des opérateurs de la Ligne Verte du MSHPCMU de janvier à décembre 2020 ; trente-deux (32) missions d’investigation et d’inspection/contrôle secondaires à des dénonciations et plaintes contre des personnels de santé et des administrateurs d’établissements sanitaires effectuées dans plusieurs localités

**En matière de collaboration**, le secteur de la santé bénéficie de nombreux appuis extérieurs notamment les partenaires multilatéraux (SNU, UE, BM, UA), les partenaires bilatéraux, les initiatives mondiales pour la santé (FM, GAVI, GFF, PEPFAR, AFD...) et les ONG internationales. Pour assurer la coordination de tous ces intervenants et un dialogue politique et stratégique constructif afin d'obtenir plus d'efficacité et d'efficience dans la mise en œuvre des programmes de santé, divers organes de coordination ont été mis en place. Ce sont entre autres la plateforme nationale de coordination du financement de la Santé, le mécanisme de coordination du secteur de la santé, le compact national et le partenariat international pour la CSU 2030.

### 2.1.1.2 Difficultés, barrières et défis

Malgré des efforts certains, il en reste encore à faire pour améliorer **le cadre juridique et institutionnel**. En effet, la revue des textes qui régissent le secteur de la santé laisse apparaître *un vide juridique* concernant certaine disposition. Ainsi, s'il existe des arrêtés qui précisent les attributions, l'organisation et le minimum d'activités à mener au niveau des Directions régionales et des Directions départementales (confère arrêtés n°399, n°400 et n°401 MSHP/CAB du 18 Décembre 2007), ce n'est pas le cas des structures sanitaires.

De plus on note pour les textes existant une *absence ou insuffisance de décrets et autres textes subséquents d'application de certains de ces textes* entre autres :

- Loi n°2019-678 du 23 juillet 2019 portant Réforme Hospitalière
- Loi n°2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales,
- Décret n°94-302 du 1er juin 1994 fixant les modalités de recouvrement de la redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics,
- Décret n°98-379 du 30 juin 1998 portant organisation et fonctionnement des établissements sanitaires publics urbains n'ayant pas le statut d'EPN.

Certains textes règlementaires par contre *nécessitent des corrections ou de révision* pour la prise en compte de nouvelles dispositions qui ont soit été omises soit n'étaient pas applicables lors de son élaboration. C'est le cas des textes relatifs aux COGES, l'étude sur la révision du statut juridique des comités de gestion des établissements sanitaires a relevé des insuffisances<sup>43</sup>. Au nombre de ces insuffisances, on note une grande disparité dans les dispositions de ceux-ci. En effet, aucun d'entre eux, exception faite du décret n°98-379 du 30 juin 1998, ne donne de précisions sur le rôle des COGES et les missions qui leur sont confiées. Il en est de même pour les attributions des membres du COGES, ainsi que pour leurs responsabilités. Ce qui ne permet pas de prévenir et de sanctionner les éventuels dysfonctionnements tels que les détournements de fonds.

Pour ce qui est de **l'application des normes, standards et directives** de soins par les gestionnaires et prestataires, il est noté, (i) une insuffisance d'application de ces standards en raison de leur faible diffusion et (ii) le faible niveau d'appropriation du personnel de santé de ces normes et

43 Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population Côte d'Ivoire (2004). Etude sur la révision du statut juridique des comités de gestion des établissements sanitaires (COGES).

directives. En outre, en dépit de l'existence d'outils et de structures en charge de la coordination de la qualité (DSIM, DMHP et DEPS) et d'organisations internationales spécialisées dans le domaine (CRESAC, AP-HP), la mise en œuvre de l'assurance qualité, de la certification et de l'accréditation en santé n'est pas effective.

**En matière de transparence et redevabilité** des efforts restent encore à accomplir pour assurer une gouvernance exemplaire. Selon une étude portant sur l'évaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire (2014)<sup>44</sup>, la redevabilité vis-à-vis de la hiérarchie et des collectivités est faible. Cette faiblesse est due à une faible proportion de structures sanitaires disposant d'un plan de suivi-évaluation et une insuffisance de la retro-information sur les rapports transmis ainsi qu'une absence de cadre formel de redevabilité entre les collectivités et les services extérieurs du ministère en charge de la santé.

La *redevabilité* vis-à-vis de la population est également assez faible du fait d'une insuffisance de monitoring des établissements de soins et une insuffisance de fonctionnalité des COGES (bénévolat des membres, absence de primes pour les membres, démotivation des membres, insuffisance de formation des membres du COGES).

Dans le cadre de la *participation communautaire*, en dépit de la volonté des autorités de permettre une présence participative de la communauté à travers les COGES, le niveau global de la gouvernance- redevabilité est de 35% justifié en partie par la non-disponibilité des textes (71%) régissant le fonctionnement des COGES des ESPC (3 ESPC sur 4 n'en disposent pas). Il s'agit surtout des décrets, arrêtés interministériels et ministériels, arrêtés préfectoraux de formalisation des COGES.

**En matière de corruption**, le constat est moins reluisant. Le rapport d'évaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire cité plus haut (2014)<sup>45</sup> dresse une situation alarmante. Les conclusions de l'étude indiquent que 75% des CHU et 75% CHR/ HG n'utilisent pas d'ordonnance facture. Cette situation est plus prononcée au niveau des ESPC dont le taux de non-utilisation des ordonnances facture s'élevait à 93%.

Il ressort de la même étude que 44% des personnes interviewées avaient déclaré avoir été victimes de paiements informels. L'étude précise que 39% des paiements informels se sont faits dans les CHU, 48% dans les CHR/HG et 43% dans les ESPC. Les inducteurs de ces faits sont l'insuffisance d'information (les coûts des différentes prestations ne sont pas affichés), le délai d'attente trop long, l'absence de mécanisme de suivi des stratégies de lutte contre la corruption par la hiérarchie, l'insuffisance de contrôle et d'une volonté de la population à dénoncer ces pratiques. Bien que cette étude ait été réalisée en 2014, il semblerait que la situation n'ait pas évolué quand on considère les plaintes des populations.

**En matière d'organisation et de régulation**, le secteur peine à assurer une gouvernance adéquate pour créer des conditions favorables et un cadre cohérent de mise en œuvre des interventions.

44 Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. République de Côte d'Ivoire (2014). Evaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire.

45 Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. République de Côte d'Ivoire (2014). Evaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire.



La coordination des interventions enregistre : i) une insuffisance dans la fonctionnalité des organes de gestion (ERS, ECD, COGES), ii) une absence d'un document de politique de décentralisation en matière de santé ; iii) une faible collaboration avec les collectivités territoriales due à une absence des textes d'application de la loi n° 2003-208 du 07 juillet 2003.

En matière de *planification*, bien que l'exercice de planification stratégique soit une pratique régulière au sein du système de santé, il est à noter l'inexistence d'un cycle harmonisé de planification et de budgétisation. Cette situation est due à l'absence de directives relatives au cycle de planification opérationnelle mettant en rapport les objectifs stratégiques nationaux et les plans sous sectoriels d'une part et le cycle de planification avec le calendrier budgétaire national d'autre part. Cette situation a pour conséquence une non articulation des plans sous sectoriels produits par les différents acteurs de mise en œuvre, avec les PNDS.

Par ailleurs, on note également une insuffisance de la déclinaison des objectifs nationaux en objectifs régionaux dans des Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) au niveau des régions sanitaires élaborés en collaboration avec les collectivités territoriales.

En ce qui concerne le suivi, le PNDS 2016-2020 est accompagné d'un plan de suivi évaluation qui décrit les organes de suivi aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique. Malheureusement, le cadre de suivi de la mise en œuvre n'a pas été mis en place ce qui n'a pas permis un suivi efficace du PNDS 2016-2020.

Les principaux défis en matière de planification, sont la multiplicité et le non-alignement des mécanismes de planification et de suivi & évaluation aux niveaux central et local et le suivi de la mise en œuvre des politiques et stratégies élaborées.

En dépit des cadres de dialogue et d'échanges qui existent avec le secteur privé, l'implication du secteur privé de la santé dans le système de santé national reste limitée pour diverses raisons notamment : i) l'absence de mesures d'accompagnement pour le développement du secteur privé ii) une implication insuffisante du secteur privé dans les politiques, stratégies et offres de services publics de santé et iii) une insuffisance dans la régulation du secteur privé sanitaire et iv) une faible implication formelle des services extérieurs dans le processus d'autorisation d'ouverture des établissements sanitaires privés.

***Le partenariat pour la santé et la coordination intersectorielle*** se heurte à : i) une faible synergie entre les différents acteurs, ii) une insuffisance dans le fonctionnement des organes et cadres de coordination et de concertation multisectorielle et iii) une faiblesse dans la mise en œuvre du compact national.

Comme défis en matière de gouvernance, il est à noter que l'organisation institutionnelle du secteur de la santé reposant sur trois niveaux (central, régional et district) peine à créer une articulation harmonieuse en termes de gestion opérationnelle. L'absence de décentralisation réelle des niveaux de décisions avec une concentration excessive des pouvoirs au niveau des structures centrales et la multiplicité des programmes verticaux de santé renforcée par leur faible intégration dans les structures déconcentrées affectent l'efficacité de cet arrangement institutionnel.



## 2.1.2 Financement de la santé

### Quelques données probantes :

- Le budget alloué à la santé était de 15% supérieur en 2020 en comparaison avec 2019.
- Mais la part du budget représentait 7,29% du Budget en 2020 ;
- Le financement de la santé est supporté en premier lieu par les ménages (39,43%)
- Le score d'efficacité de la dépense publique de santé en Côte d'Ivoire est de l'ordre de 49 % (de 1993 à 2015)

### 3.2.2.1. Progrès réalisés

Concernant le financement de la santé, en 2020, l'Etat a fait des efforts si bien que les financements publics du secteur de la santé ont connu un accroissement important au cours des dernières années (330,4 milliards FCFA en 2016 à 588 milliards FCFA en 2019). Alors que le budget du ministère de la santé oscillait entre 5% et 6% du budget de l'État par le passé, il représentait 7,29% du budget en 2020.

En effet, en 2017, la Côte d'Ivoire a adhéré au Mécanisme mondial de financement (GFF) en vue d'accélérer la mise en œuvre des réformes et initiatives en rapport avec le financement de la santé. Suite à cette adhésion, un dossier d'investissement d'un montant de 1658 Milliards FCFA sur 5 ans (2020-2024) a été élaboré en 2019. En novembre 2018, à l'occasion de la reconstitution des fonds du GFF à Oslo, l'État s'est engagé à une hausse annuelle minimale du budget de la santé de 15% jusqu'en 2030.

En avril 2019, un dialogue national sur le financement de la santé, qui a réuni l'Etat, le secteur privé, les organisations de la société civile et les PTF, a été organisé sur les différentes options de financement. A cette occasion, l'État a réaffirmé son engagement pris à Oslo en 2018.

Concernant le secteur privé, la contribution au financement de la santé est de 19,44% en 2018. Les entreprises apportent des contributions au financement de la santé à travers les paiements des frais d'assurance privée à leurs employés, et diverses dépenses au titre d'activités d'établissements de santé d'entreprises et des dons.

Les partenaires techniques et financiers dont la contribution est de 12,32% mettent à disposition des ressources par des accords de dons et prêts. Ces dons et prêts ciblent en général la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé.

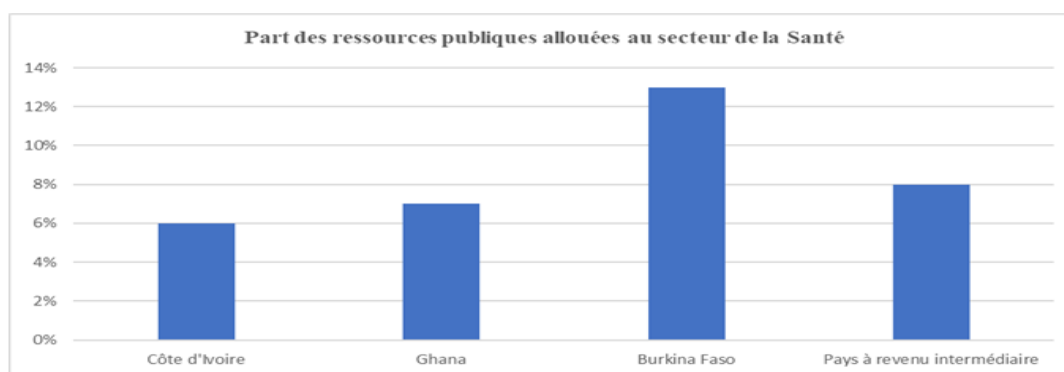
Sur la période du PNDS 2016-2020, le Gouvernement a également entrepris la mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU) et le projet de financement basé sur la performance (FBP) tout en poursuivant la politique de la gratuité ciblée au bénéfice des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans.

### 3.2.2.2. Difficultés, barrières et défis

L'analyse de ce domaine s'est faite selon trois aspects : i) la génération de revenus et mobilisation des ressources ; ii) la gestion de ces ressources et iii) l'achat des soins.

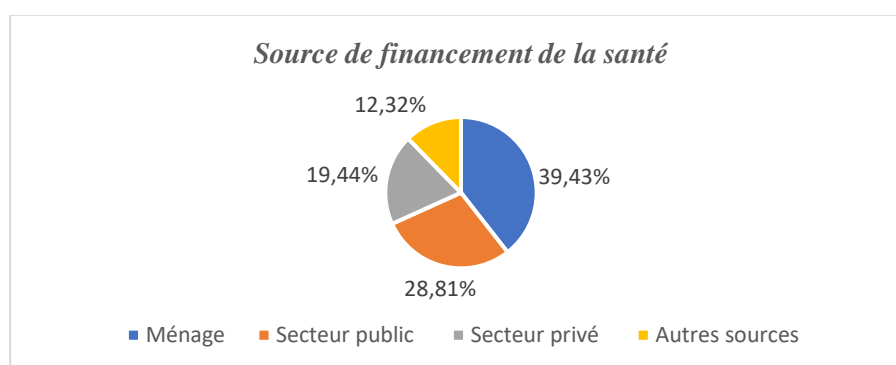
- **Génération de revenus et mobilisation des ressources**

Concernant le financement de la santé, la part des ressources publiques allouées au secteur a évolué de 6,03% en 2016 pour se situer autour de 7,29% en 2020, loin des objectifs fixés dans la déclaration d'Abuja (15% du budget national) et inférieur à la plupart des pays (7 % pour le Ghana, 13 % pour le Burkina Faso, 8 % pour les pays à revenu intermédiaire). En outre, l'État ivoirien ne finance que 19 % des dépenses de soins de santé primaire dont le financement reste insuffisant (PHCPI, 2018)<sup>46</sup>.



**Graphique 8: Part des ressources publiques allouées au secteur de la santé**

En dépit de la croissance de l'économie, la part des dépenses publiques allouées à la santé est restée stable et était l'une des plus faibles de la région<sup>47</sup> même si le niveau global de dépenses de santé en Côte d'Ivoire (1,66 milliard de dollars, soit 70 dollars par habitant), se rapproche de celui de nombreux pays à revenu intermédiaire, seuls 28 %<sup>48</sup> de ce montant sont financés par l'État. En effet, selon les Comptes de la Santé de 2018, l'analyse par sources de financement montre qu'en Côte d'Ivoire, les principales sources de financement sont : les ménages (39,43%), le secteur public (28,81%), le secteur privé (19,44%), et le reste du monde (12,32%).



**Graphique 9: Source de financement de la santé**

<sup>46</sup> Rapport primary health care performance initiative, 2018

<sup>47</sup> Financement de la santé : Dossier d'investissement 2020-2023 de la Côte d'Ivoire

<sup>48</sup> Comptes nationaux de la santé, 2018 (Côte d'Ivoire)

La stratégie nationale de collecte des ressources financières pour la santé repose faiblement sur le financement public. Les dépenses de santé par habitant restent faibles et représentaient 45 540 F CFA en 2018 loin du standard préconisé par l’OMS qui est de 112 dollars USD soit 60 704 FCFA.

*Les ménages* demeurent la principale source de financement à travers les paiements directs. Malgré la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans et la prise en charge des quatre premières causes de morbidité du nouveau-né et les 48 premières heures d’urgences médico-chirurgicales, les paiements directs par les patients restent élevés même si de 2011 à 2018 leur part relative a connu une baisse, passant de 60,2% à 39,43%. Les ménages et les financements extérieurs couvrent plus de 60 %<sup>49</sup> des dépenses de santé.

*Les ressources publiques*, constituées de ressources budgétaires de l’Etat ont été maintenues constantes de l’ordre de 5% sur la dernière décennie et demeurent loin de l’objectif des 15% du budget de l’Etat fixé par les chefs d’États africains en 2001 à Abuja.

Le *secteur privé* intervient dans le financement de la santé, toutefois la traçabilité de ses contributions reste difficile, surtout pour la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE).

Le niveau de dépendance à *l’aide extérieure* de certains programmes reste très élevé. Les ressources des partenaires représentent par exemple 78,24% du financement de la santé en matière de VIH et autres IST, 85,73% pour la tuberculose, 41,5 % pour le Programme Elargi de Vaccination et 10,41% pour le paludisme. La dépendance excessive vis-à-vis des financements des bailleurs de fonds pour la mise en œuvre d’interventions portant sur des maladies spécifiques menace de manière significative la viabilité du financement de la santé sur le long terme.

Depuis 2018, la Côte d’Ivoire est devenue un pays à revenu intermédiaire. Cela se traduit par un changement des conditions d’accès au financement extérieur et à terme par une réduction probable de l’aide au développement.

- ***Mise en commun et Gestion des ressources (utilisation des systèmes nationaux)***

S’agissant de *la mise en commun des recettes*, l’on note que les financements sont très largement fragmentés du fait de l’existence de plusieurs mécanismes de financement (budget de l’Etat, paiements directs, sécurité sociale, mutuelles des agents de l’Etat, mutuelles de santé, assurances privées...) qui ne sont pas toujours organisés de manière complémentaire. Dans bien des cas, ces régimes se croisent et ne sont pas mis en cohérence. Le financement externe est également fragmenté entre des fonds intégrés dans le Budget de l’Etat et des fonds exécutés par des partenaires de mise en œuvre comme des ONG, qui échappent au contrôle de l’Etat. Parmi les fonds intégrés dans le Budget de l’Etat, plusieurs sont affectés à des programmes verticaux et à des unités opérationnelles déconcentrées du ministère en charge de la santé avec une coordination insuffisante qui les rend difficile à retracer.

S’agissant de *la gestion des finances publiques* dans le secteur de la santé, elle est marquée par des goulots d’étranglement en matière d’allocation et d’exécution des dépenses. Une étude de

---

49 Financement de la santé : Dossier d’investissement 2020-2023 de la côte d’Ivoire

l'OMS en 2018<sup>50</sup> a établi que le score d'efficacité de la dépense publique de santé en Côte d'Ivoire est de l'ordre de 0,49 soit 49 % (sur la période 1993-2015).

Par ailleurs, le mode actuel d'allocation budgétaire n'assure pas une répartition selon les données de population et n'intègre pas les besoins des établissements de santé conformément à la méthodologie d'allocation définie. En plus, jusqu'à la généralisation de l'approche du budget-programme en 2020, elle n'était pas adossée à un cadre de planification établissant une déclinaison directe des objectifs sectoriels. En matière d'exécution jusqu'en 2020, et de généralisation de la mise en œuvre du budget-programme, les dépenses de santé étaient faiblement encadrées (pas d'objectifs en regard des ressources) et documentées (faiblesse de l'enregistrement des opérations spécifiant leur objet, les services consommateurs et les produits). A ceci s'ajoute la faible organisation de la fonction de gestion financière à tous les étages de la pyramide sanitaire. Il n'existe pas de réseau de relais vers les structures et établissements de soins permettant d'assurer le suivi de l'utilisation des ressources financières et l'encadrement efficace de leur gestion.

- ***Achat des services***

En vue du financement adéquat du secteur, le MSHP a adopté des stratégies novatrices sur le financement de la santé notamment : (i) la stratégie nationale de financement pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, (ii) la stratégie nationale de financement basé sur la performance pour améliorer qualitativement et quantitativement, l'offre de services et de soins de santé.

Au lendemain de la crise post-électorale, une mesure de gratuité ciblée des soins a été mise en place par arrêté N°0047/MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 dans le but de soulager les populations rendues vulnérables. Cette mesure a connu des difficultés dans son application notamment le retard de remboursement des redevances non perçues, accentuant les difficultés de gestion des structures sanitaires avec un manque à gagner pour leur fonctionnement. En outre, il est difficile de mettre en adéquation la quantité des prestations offertes et les remboursements effectués. Cela incite le MSHCMU d'appliquer la bonne pratique de l'Achat Stratégique en Santé dans le volet de la gratuité Ciblée pour la rendre plus efficace. Les modalités opérationnelles seront précisées.

En matière d'achats et paiement des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU, un panier de soins a été arrêté et ses tarifs de remboursement fixés. Cependant, les services ne figurant pas dans le panier de soins font l'objet de paiements directs non remboursés. Le dispositif institutionnel permet le paiement direct des soins aux prestataires bien que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) soit chargée de payer les prestataires selon le tarif fixé. Ce tarif ne couvrant pas la totalité du coût de production, il est attendu de l'Etat de couvrir les charges des établissements publics et privés associés au service public. Pour les établissements privés libéraux, la contribution des assurances privées et des mutuelles intervenant en complément doit permettre de couvrir les charges.

---

50 Organisation mondiale de la Santé (2018). Espace budgétaire et efficacité en Côte d'Ivoire : quelles marges de manœuvre ?

Cependant, ces arrangements sont confrontés à trois sortes de difficultés : i) le paiement des prestataires publics est rendu difficile car ils ne disposent pas tous de comptes bancaires pour recevoir les paiements; ii) les dotations budgétaires de l'Etat qui doivent venir en soutien aux paiements de la CNAM ne sont pas basées sur l'identification des coûts de production des établissements de soins et iii) la couverture additionnelle des charges des établissements privés ne fait pas encore l'objet d'un consensus entre les acteurs.

Les principaux défis en matière de financement sont la mobilisation du financement national pour la santé (part du budget national et secteur privé et assurer l'efficacité de l'utilisation des ressources pour la santé).

Concernant le FBP, le Gouvernement ivoirien a adopté en Conseil des Ministres en juillet 2015, la Stratégie Nationale de Financement Basé sur la Performance (SNFBP). L'évaluation à mi-parcours du projet pilote et les différents rapports de suivi ont révélé des résultats encourageants. Ainsi, on note une amélioration de la disponibilité des petits équipements techniques et des consommables. L'amélioration de la qualité des soins et des services dans son ensemble a également été constatée. En effet, les scores qualité ont été en nette progression continue durant la mise en œuvre. Le score qualité moyen des ESPC dans les districts est passé de 51,60% en à T2 2017 à 82,76% à T4 en 2020. Celui des hôpitaux est de 53,91% à 76,76% pour les mêmes périodes. On note une plus grande proportion des centres de santé réalisant le PMA dans son ensemble. De même, on constate une bonne évolution des indicateurs quantité notamment les prestations non offertes ou en souffrance avant le démarrage du FBP tels que la (i) contraception, (ii) la consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse, (iii) la consultation post natale, (iv) le suivi nutritionnel des enfants sains, (v) la prise en charge des enfants malnutris, (vi) la consultation de référence dans les hôpitaux avec contre référence aux ESPC, (vii) les prestations de prise en charge du VIH et de la tuberculose.

### 2.1.3 Information, recherche et innovation en matière de santé

#### Quelques données probantes :

- RASS régulièrement élaboré depuis
- 100% de complétude des rapports des districts en 2020 et 98,23% de promptitude
- Faible utilisation des données au niveau des établissements de soins et moyenne aux niveaux district (53%) et région (57%).

#### 2.1.3.1 Progrès réalisés

Pour ce qui est de la *gestion de l'information sanitaire*, le ministère en charge de la santé a développé *des outils papiers et des outils électroniques* pour le rapportage régulier des données. Il s'agit notamment pour les outils électroniques, : i) DHIS 2, pour la gestion de données de routines, déployé dans toutes les DRS, DDS, CHR, HG et quelques ESPC, DVD-MT pour les données du PEV et MAGPI pour les données de surveillance épidémiologique ; ii) E-SIGL, utilisé par les clients directs de la NPSP pour la gestion des rapports de commandes; iii) OPENELIS, pour la gestion des données de laboratoire (charge virale et autres examens de routines), utilisé dans plus de 80 laboratoires ; iv) SIGDEP 2 , pour la gestion des données des

patients vivants avec le VIH; v) DPI (Dossier Patient Informatisé), pour automatiser le parcours du patient au sein d'un hôpital en voie d'expérimentation et (vi) Situation Room, lancé officiellement en 2017.

*Concernant l'intégration des données* des EPN hospitaliers, des établissements de santé privés libéraux et associatifs et de l'armée, des processus d'intégration des données ont été initiés pour les CHU et les structures parapubliques, le secteur privé lucratif, le secteur communautaire et instituts hospitaliers et ont permis l'immatriculation de 1523 établissements sanitaires privés. Pour les données communautaires, le processus a démarré en mai 2018 par un consensus de toutes les parties prenantes sur les indicateurs et sur les outils de collecte du secteur communautaire et a permis : i) l'intégration des nouvelles informations dans les outils, ii) l'élaboration d'outils communautaires, iii) le paramétrage des rapports communautaires dans la base DHIS2 et le rapportage des données de 50% des districts sanitaires dans la base DHIS2 au troisième trimestre 2019.

*En ce qui concerne l'élaboration et la diffusion de l'information sanitaire*, des documents ont été produits : i) le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) et les RASS régionaux ont été initiés ; ii) la carte sanitaire actualisée. La complétude des rapports des districts en 2020 est de 100% et la promptitude, de 98,23%.

L'on observe également une amélioration de la rétro-information sur la chaîne d'approvisionnement et sur la qualité des données dans la base DHIS 2 (Rapport PRISM). De même, l'existence du site internet de la DIIS ([www.dipe.info](http://www.dipe.info)) et la mise en place d'une plateforme d'échange pour la mise à disposition et la diffusion des documents au grand public sont des avancées notables.

Afin d'améliorer *la qualité et l'utilisation des données*, des actions ont été menées : i) le renforcement des capacités des acteurs en matière de gestion des données, d'utilisation des outils de collecte et de traitement des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et ii) le développement des outils et méthodes de validation des données.

***Concernant la recherche en santé***, il existe un lien étroit entre la recherche et le développement, mais à condition que la recherche soit bien organisée et que les résultats (évidences) de recherches soient utilisés par les décideurs du système socio-sanitaire pour relever les défis auxquels celui-ci est confronté. De 2016 à 2020, plusieurs enquêtes, études, évaluations et protocoles de recherches en santé ont été conduits dans divers domaines de la santé. On peut citer (non exhaustif) : l'enquête sur l'impact du VIH dans la population (CIPHIA 2017), l'évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les structures de références et dans les centres de santé urbain en Côte d'Ivoire (2017), Enquête sur la prévalence et caractéristiques du Diabète en Côte d'Ivoire (PREVADIA-CI 2017), l'élaboration de la pharmacopée ivoirienne à base de plantes médicinales (comportant au total cinquante-deux (52) monographies de plantes couramment utilisées en Côte d'Ivoire). En 2020, avec l'avènement de la COVID, plusieurs autres études ont été conduites, notamment l'Analyse de l'offre des services de santé essentiels dans le contexte de la réponse au covid-19 en Côte d'Ivoire en 2020 et l'étude des représentations de la population sur la maladie à coronavirus et des mesures de lutte en Côte d'Ivoire en 2020, pour ne citer que ceux-là.



### 2.1.3.1 Difficultés, barrières et défis

*Pour ce qui est de la disponibilité et de l'utilisation des outils* on note malgré la disponibilité d'outils (papiers et électroniques) : i) un approvisionnement insuffisant des structures en outils de gestion du fait de l'inexistence d'un mécanisme pour la reprographie des outils de collecte au niveau des districts et structures sanitaires de références qui est encore sous la dépendance des financements extérieurs, ii) la faible disponibilité de matériels informatiques destinés à la gestion des données sanitaires du fait de l'absence d'un plan d'équipement et de renouvellement du matériel informatique , iii) l'inadéquation entre les logiciels utilisés par la majorité des établissements privés lucratifs et les besoins en collecte du SNIS, et iv) l'absence d'interopérabilité entre les logiciels du SNIS (DHIS 2, e-SIGL, OpenELIS, MAGPI...).

*Pour ce qui est de la disponibilité et utilisation des données*, on relève: i) l'absence de mécanismes opérationnels pour disposer des données sanitaires des EPN hospitaliers, de l'armée .; ii) la non intégration des données des établissements sanitaires privés lucratifs, iii) le retard dans la production à temps et la diffusion des données sanitaires du fait de la non intégration de certaines sources de données dans le système d'information de routine (CHU, IPCI) et du retard de la validation des données de certains programmes, iv) l'archivage et la diffusion insuffisante des documents produits ; v) l'insuffisance de rétro-information entre les régions et les districts, entre les districts et les établissements de santé (seulement 46% des districts ont réalisé une rétro-information à l'endroit des établissements de santé) et au sein des établissements de santé ; vi) la faible utilisation des données au niveau des établissements de soins et moyenne aux niveaux district (53%) et région (57%). En général, les responsables utilisent peu leurs données pour la planification car les plans élaborés découlent des directives et cibles fixées au niveau central par les programmes de santé<sup>51</sup>.

S'agissant de *la qualité des données*, on constate i) l'absence de textes portant création et organisation d'un service de gestion de l'information sanitaire (SGIS) au niveau des établissements sanitaires et celui portant création et organisation d'un corps de métier de gestionnaire de données de santé ; ii) l'insuffisance de personnels dédiés à la gestion de données ; iii) l'insuffisance d'un contrôle qualité interne des données collectées au sein des structures sanitaires ; iv) l'insuffisance d'un mécanisme d'assurance qualité et d'utilisation des données pour la prise de décision.

*Pour ce qui est du développement de la recherche et l'innovation en santé*, malheureusement, l'organisation de la recherche et l'utilisation de ses résultats pour le développement dans le contexte africain en général et en Côte d'Ivoire en particulier est faible voire inexistant. Plusieurs raisons expliquent cet état de choses :

✓ L'insuffisance de mécanismes institutionnels de coordination et d'orientation des activités de recherche en santé (cadre institutionnel et juridique) se traduisant par la dispersion des moyens et le cloisonnement des activités nationales de recherche, mais aussi par la faiblesse voire l'inexistence de lien entre chercheurs ou institution scientifique et décideurs du secteur de la santé ;



- ✓ L'insuffisance de moyens matériels et financiers et l'inadéquation des procédures budgétaires et de gestion financière avec les exigences de la recherche en santé ;
- ✓ L'insuffisance d'une masse critique de personnels qualifiés pour la recherche et d'opportunités de renforcement des capacités pour la recherche sur les systèmes de santé (RO, RA) aux niveaux de la pyramide sanitaire (directions centrales, régions et districts sanitaires). En effet, la plupart des chercheurs sont dans des sphères (académiques en général) différentes de la sphère opérationnelle socio-sanitaire, de sorte qu'il y a une inadéquation entre les thèmes abordés dans la recherche en santé et les priorités sanitaires et de développement du pays ;
- ✓ Les résultats des recherches ne sont pas présentés sous des formes directement exploitables par les décideurs qui n'ont ni le temps, ni les moyens de traduire les résultats scientifiques et académiques en évidences pour la prise de décision. Cette situation limite l'accès des décideurs à l'information pertinente pour la prise de décision ;
- ✓ L'insuffisance de collaboration entre les chercheurs et le MHSP pour que leurs thèmes de recherches soient en adéquation avec les priorités sanitaires et de développement du pays.

Le défi majeur en matière d'information sanitaire se résume à la disponibilité d'une information sanitaire de qualité et au développement de la recherche en santé.

## 2.2. RESSOURCES DU SYSTEME DE SANTE

Les ressources du système de santé sont matérialisées par : **i) les ressources humaines ; ii) les ressources matérielles en termes d'infrastructures et d'équipements ; iii) les produits médicaux et les technologies de santé.**

### 2.2.1. Ressources Humaines de Santé

#### Quelques données probantes :

- Ratios sup aux normes :
  - Médecin-population : **1,4/10000** hbts
  - Infirmier-population : **2,36/5000** hbts
  - Sage-femme/femme en âge de procréer (FAP) : **3,05/3000** FAP ;
- Mais, Densité des personnels de santé : **8,57** (Norme OMS : 23).

#### 2.2.1.1 Progrès réalisés

S'agissant des ressources humaines, grâce aux efforts entrepris depuis plusieurs années en matière **de recrutement**, le nombre de personnels de santé a fortement progressé.

Ainsi au plan national, entre 2016 et 2020, le *ratio médecin-population* est passé de 1,3 à 1,4 médecins pour 10 000 habitants. 39,82% des districts sanitaires ont atteint la norme que le pays s'est fixé (1 médecin pour 10 000 habitants) en 2020 contre 31,7% en 2016.

Le *ratio infirmier-population* est de 2,36 infirmiers pour 5 000 habitants en 2020 contre 2,04 en 2016 au plan national. Au niveau des districts sanitaires 92,03% en 2020 contre 34,14% en 2016 ont atteint la norme que le pays s'est fixé (1 infirmier pour 5 000 habitants).

Concernant le *ratio sage-femme/femme en âge de procréer* au plan national, il est en 2020 de 3,05 sages-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer soit une sage-femme pour 984 FAP contre 2,07 en 2016. Au niveau des districts sanitaires 98,23% en 2020 contre 93% en 2016 ont atteint la norme que le pays s'est fixé (1 sage-femme pour 3 000 femmes en âge de procréer)<sup>52</sup>.

Pour ce qui est de la *densité des personnels* de santé (Médecin, infirmiers et sages-femmes) pour 10 000 habitants, même si elle est passée de 6,6 en 2016 à 8,57 en 2020, elle est encore en dessous du standard de l'OMS de 23 personnels de santé pour 10 000 habitants.

Par ailleurs, depuis 2018, la Côte d'Ivoire a identifié et *répertorié un peu plus de 11 000 agents de santé communautaires (ASC)* à l'échelle nationale qui sont chargés d'assurer des interventions au profit des familles et des communautés dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, du VIH, de la promotion des pratiques familiales essentielles, de l'hygiène et de l'assainissement. En intégrant les ASC au système sanitaire, le Ministère en charge de la santé, dispose, des moyens d'atteindre les 33 % de la population vivant encore à plus de 5 km d'un ESPC.

Pour ce qui est de la *production de ces ressources humaines* de santé, la *formation initiale* est assurée par les UFR des sciences médicales, pharmaceutiques et biologiques et d'odontostomatologie, de l'Institut National de Formation des Agents de Santé et autres structures privés.

En vue de satisfaire aux critères et exigences du système LMD, l'INFAS a : (i) renforcé les capacités des 300 encadreurs en technique d'encadrement clinique en médecine, chirurgie, pédiatrie, santé publique et en SONUC, (ii) renforcé l'encadrement de l'effectif des étudiants dans les écoles de formation de base, (iii) mis en place un Master en Sciences Infirmières et Obstétricales (SIO).

Au sujet de la *formation continue*, le programme de renforcement des capacités a permis de perfectionner et de mettre au service du système de santé 1 121 cadres et agents de santé de 2016 à 2020.

Les praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) autorisés à exercer en Côte d'Ivoire sont les accoucheuses traditionnelles, les naturothérapeutes, les phytothérapeutes, les médico-droguistes, les psychothérapeutes et les herboristes. Parmi les PMT recensés, 1500 ont été formés et participent auprès des districts sanitaires aux activités préventives et promotionnelles de santé.

### **2.2.1.2 Difficultés, barrières et défis**

L'analyse s'est faite à travers : i) la planification ; ii) la production ; iii) le recrutement et le déploiement.

*En matière de planification des ressources humaines en santé (RHS)*, malgré l'élaboration de documents stratégiques initiée depuis l'année 2009, l'on note un faible taux de mise en œuvre des différents plans stratégiques des RHS élaborés dû à une insuffisance de financements. On note également l'absence d'outil de dimensionnement approprié des RHS engendrant une

<sup>52</sup> RAASS 2016 et RAASS 2020

insuffisance d'information sur la situation des personnels de santé, notamment la cartographie des différentes catégories professionnelles.

**Pour la production des RHS**, en dépit des acquis, on note un problème de disponibilité de RHS de qualité.

En ce qui concerne *la formation initiale*, on note l'insuffisance : (i) des capacités d'accueil des établissements de formation du personnel paramédical, (ii) des sites de stage pour la formation, (iii) du matériel didactique, (iv) de financement à laquelle fait face les institutions étatiques en charge de la formation initiale. On pourrait également citer l'inadaptation des formations initiales aux besoins du Ministère en charge de la santé.

S'agissant de *la formation continue*, on note une insuffisance de la mise en œuvre de la politique nationale de formation continue et de la recherche et une insuffisance du financement par l'État pour la formation continue.

En matière de **recrutement et de déploiement**, on note une insuffisance de spécialistes dans plusieurs districts de l'intérieur du pays et des faiblesses au niveau de la densité des prestataires de soins pour 10000 habitants qui est de 8,57 personnels de santé pour 10 000 habitants au niveau national en 2020. Cette faiblesse est due à l'absence d'un mécanisme de fidélisation du personnel dans les zones rurales et éloignées du pays. La non maîtrise des effectifs des RHS du secteur privé sont des contraintes supplémentaires à une gestion efficiente des RHS.

D'autres défis majeurs du PNDS 2021-2025 sont d'assurer i) une insuffisance de gestion administrative efficiente des RHS pour réduire la mobilité et les taux d'absentéisme ; ii) l'insuffisance de capacité pour la formation initiale et de financement pour la formation continue.

## 2.2.2. Infrastructures, équipements et moyens logistiques

### Quelques données probantes :

- Ratio ESPC -Population : **1,29 ESPC/10 000** hbts en 2020 ;
- Taux d'accessibilité aux services de santé : **70,17** %. Encore environ 30% de la population vit à plus de 5 kilomètres d'un établissement ;
- Disponibilité de huit (8) CRIEM et 4 AMD ;
- **57%** des ESPC n'ont pas d'eau courante.



### 2.2.2.1 Progrès réalisés

*Au niveau des infrastructures*, on note que le Gouvernement dispose d'un plan global d'investissement en santé. La période 2016-2020 a été marquée par la poursuite des investissements en faveur de la santé des populations, entre autres: i) l'ouverture du CHU d'Angré ; ii) la réhabilitation partielle de 5 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et de 14 Hôpitaux Généraux ; iii) la réhabilitation de 233 centres de santé urbains et ruraux ; iv) la réhabilitation de l'hôpital psychiatrique de Bingerville ; v) la construction du Centre National d'Oncologie Médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO) pour le traitement des cancers; vi) la création de l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA) ; vii) la construction de l'Hôpital Mère-Enfant de Bingerville<sup>53</sup>.

Le Ministère en charge de la santé dispose en matière *de normes et standards*, de deux (2) documents normatifs. Il s'agit du Plan National d'investissement 1505 (ESPC Exigences techniques des infrastructures) et du Plan National d'investissement 1506 (Etablissements Sanitaires Publics de référence).

Selon le RASS, le nombre total d'Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) est passé de 2 023 en 2016 à 2 311 en 2020. Le *ratio ESPC -Population* est passé de 0,83 ESPC pour 10 000 habitants en 2016 à 1,29 ESPC pour 10 000 Habitants en 2020. Le *taux d'accès aux services de santé* est passé de 67 % en 2016 à 70,17 % en 2020

Pour ce qui est de la médecine traditionnelle, on a enregistré en 2020, 130 centres de médecine traditionnelle (CMT) sur environ 3000 estimés<sup>54</sup>.

<sup>53</sup> Rapport PSGOUV, 2019

<sup>54</sup> Répertoire national des CMT, 2020

Le pays compte pour *le secteur privé*, 1 523 établissements privés de santé répertoriés dont 24 polycliniques (soit 1,6% qui offrent des services multiples) repartis dans le grand Abidjan à plus de 67%. La majeure partie (près de 93 %) de ces établissements offre des soins de santé primaires et les consultations. Le secteur *privé confessionnel*, les associations et les organisations à base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire, avec 49 établissements sanitaires.

***Au niveau des équipements et plateaux techniques*** des infrastructures sanitaires publiques, le Gouvernement et ses partenaires se sont engagés dans un *vaste programme de réhabilitation et d'équipement*. Ces efforts se sont traduits par un renforcement des capacités opérationnelles des structures sanitaires, avec de 2016 à 2020 : 164 blocs opératoires en 2020 contre 101 blocs opératoires au plan national au niveau hôpitaux publics de second niveau. Sur la même période, le nombre de laboratoires d'analyses de biologies médicales dans les hôpitaux publics de second niveau est passé de 212 à 247 et les services de radiologie dans les mêmes structures de quatre-vingt (80) à quatre-vingt-seize (96).

Ces progrès ont permis d'améliorer l'offre de paquet complémentaire d'activités (PCA), ce qui a également permis aux hôpitaux de second niveau de jouer plus efficacement leur rôle de recours pour les structures des échelons inférieurs.

Pareillement, le parc d'ambulances a connu une amélioration passant de 576 ambulances en 2016 à 743 en 2020, ce qui a renforcé la capacité de référence. Aussi, le pays a enregistré 6 652 lits ouverts en 2016 aux niveaux secondaire et tertiaire. La capacité litière de la Côte d'Ivoire est de 6 797 lits en 2020 (RASS). Les secours en électricité (CHU, CHR et HG) sont constitués de 85 groupes électrogènes existants.

*La gestion et la maintenance* dans le secteur est actuellement assurée par(i) huit (8) Centres Régionaux des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (CRIEM) dont deux (2) nouveaux (Abidjan et Korhogo) et (ii) quatre (4) Ateliers de Maintenance des Districts (AMD).

### **2.2.2.2 Difficultés, barrières et défis**

***En matière d'infrastructures sanitaires***, bien qu'une amélioration soit constatée sur la période 2016-2020, les résultats restent en deçà des besoins prioritaires en infrastructures au regard de la demande sans cesse croissante. *L'accessibilité géographique aux services* de santé demeure encore un obstacle majeur à l'utilisation des services par les populations. En effet en 2020, encore environ 30% de la population vit à plus de 5 kilomètres d'un établissement pour un objectif de 0%<sup>55</sup>.

*Le non-respect de la carte sanitaire* dans l'implantation des établissements sanitaires publics en raison d'une multiplicité des interventions (collectivités déconcentrées et décentralisées) et la non-conformité de nombreux établissements sanitaires aux normes règlementaires applicables à la catégorie d'établissements à laquelle elles appartiennent constituent les principaux problèmes en matière d'infrastructures sanitaires. Cela s'explique entre autres par l'absence d'une carte



sanitaire prospective et l'érection automatique des établissements sanitaires du niveau inférieur en établissements sanitaires du niveau supérieur sans une mise aux normes des dites infrastructures.

En ce qui concerne *les capacités opérationnelles des infrastructures sanitaires*, le système sanitaire était confronté en 2020 à la non fonctionnalité de 46 blocs opératoires, 8 laboratoires de biologie médicale, 18 services de radiologie. Tous les CHR et HG sont vétustes et ont besoin de réhabilitation et d'équipement.

Malgré sa relative bonne couverture, *l'offre de services de laboratoire* reste limitée par différents facteurs dont, i) l'inadéquation et/ou l'insuffisance de la formation dispensée au personnel de laboratoire ; ii) la faiblesse de l'infrastructure des laboratoires ; iii) l'insuffisance dans la maintenance préventive et curative du matériel et des dysfonctionnements dans l'approvisionnement en réactifs et produits consommables essentiels ; iv) les faiblesses des protocoles d'assurance et de contrôle de la qualité et dans la gestion de l'information de laboratoire et v) les insuffisances dans les systèmes de référence contre référence des échantillons.

De plus, il a été noté que le réseau de laboratoire en Côte d'Ivoire n'est pas fonctionnel et que la prise en charge biologique intégrée des pathologies prioritaires (VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose, autres maladies infectieuses) organisée par les programmes de lutte contre la maladie et à la surveillance épidémiologique reste limitée à quelques laboratoires.

Enfin, les différentes évaluations faites en Côte d'Ivoire mettent en évidence une méconnaissance des pratiques de biosécurité et de bio sûreté dans les laboratoires notamment au niveau périphérique.

Au sujet *des mobiliers médicaux* (capacité d'hospitalisation), on note en 2019 pour les lits que : i) au niveau des CHU, 1000 ne répondent pas aux normes ; ii) au niveau des CHR, 1 281 ne répondent pas aux normes et sont vétustes ; iii) au niveau des HG, 1 655 sont vétustes et iv) au niveau des ESPC, 17 029 sont vétustes ; iv) pour les secours en électricité (CHU, CHR et HG), 12 groupes électrogènes s'avèrent défectueux ;

Concernant l'hygiène, pour le traitement des déchets biomédicaux (CHU, CHR, HG et ESPC) 10 incinérateurs sont défectueux et de 2 banaliseurs sont non fonctionnels et 1 321 ESPC n'avaient pas d'eau courante.

En ce qui concerne le *parc automobile*, 660 (46%) véhicules, 345 (48%) ambulances et 1 261 (49%) moto sont à remplacer.

Les causes de ces insuffisances sont liées à : i) l'inexistence de commission d'agrément de construction et de réhabilitation ; ii) l'ouverture de plusieurs ESPC avec des équipements à minima faute de budget ; iii) l'utilisation excessive de certains équipements ; iv) l'absence de programme de remplacement des équipements ; v) l'absence de réglementation de l'évolution des statuts des établissements en fonction de l'évolution administratif (passage d'un CSR à CSU ; CSU à HG, HG à CHR) ; vi) la mauvaise utilisation des équipements ; vii) l'instabilité du courant électrique (30% à 40%) des pannes et viii) la qualité approximative de certains équipements

acquis sans un minimum d'encadrement technique (collectivités, administration centrale et déconcentrée).

*S'agissant de la maintenance des infrastructures et des équipements*, elle constitue une problématique de premier plan en raison de l'insuffisance des investissements consentis dans ce domaine. En effet, seulement 8 régions sur les 33 régions sanitaires disposent de CRIEM et 4 districts sanitaires sur les 113 disposent d'AMD limitant ainsi la couverture en maintenance. Aussi, l'absence d'outils de gestion de la maintenance des équipements facilement utilisables par les prestataires et acteurs de maintenance et l'absence d'une ligne budgétaire spécifique pour la gestion de la maintenance des infrastructures et équipements sont quelques-unes des contraintes que rencontre le secteur. La mobilisation des ressources pour le développement de la maintenance préventive et curative reste un impératif. De même, il y a un besoin en renforcement des capacités opérationnelles actuelles de la maintenance. A cela s'ajoute l'absence de structure chargée d'assurer la métrologie des équipements de mesure.

Le défi énorme auquel le présent plan doit faire face au cours des cinq prochaines années est de mettre en place des arrangements institutionnels solides et durables qui permettent un fonctionnement optimal des infrastructures existantes et de leurs équipements devant être un préalable au lancement de nouveaux programmes de développement à l'échelle de nouvelles infrastructures sanitaires.

### 2.2.3. Disponibilité de produits médicaux et technologies de la santé

#### Quelques données probantes :

- Disponibilité des stocks à la NPSP 80% en 2020 ;
- Taux national de disponibilité en médicaments traceurs de 67,4%.
- La production locale représente 6% de couverture des besoins nationaux en médicaments
- Sept (7) dépôts régionaux de stockage des vaccins.

#### 2.2.3.1 Progrès réalisés

La *réforme du secteur pharmaceutique* débuté depuis 2012 a conduit à la création de plusieurs entités à savoir, la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI), l'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP), la Direction de l'Activité Pharmaceutique (DAP).

Ainsi, la réforme de la NPS a permis l'amélioration des conditions de stockage, elle se traduit par la réhabilitation des entrepôts et magasins de stockage et les espaces de stockage ont été accrus passant de 11 552 palettes en 2017 à 32 518 palettes en 2020. De plus, il y a eu la mise aux normes et la modernisation des entrepôts avec 60% d'espaces en atmosphère contrôlée et un plan de progression, le monitoring centralisé de la température et de l'hygrométrie et la surveillance externalisée et centralisée. A cela, il convient d'ajouter le renforcement du parc automobile, des engins de manutention et du système pharmaceutique avec le contrôle qualité



des produits pharmaceutiques par des laboratoires pré-qualifiés OMS et la traçabilité pour sécuriser les médicaments de la Nouvelle PSP Côte d'Ivoire.

En matière de disponibilité des médicaments et intrants stratégiques, il est noté une amélioration de la disponibilité des stocks à 80%, avec une bonne réponse aux urgences nationales et crises sanitaires, et une amélioration de l'accessibilité géographique des médicaments avec l'ouverture de l'Agence de Bouaké.

La **production locale** de produits pharmaceutiques a connu des avancées notables du fait d'une volonté politique manifestée le 9 août 2017 pour le renforcement des capacités industrielles de la production pharmaceutique, devant passer progressivement de 6 à 12% de couverture des besoins nationaux en médicaments.

Ainsi, Ce sont 14 unités industrielles qui disposent d'une licence portant création et exploitation, dont 12 sont en activités. Elles produisent des médicaments génériques de synthèse, des phyto-médicaments et des produits cosmétiques. D'autres initiatives ont été menées dans ce domaine : notamment (i) la construction d'une unité de production de médicaments génériques à la nouvelle zone industrielle à Attinguié, (ii) la pose de la première pierre du laboratoire pharmaceutique SAIF, (iii) la construction des laboratoires pharmaceutiques Africure Pharmaceuticals et Pharmanova CI installés dans la zone franche de Grand-Bassam VITIB.

**Le marché illicite et la contrefaçon des médicaments**, estimé à environ 30 % du marché pharmaceutique national compte tenu de son caractère clandestin est une préoccupation pour l'Etat de Côte d'Ivoire. Cela s'est traduit par la création du Comité National de Lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des médicaments (COTRAMED) par Décret N° 2013-557 du 05 août 2013, la signature de la Convention MEDICRIME en juillet 2019, l'organisation d'opération de saisie de médicaments vendus en dehors du circuit légal et la sensibilisation de la population à la lutte contre les médicaments illicites. Cependant, les marchés connus pour la vente illicite de médicaments (Adjamé Roxy, Marché de Bouaké...) sur l'ensemble du territoire restent actifs. En dépit des opérations visant à limiter leur approvisionnement, et à saisir les quantités détenues par les marchés pharmaceutiques illicites, ces marchés continuent de fonctionner et d'être des places fortement visitées par une partie de la population.

En matière de **disponibilité des vaccins**, des progrès ont été enregistrés grâce à : i) la disponibilité du financement destiné à l'achat et du dédouanement des vaccins et consommables ; ii) la construction et la mise en fonction des 7 dépôts régionaux du Programme Elargi de Vaccination (PEV) ; iii) l'acquisition des véhicules frigorifiques et utilitaires pour la collecte et le transport des vaccins et consommables ; iv) les capacités de stockage ambiant et réfrigérées sont suffisantes au niveau central et région ; v) la maintenance de la chaîne de froid, du matériel roulant et du groupe électrogène est assurée par des prestataires à tous les niveaux.

En 2016, on dénombrait 157 dépôts de **sang** répartis sur l'ensemble du territoire. A ce jour, le CNTS dispose de 27 structures de transfusion sanguine (4 Centres de transfusion sanguine, 18 Antennes de transfusion sanguine et 5 Sites de prélèvement) et 168 dépôts de sang. Ce dispositif a permis de prélever en 2020, 151 173 poches de sang pour un objectif de 250 000 poches à prélever par an soit un gap de 98 827, contre 159 551 poches de sang en 2019 et 158 539 en 2018.

Par ailleurs, pour la gestion des produits sanguins, une plateforme de gestion des produits de sang dénommée e-Banque de sang est encore en phase pilote et reste à être déployée.

Le recours croissant à la *médecine traditionnelle* a conduit l'Etat à encadrer ce secteur. Ce secteur produit des médicaments traditionnels améliorés (MTA) qui sont distribués dans les herboristeries et les unités de soins des praticiens de médecine traditionnelle et pour le circuit conventionnel, chez les grossistes à l'officine de pharmacie pour quelques-uns des produits ayant obtenus une autorisation de commercialisation de l'AIRP. Aussi, l'Etat a mené (i) la sensibilisation des praticiens de médecine traditionnelle à la déclaration de leur unité de production artisanale et des médicaments traditionnels améliorés, (ii) la réalisation des études pharmacologiques sur les médicaments traditionnels améliorés jugés efficaces, (iii) la sensibilisation des praticiens de médecine traditionnelle à la protection de leurs savoirs à l'OAPI.

De 2013 à 2020, 13 Unités de Production Artisanales ont obtenu leur Déclaration Officielle d'exercice et seulement 4 compléments alimentaires ont été homologués. De plus, depuis 2018, le ministère de la santé, à travers le Programme de Promotion de la Médecine Traditionnelle, a élaboré une pharmacopée ivoirienne à base de plantes médicinales. Elle comporte au total cinquante-deux (52) monographies de plantes couramment utilisées en Côte d'Ivoire.

### **2.2.3.2 Difficultés, barrières et défis**

En 2020 (RASS), le taux national de disponibilité en médicaments traceurs est de 67,4%. Il est en deçà de l'objectif national de 95%. Ce faible taux est dû à une insuffisance de ressource humaine dédiée à la gestion des produits de santé au niveau ESPC surtout au niveau des centres de santé ruraux et à l'insuffisance d'espaces de stockage des produits de santé.

Cette situation peut s'expliquer par une faible production locale de produits pharmaceutiques. En effet, la production locale de produits pharmaceutiques est faible de l'ordre de 6% de couverture des besoins nationaux en médicaments. La production locale de médicaments traditionnels améliorés avec une autorisation de commercialisation reste insignifiante (seulement 7 médicaments). Cela est dû à l'absence de mise en œuvre d'un plan national d'industrialisation locale pour la production de produits médicaux et technologie de santé

De plus, l'insuffisance de délocalisation des agences de la Nouvelle PSP peut présenter une difficulté dans l'accès rapide des produits de santé notamment en cas d'urgence.

Enfin, pour améliorer la disponibilité des produits de santé, l'approvisionnement joue un grand rôle. Cependant, les données de quantification sont encore de qualité peu fiable et de disponibilité limitée ou insuffisante pour une meilleure prévision des besoins en produits de santé. Par conséquent, de nombreuses prévisions sont effectuées sur la base d'hypothèses ou des données de morbidité et non sur les données de consommation réelle.

De même, pour disposer de médicaments surs et de qualité, le contrôle doit être effectué. Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) qui est habilité à le faire ne dispose pas d'un plateau technique suffisant pour assurer le contrôle qualité des produits.

La mise aux normes des espaces de stockage des pharmacies, des établissements sanitaires conformément aux standards d'organisation et de fonctionnement reste insuffisante. En effet, les besoins de réhabilitation pour certaines pharmacies des établissements sanitaires publics et la

construction de locaux pour les nouveaux districts restent à combler. De 2018 à 2019, sur les 30 pharmacies de district planifiées, 9 n'ont pu être réhabilitées.

S'agissant de l'utilisation rationnelle des produits de santé, le mauvais usage des médicaments résulte du mauvais comportement des prescripteurs ainsi que des consommateurs. Par ailleurs, les directives de traitement évoluant, elles doivent être souvent révisées, adaptées et largement diffusées aux prestataires de santé, auquel cas, leur utilisation cohérente n'est pas suffisamment renforcée.

Pour ce qui est de la résistance aux antimicrobiens, l'absence d'un plan d'action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et d'un système de vigilance efficace par la création d'un centre national de pharmacovigilance limite les résultats.

Un des problèmes de la chaîne d'approvisionnement est la dépendance de certains approvisionnements en produits de santé vis-à-vis des partenaires. En effet, plusieurs partenaires interviennent dans l'achat de produits de santé de certains programmes nationaux de santé même si l'Etat y contribue (ARV, Antituberculeux, MILDA, Antipaludique, etc...). Dans ce cas, les produits des programmes nationaux prioritaires de santé présentent une disponibilité variable relativement moyenne en raison du non-respect du plan d'approvisionnement par les partenaires.

Pour les Médicaments Traditionnels Améliorés, les principaux problèmes sont : i) le coût élevé des tests toxicologiques dans le processus d'autorisation de commercialisation des MTA ; ii) l'inexistence d'un cadre de collaboration entre scientifiques et acteurs de la médecine traditionnelle.

S'agissant de la disponibilité des vaccins, les difficultés concernent : i) le non déploiement du Stock Management Tool ou Outil de gestion des stocks (SMT) pluriannuel, ii) une lourdeur dans les procédures d'enlèvement et d'acheminement des vaccins et consommables ; iii) l'insuffisance et la vétusté de la chaîne du froid pour les vaccins au niveau périphérique ; iv) une insuffisance du système de suivi de température à distance dans les chambres froides.

Quant à la disponibilité des Produits Sanguins Labiles (PSL), on note que la Côte d'Ivoire n'est pas autosuffisante en produits sanguins. On note principalement une insuffisance de disponibilité des produits sanguins dans les établissements sanitaires (taux 60-70%). Cela pourrait être dû à une insuffisance de la promotion des dons de sang. D'autres difficultés de ce domaine : l'insuffisance de chambre froide (vieillissante ou de petite capacité) et les difficultés dans la destruction des déchets liés à la transfusion sanguine au niveau des CTS et ATS.

Des approches innovantes de mobilisation de donateurs de sang bénévoles, de leur fidélisation, de fractionnement du sang total et surtout d'utilisation rationnelle des produits sanguins labiles par les prescripteurs sont des pistes pour une gestion efficace du sang.

La distribution des produits de santé est marquée par i) l'insuffisance de moyens pour le fonctionnement des véhicules (carburant, maintenance...), ii) l'absence de moyens roulants pour les nouveaux districts, iii) l'impraticabilité de certaines voies selon les saisons et iv) des moyens de locomotion pas toujours adaptés à la distribution des produits de santé pour certains sites.

## 2.3. PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE

L'analyse du système de prestation de service se fera sous trois (3) angles : i) les paquets de services essentiels (principales maladies y compris les situations d'urgences) ; ii) la qualité des prestations et la sécurité des services ; iii) l'équité des prestations (prestations à l'endroit de groupes spécifiques vulnérables).

### 2.3.1. Paquets de services essentiels

Les services essentiels se déroulent dans les différents établissements sanitaires pour prendre en charge les principales pathologies rencontrées en Côte d'Ivoire: le Paludisme, le VIH/Sida, la Tuberculose, les hépatites, le Diabète, l'Hypertension, la Filariose lymphatique, l'onchocercose, les géo helminthiases et la schistosomiase, l'ulcère de Buruli ; le Ver de Guinée, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), la lèpre, le pian, la dracunculose, les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies liées à la santé mentale, la malnutrition , etc...

Pour ce faire, les capacités des prestataires ont été renforcées et des mécanismes d'exemption (gratuité ciblée) et de subvention dans la prise en charge de certaines pathologies ont été mis en place.

Il faut noter également l'intégration de la médecine et la pharmacopée traditionnelles dans le système national de santé qui s'est poursuivie par la mise en œuvre du Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles. Décret qui a permis de clarifier les devoirs des praticiens de médecine traditionnelle et l'utilisation des médicaments traditionnels y compris l'interdiction de la publicité<sup>56</sup>. Ainsi des praticiens de médecine traditionnelle ont été intégrés dans les activités préventives et promotionnelles de santé dans 40 districts sanitaires. Et des modules de formation sur la médecine traditionnelle ont été intégrés dans les curricula de formation à l'Université Lorougnon Guédé de Daloa et à l'UFR des Sciences Médicales de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.

#### 2.3.1.1 Paludisme

##### Quelques données probantes :

- Taux d'utilisation des MILDA 63,2% en 2019.
- Nombre de décès liés au paludisme en baisse chez les enfants de moins 5 ans (1062 en 2019 à 861 en 2020)
- Incidence du paludisme en baisse (189 pour 1000 en 2018, 173 pour 1000 en 2020)
- Mais, couverture insuffisante des femmes enceintes en SP3 (47,33% pour un objectif de 80%)

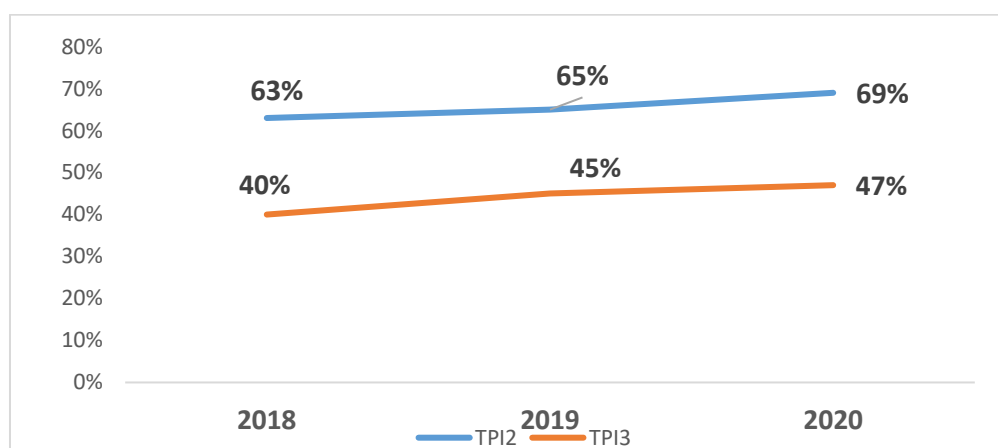
Pour ce qui est de la lutte contre le paludisme, 15 875 381 Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) ont été distribuées durant la campagne de masse 2017-2018. Le taux

<sup>56</sup> Plan stratégique national d'amélioration de la qualité, hygiène et sécurité. Mars 2017

d'utilisation des MILDA quant à lui est passé de 50% en 2016 à 63,2% en 2019<sup>57</sup>. La Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID), deuxième méthode principale de lutte anti vectorielle du paludisme a été mise en œuvre pour la première fois dans deux districts sanitaires en 2020 avec 91,9% de structures (ménages) pulvérisées. Pour une coordination optimale de la lutte anti vectorielle, un comité national regroupant plusieurs ministères a été créé par arrêté N° 393 MSHP/CAB du 02 août 2019. De plus, il est à noter l'adoption de stratégies innovantes de prévention des maladies pour la réduction des nouveaux cas notamment la chimio prévention saisonnière du paludisme.

S'agissant de la lutte contre le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans, 93% des cas de paludisme confirmé ont été traités par CTA dans le secteur public, 89% dans le secteur privé et 97% au niveau communautaire (rapport PNLP, 2019). Plus de la moitié (64,63%) des enfants de moins d'un an, vus en vaccination pour le Penta1 ont reçu une MILDA en 2020<sup>58</sup>.

Le Traitement Préventif Intermittent ou TPI permet de protéger la mère contre le paludisme. La couverture des femmes enceintes pour la troisième dose de Sulfadoxine - pyriméthamine (SP3) est en hausse passant de 40% en 2018 à 47% en 2020 bien que n'ayant pas atteint la cible nationale qui est de 80%.<sup>59</sup>



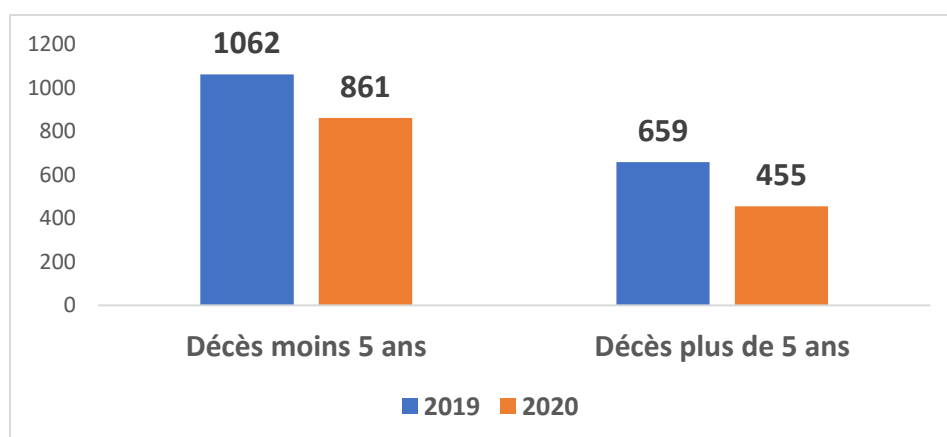
**Graphique 10: Evolution de la couverture en SP2 et SP3 de 2018 à 2020**

Source : DHIS2/SigSanté

<sup>57</sup> Rapport d'enquête PNLP

<sup>58</sup> RASS, 2020

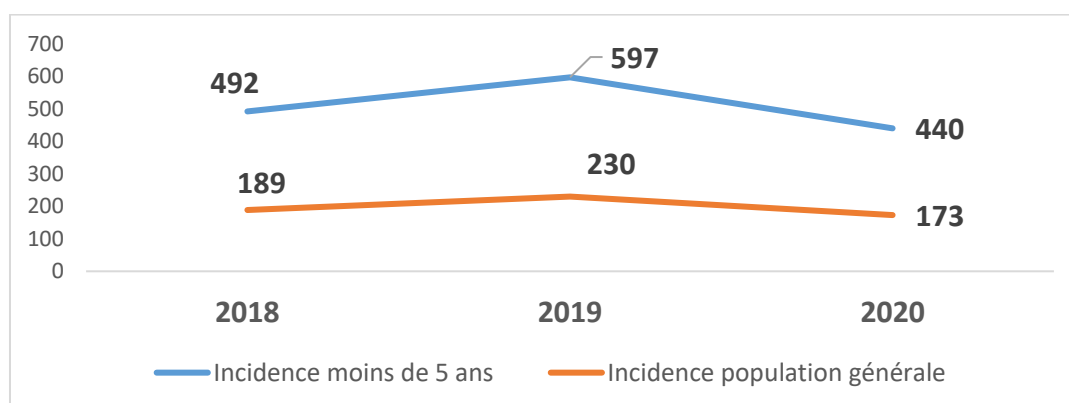
<sup>59</sup> Bilan 2020 de la lutte contre le paludisme



**Graphique 11: Comparaison des décès de 2019 et 2020 chez les moins de 5 ans et les plus de 5 ans**

Source : DIIS/DHIS2/SigSanté

Le nombre de décès liés au paludisme a baissé chez les enfants de moins de 5 ans passant de 1062 décès en 2019 à 861 décès en 2020



**Graphique 12 : Evolution de l'incidence du paludisme de 2018 à 2020**

Source : DHIS2/SigSanté

L'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, est passée de 492 pour 1000 en 2018 à 440 pour 1000 en 2020 soit une baisse de 52 points avec un pic en 2019 (597 pour 1000).

Dans la population générale, l'incidence du paludisme est passée de 189 pour 1000 en 2018 à 173 pour 1000 en 2020 soit une baisse de 16 points.

**Par contre, les faiblesses constatées sont** entre autres la faible utilisation des moyens de prévention (MILDA, SP3). En effet, l'utilisation des MILDA dans la population générale est de 63,2% en 2019<sup>60</sup> et la couverture des femmes enceintes en SP3 reste insuffisante avec 47,33% contre une couverture attendue de 80% en 2020. D'autre part, on note la non-application des directives de prise en charge du paludisme. Ces difficultés s'expliquent par les ruptures des TDR et/ou intrants de laboratoire, l'automédication. Le rapport EUV 2019 rapporte qu'au cours des trois derniers mois précédents l'enquête, en moyenne 22,5% des sites ont connues une rupture sur les intrants de lutte contre le paludisme.

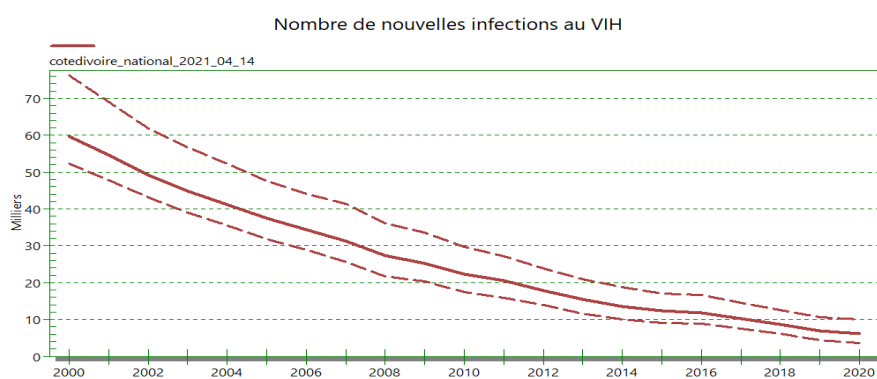
60 Rapport évaluation enquête post campagne 2019

### 2.3.1.2 VIH/Sida

#### Quelques données probantes :

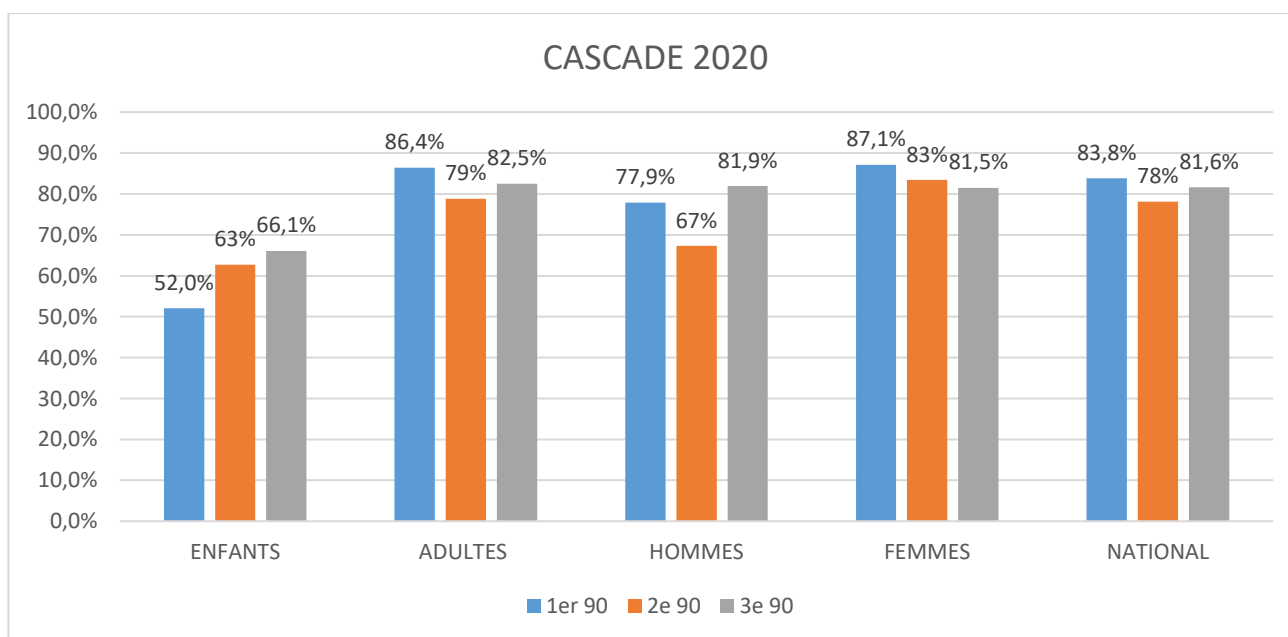
- Réduction des nouvelles infections à VIH (64% entre 2016 et 2020),
- Réduction des décès dus au sida (50% entre 2016 et 2020).
- Progrès dans l'atteinte des 90-90-90 (83,8 ; 78 ; 81,6)

Concernant la lutte contre le VIH/Sida, des progrès encourageants ont été enregistrés ces dernières années, notamment en termes de réduction des nouvelles infections à VIH (64% entre 2016 et 2020), des décès dus au sida (50% entre 2016 et 2020) et dans l'atteinte des 90-90-90.



Graphique 13: Evolution des nouvelles infections de 2000 à 2020 (Spectrum 2020)

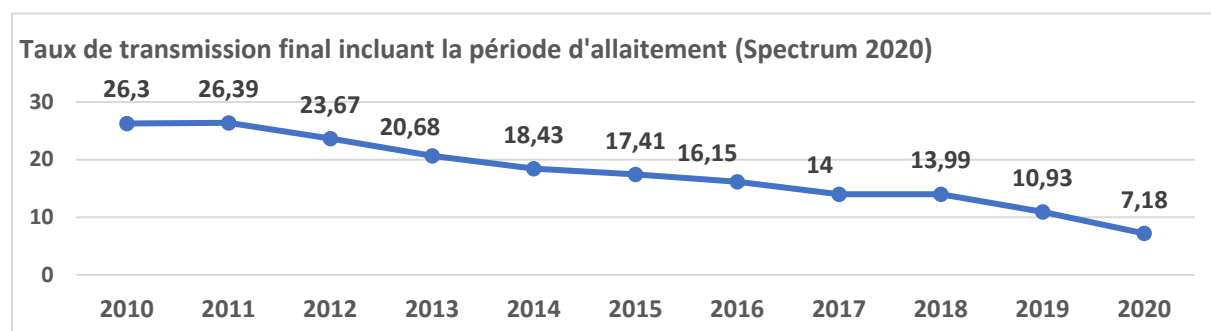
Pour le premier objectif 90 ; en 2020, 83,8% des PVVIH connaissaient leur statut. Pour le deuxième objectif 90, 78% des PVVIH connaissant leur statut recevaient des ARV. Pour le troisième objectif 90, 81,6% (66,1% chez les enfants de 0-14 ans, 81,9% chez les hommes et 81,5% chez les femmes) des PVVIH en suppression virale.



Graphique 14: Cascade des 90-90-90 (2020)



Le taux de transmission Mère-Enfant (TME) du VIH sur la période d'allaitement est passé de de 16,15% (2016) à 7,18% (2020) selon Spectrum 2020 soit une réduction de 55,5%.



Graphique 15: Taux de transmission final incluant la période d'allaitement (Spectrum 2020)

La stratégie de la prévention pré exposition au VIH (PreP) a été également adoptée.

*Toutefois, les faiblesses majeures* portent sur la faible utilisation des services VIH par les populations vulnérables i) les populations clés (HSH 44%, UD 18%), ii) les femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse (34% venues en CPN1).

On note également que seuls 53% des enfants exposés bénéficient de la PCR, la faible rétention dans les soins (couple mère-enfant en particulier et patients PVVIH en général) et l'insuffisance dans le suivi des PVVIH. Ces faiblesses sont dues à la stigmatisation et discrimination, les croyances religieuses, les coûts de transport et frais de consultation<sup>61</sup>.

### 2.3.1.3 Tuberculose

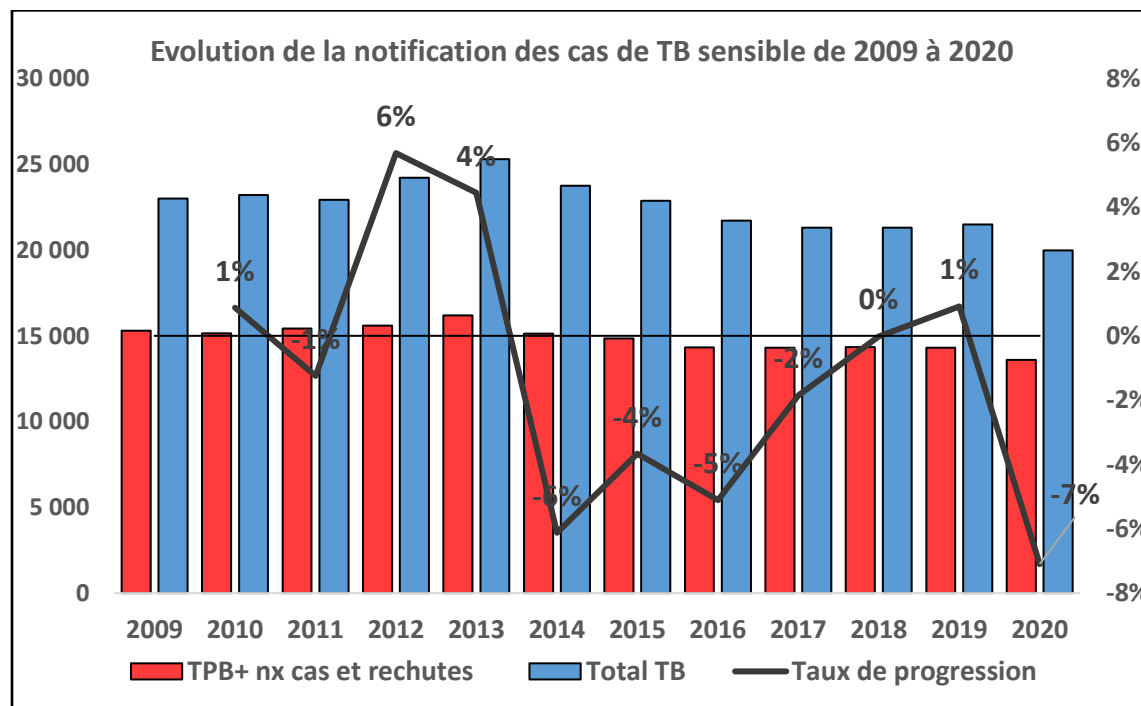
#### Quelques données probantes :

- Augmentation du nombre de structures sanitaires impliquées dans la lutte (245 en 2016 à 358 en 2020)
- Progression du taux de succès thérapeutique de tuberculose chez les nouveaux cas et rechutes confirmés bactériologiquement (de 85% en 2018 à 87% en 2020)
- Réduction du taux de perdus de vue (de 6% en 2015 à 3% en 2020)
- Augmentation du taux de recherche active de la tuberculose chez les PVVIH (de 34% en 2015 à 79% en 2020)
- Mais, sous-notification des cas de tuberculose (40% des cas manquants).

Concernant la tuberculose, le nombre de structures sanitaires impliquées dans la lutte est passé de 245 en 2016 à 358 en 2020. Le nombre de cas de tuberculose est passé de 22 879 en 2015 à 19 972 en 2020. Le taux de succès thérapeutique de tuberculose chez les nouveaux cas et rechutes confirmés bactériologiquement est en augmentation, passant de 85% en 2018 à 87% en 2020 grâce au renforcement du réseau de laboratoires avec l'acquisition d'outils de diagnostic plus performant, en l'occurrence les GeneXpert dont le nombre est passé de 11 en 2016 à 29 à 2020. Le taux de perdus de vue est passé de 6% en 2015 à 3% en 2020.

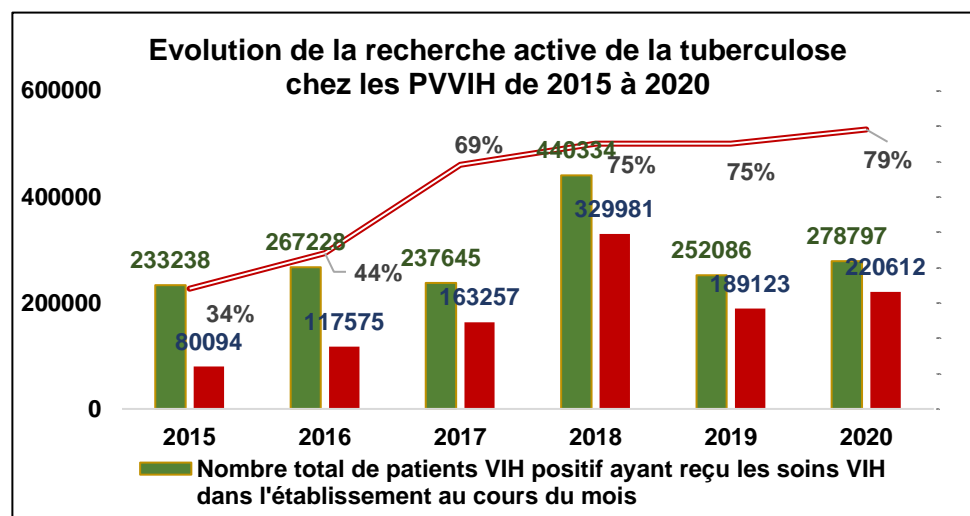
61 Rapport de l'observatoire communautaire sur le traitement du RIP+

La sous-notification qui est un défi pour la lutte contre la tuberculose a connu quelques avancées à partir de 2017 (voir graphique X). En effet, la baisse de la notification, de 5% en moyenne en 2016, a été de -2% en 2017. En 2019, la tendance à la baisse de la notification s'est inversée et la courbe de notification est dans une phase ascendante. Cela s'explique par le renforcement des activités communautaires, à partir de 2017 qui a contribué à accroître la notification même si en 2020, dans le contexte de la pandémie à COVID-19, une cassure importante de la courbe de notification a été observée avec une diminution de 7% du nombre de cas notifiés.



Graphique 16: Evolution des cas notifiés de tuberculose de 2009 à 2020

En 2020, 98% des patients tuberculeux ont bénéficié du test de dépistage pour le VIH et 99% des patients co-infectés ont bénéficié d'une thérapie ARV. Le taux de recherche active de la tuberculose est en nette progression de 34% en 2015 à 79% en 2020. Le screening s'est amélioré au fil des années, du fait d'une appropriation par les services de prise en charge du VIH ; mais également un meilleur remplissage des outils de gestion (dossiers patients, registres).



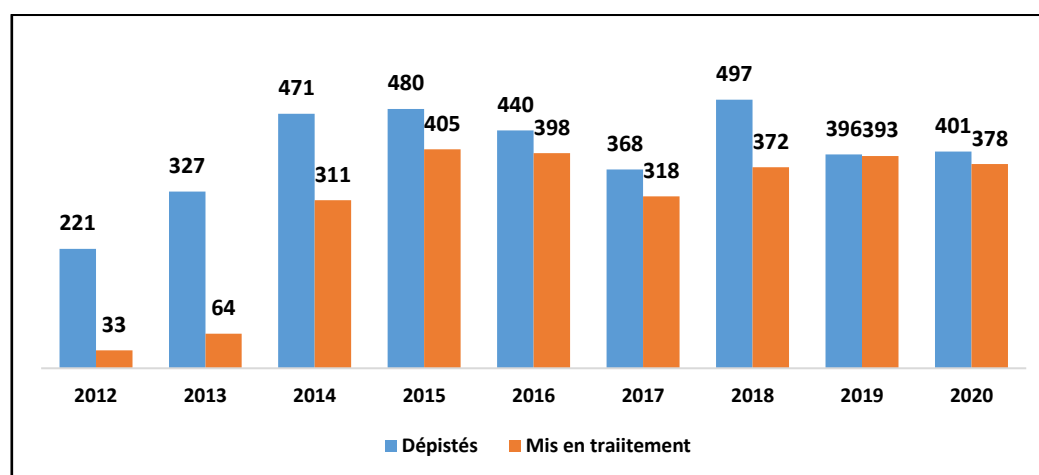
Graphique 17: Evolution de la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH de 2015 à 2020

La stratégie de la Thérapie préventive à l'isoniazide (TPI) a également été mise en place. L'investigation des enfants contacts est un excellent moyen de prévention et aussi de dépistage de la tuberculose pédiatrique. Entre 2015 et 2019, il y a eu une nette amélioration du traitement préventif à l'isoniazide des enfants. Cela s'explique par le fait que le PNLT a enclenché plusieurs actions pour améliorer ce volet. Les directives de prise en charge de la tuberculose pédiatrique ont été élaborées avec l'appui de l'UNICEF et de l'OMS. Les modules de formation ont été élaborés, et des formations ont eu lieu dans tout le pays. Le passage aux nouvelles formulations pédiatriques a été adopté. En 2020, 5 370 enfants de moins de 5 ans au contact des patients atteints de tuberculose contagieuse ont initié une thérapie préventive à l'isoniazide, soit un ratio de 39% par rapport aux formes contagieuses.

Pour la prise en charge de la Tuberculose MultiRésistante (TBMR), le dépistage de la tuberculose multirésistante s'est amélioré avec le déploiement d'appareils GeneXpert dans le pays et le taux de succès thérapeutique des TBMR est de 72.34% en 2020<sup>62</sup>.

. On a cependant noté à partir de 2016 une diminution du dépistage, malgré l'augmentation des capacités diagnostic du pays.

Après un pic observé en 2018, on observe une diminution importante des cas de TBMR/RR en 2019 et une légère tendance à l'augmentation en 2020.

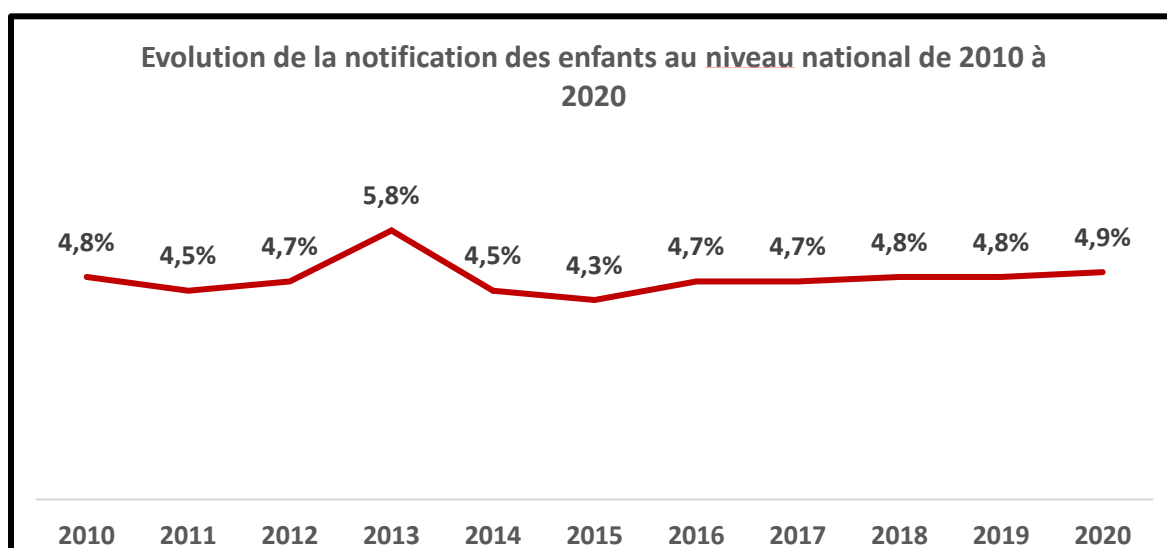


Graphique 18: Evolution du nombre de cas de TBMR notifiés et mis en traitement de seconde ligne de 2012 à 2020

*Cependant, les problèmes principaux* demeurent : i) la faible utilisation des services de prise en charge par la population ; ii) le recours tardif des potentiels malades aux services de prise en charge ; iii) le diagnostic tardif des cas de tuberculose. Ces problèmes se traduisent par une sous-notification (40% des cas manquants), le sous-diagnostic de la tuberculose de l'enfant (4,8% des nouveaux cas et rechute, confère figure X). Ces problèmes seraient dus à : i) une insuffisance de ressources humaines dédiées à la lutte contre la tuberculose ; ii) le personnel de santé des structures autres que CAT/ CDT ne sont pas suffisamment formés et sensibilisés sur la tuberculose ; iii) le mauvais choix d'itinéraire thérapeutique des patients (Praticiens de la Médecine Traditionnelle, camp de prière...).

<sup>62</sup> Rapport PNLT 2020

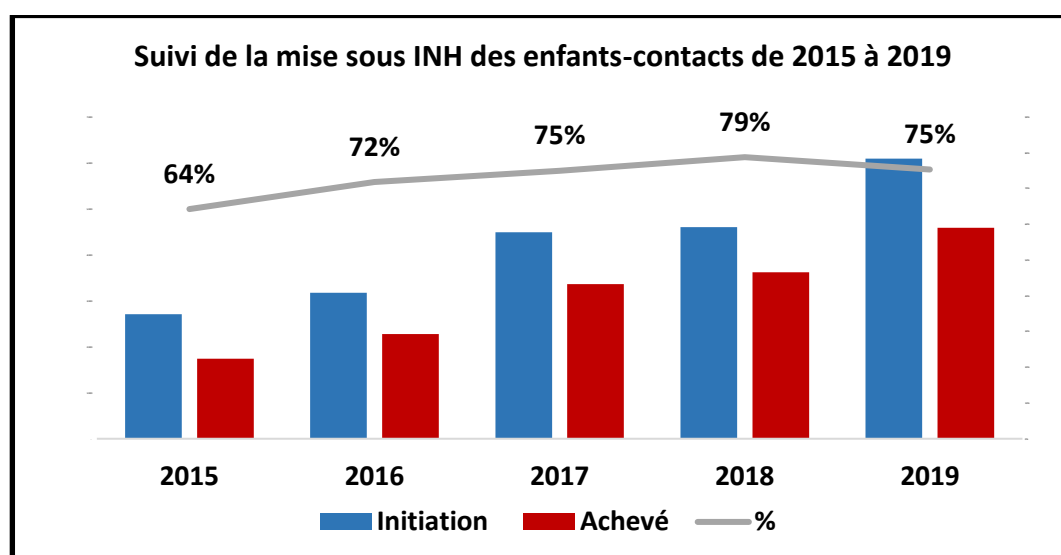
La cible nationale du taux de succès thérapeutique pour l'année 2020 était de 87% pour les nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes. La performance nationale a été de 84%. Des efforts restent encore à faire pour atteindre non seulement la cible du pays, mais également l'objectif de l'OMS qui est de 90%.



**Graphique 19: Evolution de la notification des enfants au niveau national de 2010 à 2020**

La sous-notification de la tuberculose infantile est persistante. En effet, depuis 2010, la proportion d'enfants a été inférieure à 5% (Norme OMS Pays à revenu faible et intermédiaire : 5-15%) sauf en 2013, où elle était de 5,8%.

Le suivi des enfants qui était en amélioration depuis 2015 a connu une baisse importante entre 2018 et 2019. La proportion des enfants contacts ayant terminé la thérapie préventive est passée de 64% en 2015 à 79% en 2018, et à 75% en 2019.



**Graphique 20: Suivi des enfants de moins de 5 ans mis sous TPI par rapport aux formes contagieuses dans les régions sanitaires de 2015 à 2019**

### 2.3.1.4 Hépatites virales

Pour la lutte contre les hépatites virales, la Côte d'Ivoire a acquis dans le cadre d'un partenariat, la gratuité du traitement avec l'Interféron et la formation de 200 médecins. La vaccination contre l'hépatite B des nouveau-nés a été intégrée au PEV. Plus de 3 millions de personnes ont été sensibilisées, parmi lesquelles plus de 100 000 personnes dépistées et près de 1 500 personnes traitées entre 2016 et 2019.

*Toutefois*, on note : i) le diagnostic tardif des cas d'hépatite virale, ii) une insuffisance de l'offre de services des HPV (limité aux services spécialisés). Cela s'explique par la méconnaissance de la maladie.

### 2.3.1.5 Maladies tropicales négligées (MTN)

#### Quelques données probantes :

- Pays certifié libre du Ver de Guinée acquis depuis 2014
- Couverture thérapeutique des MTN-CP de 74,64% en 2020
- Élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique (0,92 malade pour 10 000 habitants)
- En situation d'élimination de la THA en tant que problème de santé publique, validée par l'OMS en décembre 2020.

La lutte contre les maladies tropicales négligées est marquée par : i) la baisse significative de la prévalence avec la diminution du nombre de cas sous traitement, qui est passé de 772 à 471 de 2016 à 2019, ainsi que la prévalence à moins de 1 cas pour 10 000 habitants ; ii) un dépistage actif des cas d'ulcère de Buruli, de pian et des autres Maladies Tropicales Négligées à manifestation cutanée dans les districts sanitaires les plus endémiques à l'ulcère de Buruli ; iii) le maintien du statut de pays certifié libre du Ver de Guinée acquis depuis 2014 grâce aux activités de surveillance post certification.

S'agissant des Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive (MTNCP), hormis le trachome, la cartographie a été achevée pour l'ensemble des quatre autres maladies que sont la Filariose lymphatique, l'onchocercose, les géo helminthiases et la schistosomiase. Par ailleurs, des stratégies innovantes de prévention des maladies pour la réduction des nouveaux cas ont été adoptées, notamment la distribution de masse de l'ivermectine couplé à l'albendazole (onchocercose, filariose lymphatique et les géo helminthiases). La couverture thérapeutique des MTN-CP était de 74,64% en 2020<sup>63</sup>.

Pour les MTN à prise en charge des cas, la Côte d'Ivoire a atteint depuis 2001 le seuil de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique (0,92 malade pour 10 000 habitants). Par ailleurs, la Côte d'Ivoire a notifié moins d'un cas pour 10 000 habitants de Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) dans tous les foyers sur toute l'étendue du territoire national, et se trouve en situation d'élimination de la THA, validée par l'OMS en décembre 2020 en tant que problème de santé publique.

<sup>63</sup> Rapport 2020 PMTN-CP

**Par contre**, l'on peut relever des insuffisances dans la mise en œuvre des interventions liées à la lutte contre ces pathologies. Ce sont i) le retard dans le dépistage des cas ii) l'insuffisance des services proposant la prise en charge des morbidités, iii) l'insuffisance dans la notification des cas (pian, dracunculose...), iv) l'insuffisance des ressources allouées à la lutte contre les MTN et vi) le risque de résurgence de certains MTN.

Ces problèmes pourraient s'expliquer par une méconnaissance de ces maladies, l'insuffisance dans la surveillance de ces maladies et les mauvaises pratiques en matière d'hygiène.

### 2.3.1.6 Maladies non transmissibles (MNT)

#### Quelques données probantes :

- 29 sites de prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle en 2020
- 08 centres d'hémodialyse dans les hôpitaux publics
- Réduction des coûts d'accès aux soins pour les cancers du sein et le diabète par la subvention des prix des médicaments
- Mais, les décès causés par ces maladies représentent 37% des décès.

Pour ce qui est des maladies non transmissibles, les principales maladies enregistrées sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et celles liées à la santé mentale.

Pour accroître la couverture en services des MNT, la Côte d'Ivoire, a procédé à **la décentralisation de la prise en charge de ces maladies**. Cela s'est fait avec : i) l'ouverture de 06 sites de prise en charge du *diabète et de l'hypertension artérielle* portant à 29 le nombre en 2020, ii) le renforcement de compétences des prestataires de soins (1 446 médecins, 486 infirmiers et sage-femmes, 96 aides-soignants) de 68 districts sanitaires en matière de prévention des accidents cardiovasculaires dans le cadre du WHO PEN (Paquet d'interventions essentielles intégrées de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les MNT au niveau des soins de santé primaires).

On note également la création d'unités de sénologie, d'un plateau technique d'immunohistochimie et du *Centre de Radiothérapie et d'Oncologie Alassane Ouattara*.

On a la mise en place de 130 sites de dépistage du **cancer** de col de l'utérus sur toute l'étendue du territoire et une accessibilité accrue aux médicaments anti-cancéreux innovants à travers le projet Roche-Gouvernement Côte d'Ivoire. En 2019, a démarré le projet d'élimination du cancer du col de l'utérus à travers le test HPV et la vaccination anti HPV. Dans ce cadre, l'élaboration d'un document de référence intitulé « prévention du cancer du col de l'utérus en Côte d'Ivoire par HPV, IVA, thermocoagulation et cryothérapie » est en cours.

Le pays dispose également de 08 centres **d'hémodialyse** dans les hôpitaux publics : 04 à Abidjan (HG d'Adjamé, CHU de Cocody, CHU de Treichville et CHU de Yopougon) et 04 à l'intérieur du pays (Bouaké, Gagnoa, Korhogo et Yamoussoukro). En outre la création du centre national de prévention et de traitement de l'insuffisance rénale (CNPTIR) au CHU de Cocody permet d'offrir une prise en charge systématique aux PVVIH ayant une insuffisance rénale.

En plus de la décentralisation des capacités de prise en charge, l'Etat de Côte d'Ivoire, **a réduit les coûts d'accès aux soins** pour les cancers du sein et le diabète par la subvention des prix des



médicaments. Le coût d'une séance de dialyse dans les centres publics est passé d'environ 60.000 FCFA à 1750 FCFA, levant ainsi la barrière financière à l'utilisation de ces soins.

Le plateau technique de quatre (04) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) (San Pedro, Abengourou, Yamoussoukro et Korhogo), de deux (02) Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) (Treichville et Cocody) et du Centre Ophtalmologiste Méthodiste Barthimée de Dabou (COMBD) a été renforcé au titre du projet Seing Is Believing (SIB) pour le *dépistage des déficiences visuelles* et la prise en charge chirurgicale particulièrement la réalisation de la chirurgie de la cataracte. Le nombre de personnes touchées par les visites à domicile est de 89 527 en 2018 (rapport du projet Seing Is Believing, Juin 2018).

Les acquis dans le cadre de la *lutte contre le Tabac et autres addictions* au cours de la période 2016-2020 ont été marqués par : i) l'adoption de la loi relative à la lutte antitabac, ii) l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogue (UD) avec l'introduction du traitement de substitution aux opiacés (la méthadone).

*Cependant*, les décès causés par ces maladies représentent 37%<sup>64</sup> de l'ensemble des décès enregistrés. Que ce soient les maladies métaboliques (diabète, hypertension, le cancer, les déficiences mentales, les déficiences oculaires et autres maladies non transmissibles, on note comme difficultés, prioritairement le retard dans le diagnostic précoce des MNT. Cela pourrait être dû à : i) une faiblesse de l'intégration des services de prise en charge de ces maladies dans les hôpitaux de références (création de 29 unités de prise en charge intégrée du diabète et de l'hypertension dans 28 sur 113 districts sanitaires soit une couverture de 24,78%)<sup>65</sup> ; ii) la faiblesse des capacités des personnels soignants du niveau primaire de la pyramide sanitaire pour le diagnostic précoce des MNT et leur référence dans les structures de prise en charge et iii) une méconnaissance des facteurs de risque par les communautés.

A cela s'ajoutent i) le retard dans la prise en charge des MNT y compris les accidents de la voie publique (AVP), ii) les coûts élevés de la prise en charge des MNT, iii) une insuffisance de données sur ces maladies.

Pour le cas particulier du tabac, on note l'ingérence négative des industrielles du tabac et l'alcool dans la promotion de la santé ; et une insuffisance dans la mise en œuvre de la loi anti-tabac.

Le vieillissement des populations, la forte augmentation de la charge des maladies non transmissibles et les blessures causées par les conflits continuent d'accroître les besoins non satisfaits en services de réadaptation abordables<sup>66</sup>. La Côte d'Ivoire n'est pas en marge de cette situation. Pourtant, la réadaptation est souvent sous-priorisée et n'est pas toujours disponible dans les systèmes de santé du pays et dans le cadre de la CMU. En effet, les services de kinésithérapie sont offerts dans des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) (15/19) et certains Hôpitaux Généraux (HG) (14/100). En outre, il n'y a pas de programme de Réadaptation à Base Communautaire (RBC) et la réadaptation n'est pas disponible au niveau primaire de la pyramide de santé.

64 Organisation mondiale de la Santé- Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2018

65 Rapport d'activités 2020 PNLMT

66 World Health Organization (2017). Rehabilitation in Health Systems. World Health Organization, Geneva, Switzerland

L'absence de stratégie nationale et d'un plan d'action (budgétisé) ne permet pas des actions coordonnées de toutes les parties prenantes afin d'assurer que ces actions viennent consolider le secteur et s'intégrer dans les différents programmes du MSHPCMU.

### 2.3.1.7 Nutrition

#### Quelques données probantes :

- Installation dans 14 régions administratives de 1 867 Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC).
- Taux de guérison 83,05% enfants malnutris aigus sévères sans complication admis en UNTA en 2020.
- 5 506 830 enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A lors de campagne et 285 194 enfants en routine.
- 4 991 103 enfants de 12 à 59 mois déparasités en campagne et 197 854 en routine.

En matière de nutrition, le Gouvernement a mené, avec l'implication de ses partenaires au développement, plusieurs interventions notamment : i) l'opérationnalisation du Plan National Multisectoriel de Nutrition (PNMN 2016-2020), de son cadre de suivi/évaluation, ii) l'élaboration du Plan d'Action Multisectoriel de l'Allaitement (PAMA) 2019-2021, iii) la mise en œuvre de la stratégie de l'allaitement/ Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), iv) l'installation dans 14 régions administratives de 1 867 Foyer de Renforcement des Activités de Nutrition Communautaire (FRANC) dans le cadre du Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance (PMNDPE) et v) l'opérationnalisation de la Plateforme Nationale Multisectorielle d'Information Nutritionnelle (PNMIN).

Ces actions ont permis d'offrir des soins nutritionnels aux femmes enceintes, femmes allaitantes, nouveau-nés et enfants, d'améliorer la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes. En effet, en 2020 ce sont 17307 enfants malnutris aigus sévères sans complication admis en UNTA, dont 2283 cas d'abandon, 166 décès et 12003 déclarés guéris soit 83,05%. Cette proportion varie d'une région à une autre. Elle est de 47 % dans la région sanitaire d'Abidjan 2 et de 100 % dans la région sanitaire Nawa. Les données collectées au niveau de 15 districts sanitaires de janvier à novembre 2018, indiquent que sur 16 731 enfants malnutris aigus attendus, 9 018 ont été pris en charge, soit un taux de couverture de 54 % dont 78% ont été déclarés guéris. Concernant la vitamine A, 5 506 830 enfants de 6 à 59 mois ont été supplémentés en campagne et 285 194 enfants en routine. En outre, ce sont 4 991 103 enfants de 12 à 59 mois qui ont été déparasités en campagne et 197 854 en routine.

Cependant, en dépit de ces efforts d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle, on relève une faible couverture de l'offre de service en nutrition avec 46,45% des services de santé offrant des services de Prise En Charge de la Malnutrition Aigüe Sévère même si 100% des dites structures de santé offrent des services d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE). Cette faiblesse de couverture est associée à un ensemble de faiblesse au niveau de la disponibilité des services de nutrition pour la femme enceinte/allaitante, de la qualité de l'offre du paquet de l'ANJE, de la disponibilité des services de nutrition pour les adolescentes. La prise en charge des enfants malnutris aigus sévères demeure faible avec environ 30% des malnutris attendus.

Par ailleurs, on note une pratique de soins et d'une alimentation inadéquate qui se traduisent par : (i) une forte proportion d'enfants de 6-23 mois qui ne bénéficient pas d'un régime alimentaire minimum acceptable (87,5%) ; (ii) une faible proportion d'enfants de moins de 6 mois qui bénéficient d'un allaitement exclusif (23,5%) ; (iii) une faible proportion d'enfants de 6-23 mois qui sont allaités et bénéficient d'une alimentation de complément. La proportion de nourrisson mis au sein dans l'heure qui suit la naissance a augmenté de 30,8% à 36,6% ce qui demeure encore bas. Elle est plus faible (35,9%) pour les nourrissons dont les mères ont accouché avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié (soit 73,6% des femmes qui ont accouché). Ce point montre la faible promotion des pratiques optimales ANJE par les personnels de santé.

Les cas de carence en micronutriments et vitamines restent aussi fréquents. Plus de la moitié des femmes en âge de procréer (53,7%) et trois enfants (74,8%) de moins de cinq sur quatre souffrent d'anémie en 2012. 24,1% des enfants de 6 à 59 mois souffrent de carence en vitamine A. 67,3% du sel est adéquatement iodé ( $\geq 15$  ppm) au niveau des ménages. En conséquence, sur les 965,000 naissances vivantes attendues en 2016, 315,000 nouveaux nés insuffisamment ou non protégés contre la carence en iode (32,7%) risquent de subir un retard de développement mental et d'avoir une déficience mentale, entraînant des implications socio-économiques sur leur vie future. Les différentes formes de malnutrition sont responsables de 45% des décès des enfants de moins de 5 ans, soit 42,000 décès d'enfants de moins de 5 ans par an.

Ainsi, les problèmes centraux de la lutte contre la malnutrition dans le système de santé sont : i) la faible utilisation des services de prévention et ii) l'insuffisance de prise en charge des différentes formes de malnutrition.

Cette situation s'explique par : i) la faiblesse des activités promotionnelles et préventives menées par le système de santé ; ii) l'insuffisance de formation du personnel de santé à la détection de la malnutrition et à la fourniture de conseils nutritionnels ; iii) l'insuffisance d'équipements essentiels pour la surveillance de la croissance et du poids ; iv) l'insuffisance dans l'application des directives en matière de nutrition dans de nombreux établissements sanitaires et v) le faible taux de fréquentation des établissements sanitaires par les enfants âgés de plus d'un an, réduisant ainsi l'impact de la mise en œuvre de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage en routine. On note également une pratique de soins et une alimentation inadéquates liées à : i) un manque de connaissances et de conseils en matière de nutrition et d'alimentation ; ii) au peu de temps que les mères consacrent à leurs enfants ; iii) au faible taux d'achèvement des CPN par les femmes enceintes/mères ; iv) à l'absence d'un programme d'éducation parentale en matière de développement intégré de la petite enfance.

Les défis en matière de nutrition dans le système de santé restent : (i) la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles et des mesures préventives à travers la communication pour l'adoption des comportements et des normes sociales favorables à la nutrition ; (ii) le renforcement de la prise en charge de la malnutrition, à travers la création et la redynamisation des unités nutritionnelles (UNTA et UNT) et la mise à disposition des intrants nutritionnels ; (iii) le renforcement des ressources humaines qualifiées en matière de prise en charge des problèmes de nutrition.

### 2.3.1.8 Prestation de vaccination

#### Quelques données probantes :

- 30 antennes de l'INHP (24 régionales, 02 départementales et 04 communales) et 16 postes frontaliers pour les vaccins « Hors PEV »
- Couverture nationale en Penta 3 de 89,87%. Cinquante districts (50) sur les 113, soit 44,24% ont atteint la cible nationale (95%) en 2020.
- Couverture nationale de la vaccination anti rougeoleuse de 85,99% en 2020. Trente-huit (38) districts sanitaires sur les 113, soit 33,63% ont atteint la cible nationale (95%).

La vaccination est coordonnée par deux structures sanitaires, l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP) et le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination chez les enfants de moins de 5 ans, chez les filles âgées de 9 ans et chez les femmes enceintes. Il coordonne les activités au niveau central tandis qu'au niveau intermédiaire, ce sont les Directions Régionales (33 DRS) et au niveau opérationnel, les Districts Sanitaires (113) qui comptent 2384 centres de vaccination qui assurent la coordination locale des activités de vaccination.

L'INHP, est un Etablissement Public National depuis 1991 dont la principale mission est la « Prophylaxie et le contrôle des endémies transmissibles bactériennes, virales et parasitaires ». L'INHP effectue des vaccinations dites « Hors-PEV » constituant ainsi une stratégie de vaccination complémentaire à celle du PEV. Il s'agit d'activités de vaccination recouvrables destinées au grand public (enfants de plus de 12 mois, adultes, voyageurs, entreprises et collectivités). Pour réaliser ses activités, l'institut possède 30 antennes (24 régionales, 02 départementales et 04 communales) et 16 postes frontaliers. L'INHP assure la Surveillance Epidémiologique des maladies transmissibles à travers son système d'alerte précoce. Pour ce volet, le prochain chapitre va l'aborder.

Concernant la vaccination du PEV, en 2020, les défis liés à l'amélioration des performances de vaccination de routine et de surveillance des maladies, et d'approvisionnement régulier et adéquat en vaccins et consommables de qualité ont été relevés. La pandémie liée à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), dont le premier cas a été enregistré en Côte d'Ivoire le 11 mars 2020, a entraîné un ralentissement des activités de vaccination de routine et un report des activités de masse (journées nationales de vaccination, enquête de couverture vaccinale, revue externe du PEV, stratégies avancées, supervisions...) cette année-là. Mais grâce à la révision du plan d'action en mai 2020 qui a permis de réactiver les services de vaccination et de combler les lacunes de la vaccination résultant de la COVID-19 et au plan de relance des activités de vaccination post COVID-19 des résultats encourageants ont été atteints.

Ce sont le maintien du rythme de distribution des vaccins et consommables (excepté les vaccins bVPO, VAA et HepB qui ont connu une rupture allant de 2 à 5 mois en fonction des antigènes), du fait de l'effectivité du mécanisme d'achat anticipé de vaccin par le gouvernement. En effet, le financement de l'Etat en faveur de la vaccination représentait 81% du financement. On note également de bonnes performances de la surveillance des maladies et des MAPI (Manifestations

Adverses Post Immunisation) et l'intensification de la communication sur la vaccination pendant la pandémie de COVID 19.

**Cependant**, des efforts restent à faire car l'objectif de couverture vaccinale de 95% pour la plupart des antigènes n'est pas atteint. En 2020, la pandémie à coronavirus qui a eu un impact sur les activités de la vaccination de routine a encore accentué les faibles performances dans ce domaine. Ainsi, sur les 16 antigènes, seuls 02 (le Penta1 et le PCV13-1) avaient atteint l'objectif de 95% et le HPV1 et 2 avaient des couvertures inférieures à 50%. On a également noté qu'en 2020, 39 Districts sanitaires (34%) et 12 Districts sanitaires (10%) avaient respectivement un taux d'abandon global et un taux d'abandon spécifique de plus de 10%.

Pour l'état vaccinal des femmes enceintes, on note une couverture nationale pour la deuxième dose du vaccin antitétanique et diphtérique (Td 2+) qui est passée de 85% en 2018 à 75% en 2020. Sur 113 districts éligibles, 14 districts sanitaires, soit 12,4%, ont atteint la cible nationale de 95%.

En ce qui concerne les résultats de la vaccination de routine chez l'enfant, la couverture nationale en Penta 3 de 89,87%. Cinquante districts (50) sur les 113, soit 44,24% ont atteint la cible nationale (95%) en 2020. Pour ce qui est de la vaccination anti rougeoleuse, la couverture nationale est de 85,99% en 2020. Trente-huit (38) districts sanitaires sur les 113, soit 33,63% ont atteint la cible nationale (95%)<sup>67</sup>.

Les causes de ces performances sont : 1) les rumeurs persistantes contre la vaccination ; le manque d'éducation sanitaire des populations pour le suivi du calendrier vaccinal. On note également comme difficulté future le retrait prochain de certains partenaires clés pour la vaccination (GAVI).

### 2.3.1.9 Maladies à potentiel épidémique et situation d'urgence

#### Quelques données probantes :

- Institutionnalisation du Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) Décret N° 2019-292 du 3 avril 2019
- Création de la plateforme nationale « une seule santé » Décret N° 2020-977 du 23 décembre 2020 modifiant le décret N°2019-293 du 3 avril 2019.
- Proportion des performances des dix-neuf (19) capacités requises du règlement Sanitaire International (RSI) à travers l'Outil Remap (Ressources Mapping) de 19% en 2019.

S'agissant de la réponse aux urgences de santé publique, le pays a révisé la 3<sup>e</sup> édition du guide de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR 3) pour orienter la surveillance de routine. Concernant la gestion des urgences, plusieurs documents stratégiques ont été élaborés dont la stratégie nationale de communication sur les risques liés aux cinq groupes de zoonoses prioritaires 2019-2022, les huit plans de contingence ciblant les huit menaces prioritaires et le plan d'intervention d'urgence de santé publique de l'aéroport FHB.

<sup>67</sup> RASS 2020



Afin de renforcer le cadre réglementaire, des décrets et arrêtés suivants ont été pris : i) Décret N° 2019-292 du 3 avril 2019 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) ; ii) Décret N° 2020-977 du 23 décembre 2020 modifiant le décret N°2019-293 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de la plateforme nationale « une seule santé » du 3 avril 2019; iii) Décret N° 2020-498 du 10 Juin 2020 relatif au contrôle sanitaire des personnes aux points d'entrées terrestres, maritimes, fluviaux-lagunaires, ferroviaires et aéroportuaires, iv) Décret N° 2020-498 du 10 juin 2020, portant création, attribution, organisation et fonctionnement des points d'entrée terrestres, maritimes, aéroportuaires, fluviaux-lagunaires et ferroviaires ; l'Arrêté N°470/PM/CAB du 10/04/2020 portant création, organisation et fonctionnement du comité de suivi opérationnel du plan de riposte contre la pandémie à COVID-19. La Côte d'Ivoire dispose également d'une plateforme pour la réduction de risque de catastrophe (décret N°2012-988 du 10 octobre 2012 portant création, attributions, organisation de la plateforme nationale de réduction des risques et de gestion des catastrophes), d'un plan d'action national de lutte contre les menaces Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques 2015-2017 (NRBC), et d'un plan annuel national de sécurité sanitaire (PANSS). La lutte contre les urgences sanitaires a également été marquée par la mise en place de la bio banque régionale au niveau de l'Institut Pasteur et du centre d'étude des pathogènes émergents à risque infectieux sévères (CEPRIS).

**Malgré tout**, la réponse aux urgences de santé publique n'est pas toujours optimale ? En effet, la proportion des performances des dix-neuf (19) capacités requises du règlement Sanitaire International (RSI) à travers l'Outil Remap (Ressources Mapping) était de 19% en 2019.

Cette réponse rencontre des difficultés telles que: i) l'absence de plans d'urgence de santé publique au niveau des frontières terrestres et dans les ports d'Abidjan et de San Pedro, ii) l'absence de la cartographie des risques et les ressources de santé publique prioritaires au niveau départemental et régional, iii) l'existence d'une multiplicité de systèmes de notification électronique des maladies et événements de santé publique à l'interface homme/animal/environnement, iv) l'insuffisance des capacités (humaines, matérielles, logistiques) pour la mise en œuvre de la surveillance basée sur les événements, v) le faible taux de couverture de la formation et d'appropriation du guide de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR 3e édition), vi) l'absence d'intégration des modules SIMR dans les curricula de formation dans les écoles de formations de base, vii) l'insuffisance du déploiement des COUSP dans les régions sanitaires (06 sur 33 régions) et viii) le retard dans la mise en place des équipes médicales d'urgence.

Les principaux défis en matière de réponse aux épidémies sont (i) le renforcement de la surveillance basée sur les événements (SBE), (ii) la décentralisation des capacités opérationnelles au niveau des districts et régions sanitaires dans la prise en charge (PEC) des cas, (iii) l'opérationnalisation des COUSP dans les régions sanitaires, (iv) la mobilisation rapide des financements pour la gestion des épidémies et l'élaboration des plans d'urgence et (v) le renforcement des capacités des laboratoires pour la confirmation des cas.

### 2.3.2. Qualité des soins et sécurité des services

#### Quelques données probantes :

- Évaluation de la qualité dans 11 CHR et 41 Hôpitaux Généraux montrent un score global dans les CHR de 56,7% et de 46,07% pour les hôpitaux généraux en deçà de la performance exigée de 80%.
- Évaluations des CHU et CHR en matière de PCI dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 : Niveau PCI intermédiaire (un score compris entre 50% et 75%)
- 43 % des EPS ne disposent de points d'eau se trouvant à l'intérieur des bâtiments
- 61 % des EPS de l'ensemble des Régions sanitaires disposent de latrines fonctionnelles



La qualité des prestations des soins et services de santé aux populations est devenue une exigence ; et pour l'assumer le Ministère en charge de la santé a développé au cours de la période 2016-2020 deux *documents de politiques*<sup>68</sup> dont, le document de Politique Nationale d'Amélioration de la Qualité des Soins et des Services (PNAQS). Il définit le cadre de développement de la qualité dans le secteur de la santé qui s'articule autour de la promotion d'une carte sanitaire équilibrée en termes d'offre de soins, l'extension et le renforcement de la gratuité des soins, l'amélioration de la fréquentation des soins. De plus un plan stratégique qualité<sup>69</sup>, un document de directives<sup>70</sup> et un guide de surveillance des infections nosocomiales<sup>71</sup> ont également été élaboré.

Cependant, la mise en œuvre des normes et standards est conditionnée non seulement par la disponibilité des directives mais également d'un personnel qualifié formé et motivé, du matériel, des équipements et des médicaments nécessaires. Or selon l'enquête SARA 2016, 46% des établissements sanitaires ne possèdent pas les directives en matière de lutte contre les infections. Elle indiquait par exemple que moins de la moitié des établissements sanitaires offrant des services de soins ont un agent formé en soins prénatals (45%).

De plus le rapport EUV 2019 du PNLN note que contrairement aux directives nationales de prise en charge du paludisme qui recommandent que tous les cas de paludisme soient confirmés par TDR ou microscopie, environ que 17% des cas de paludisme ont été confirmés cliniquement.

En matière de législation sur la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), on note une insuffisance de l'application du protocole de Maputo et la non-adoption du projet de loi sur la SSR. Les normes et protocoles en santé sexuelle reproductive, maternelle, néonatale et infantile, ont été mis en place mais ne sont pas disponibles au niveau opérationnel. De plus, les consultations régionales ont montré que les structures sanitaires du niveau inférieur ne disposent pas de règlement intérieur et de manuels de procédure de gestion comptable et financière et la diffusion des procédures éditées reste insuffisante.

***L'organisation pyramidale des soins*** (niveau primaire constituant le point d'entrée dans le système de santé, niveau secondaire constituant le point de référence immédiat ou de premier recours du niveau primaire, niveau tertiaire constitué de tous les établissements de soins publics qui assurent une fonction de second recours pour les usagers et qui possèdent une capacité technique de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant être pris en charge au niveau

<sup>68</sup> Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire. Juin 2016 ; Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière. 2017

<sup>69</sup> Plan stratégique national d'amélioration de la qualité, hygiène et sécurité. Mars 2017.

<sup>70</sup> Directives pour la lutte contre les infections nosocomiales à l'intention des établissements de santé. 1ère édition. 2017.

<sup>71</sup> Guide national de surveillance et de prévention des infections nosocomiales. 1ère édition. Octobre 2017.

secondaire) et l'existence de textes réglementaires (arrêté N28/MSHP/CAB du 08 février 2002 portant détermination de la pyramide sanitaire) organisant les différents niveaux constituent une base pour une offre efficace des soins. Cependant, l'insuffisance d'application du schéma directeur d'organisation des soins et de normes et procédures pour l'organisation des soins (y compris la référence et la contre-référence et les PMA par niveau), le manque d'harmonisation des protocoles thérapeutiques et la quasi-inexistence d'activités avancées et mobiles couvrant les populations au-delà du périmètre d'accès géographique handicapent fortement l'accès universel aux services essentiels de santé.

En matière d'organisation des soins, un des problèmes récurrent est l'organisation des références et contre références et des urgences. Cela est dû i) au manque ou la non application des procédures de gestion des urgences entre les différents acteurs ; ii) à une absence dans la gestion des lits dans les services d'urgence, à l'insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la gestion des urgences.

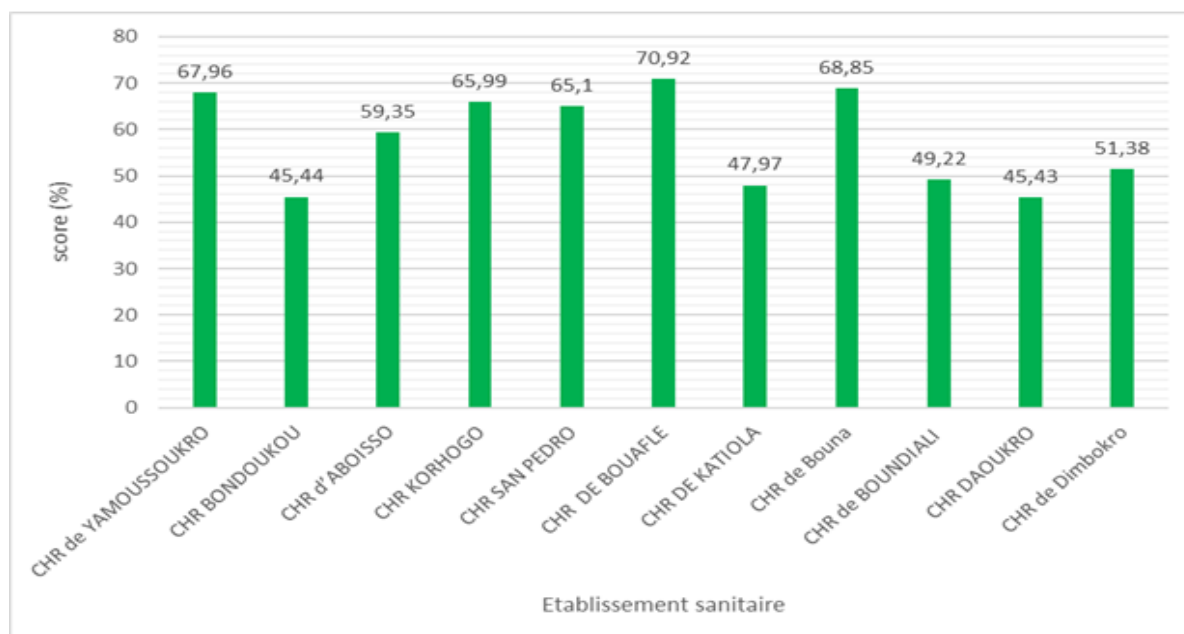
Pour ce qui est des *supervisions et de l'évaluation des services*, on note : i) une insuffisance de formation des superviseurs ; ii) une insuffisance dans la réalisation des supervisions selon les paquets minimums d'activités. En outre l'inspection et le contrôle de routine ne sont pas réalisés dans les structures sanitaires. Les activités d'évaluation sont irrégulièrement mises en œuvre dans les régions et districts. Ces problèmes s'expliqueraient par une insuffisance de moyens matériels et financiers pour conduire les activités de supervision et d'évaluation.

Concernant le processus d'amélioration de la qualité des *prestations de laboratoire*, dans la perspective de leur accréditation (SLIPTA, une initiative visant à mettre en œuvre un SMQ dans les Laboratoires de Biologie Médicale (LBM) d'Afrique) a été conçu par OMS / AFRO. En Côte d'Ivoire, ce processus a démarré en 2010. Il a permis, à ce jour, l'incorporation de cinquante-six (56) LBM sur trois (03) cohortes, avec l'appui technique des Partenaires de Mise en Œuvre (PMO) du PEPFAR.

Ainsi, 11 CHR et 41 Hôpitaux Généraux ont fait l'objet d'évaluation. Cette évaluation a suscité dans l'ensemble, l'engagement des directeurs des hôpitaux dans ce processus de la démarche qualité.

Les résultats globaux montrent que les CHR ont un score global 56,7% et un plateau technique plus ou moins aux normes. En effet, parmi eux, certains n'avaient pas de service de réanimation.

Pour les hôpitaux généraux un score global de 46,07% est obtenu d'où une performance en deçà de la performance exigée qui est de 80%. Aucun établissement n'a atteint la performance de 80% d'où la nécessité de les accompagner dans la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité. Ainsi après l'évaluation, un plan d'amélioration a été élaboré pour chaque établissement.



**Graphique 21: Résultats comparatifs des CHR**

En matière de *Prévention et Contrôle des Infections (PCI)*, les résultats des évaluations des CHU et CHR en matière de PCI dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 ont montré que la plupart de ces établissements sanitaires sont à un niveau PCI intermédiaire, c'est à dire ayant obtenu un score compris entre 50% et 75%. Seul le CHU d'Angré à un niveau PCI avancé avec score de 72,22% à la première évaluation et 91,66% à la seconde évaluation en 2020.

Dans la région du Sud Comoé, 90% des établissements sanitaires, tous niveaux confondus, ont un score PCI inférieur à 50%. Seulement 10% ont obtenu un score PCI compris entre 50 et 75%, ce qui correspond à un niveau PCI intermédiaire.

Dans les régions sanitaires du Kabadougou, Bafing, Folon, Cavally, Tonkpi et San-Pédro, l'évaluation des établissements sanitaires de référence (CHR et HG) a donné les résultats suivants :

- 47% ont un niveau PCI basique (score inférieur à 50%) ;
- 52,94% ont un niveau PCI intermédiaire (score compris entre 50% et 75%) ;
- Aucun établissement n'a un niveau PCI avancé

Concernant la problématique *de l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements publics de soins*, l'analyse situationnelle réalisée par la Direction Générale de la Santé en juillet 2020, a donné les résultats ci-après :

- En matière de disponibilité de l'eau, 70 % des Etablissements Publics de Soins (EPS), tous types confondus, disposent d'un point d'eau pour faire face à leur besoin en eau. Parmi ceux-ci, ce sont 75 % des EPS qui ont leurs points d'eau fonctionnels. En termes d'emplacement, seuls 43 % des EPS ne disposent de points d'eau se trouvant à l'intérieur des bâtiments sur l'ensemble du territoire national. Sur l'ensemble des EPS visités, seuls 42 % disposent d'eau dans les salles de soins.

- *Pour ce qui est de l'accès aux services d'assainissement*, il ressort que seuls 12 % des Etablissements Publics de Soins (EPS) ne disposent d'aucune latrine dans l'ensemble des régions sanitaires. Cependant, 50 % des EPS visités disposent de latrines améliorées (toilettes à chasse manuelle et latrines VIP) contre 38 % qui renferment des latrines non améliorées (latrines traditionnelles). En termes de fonctionnement, 61 % des EPS de l'ensemble des régions sanitaires disposent de latrines fonctionnelles.

- *En matière d'accessibilité aux infrastructures d'hygiène*, relativement à l'hygiène, il existe des dispositifs de lavage des mains (DLM) dans 90 % des établissements publics de soins (EPS) de l'ensemble des régions sanitaires. Mais cette proportion d'EPS disposant de DLM avant l'avènement de la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) est relativement plus basse (76 %), selon les résultats de l'enquête. Toutefois, il a été observé que 07 % des DLM ne sont pas fonctionnels.

- On note aussi que, sur toute l'étendue du territoire national, 71 % des établissements publics de soins (EPS) disposent d'un personnel spécifique dédié à l'entretien des infrastructures EHA (Eau Hygiène Assainissement). Plus du quart des EPS n'ont pas de personnel dédié pour l'entretien desdites infrastructures. L'évaluation de la propreté des toilettes (latrines et urinoirs) est effectuée par les responsables dans 38 % des EPS. Dans 24 % des cas, l'évaluation de la propreté des toilettes est confiée au personnel d'entretien. Dans 32 % des EPS, cela se fait avec une fréquence hebdomadaire. Toutefois, quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire, des difficultés faisant entrave à la fonctionnalité et à la propreté des infrastructures EHA sont rencontrées. Elles relèvent de l'insuffisance de matériels et produits d'entretien, du manque de personnel d'entretien, des pratiques non hygiéniques des usagers et de l'insuffisance de moyens financiers.

*Concernant la problématique de la gestion des déchets sanitaires*, elle constitue une préoccupation majeure de santé publique et d'environnement importante pour la Côte d'Ivoire. En effet, le tri des déchets ne s'effectue pas de façon systématique, augmentant la proportion de déchets à risque (38% des établissements publics ne pratiquent pas le tri des déchets à la source de production). On note une importance des pollutions environnementales dues notamment aux déchets produits par les activités de soins estimés à 25,55 tonnes de déchets solides produits chaque jour soit environ 9 325,09 tonnes par an. Pourtant, ce processus de gestion est soumis à un ensemble de contraintes juridiques et réglementaires. La loi n° 96-766 du 3 octobre 1996 relative au Code de l'environnement et l'arrêté n° 131 du 3 janvier 2009 définissent le cadre de toute intervention de gestion des déchets biomédicaux. On note que 62% de ces déchets sanitaires sont infectieux alors que les standards de l'OMS fixent à seulement 20% la proportion de déchets sanitaires dangereux. Par ailleurs, le système de collecte, de stockage et de transport des déchets reste lacunaire et l'élimination n'est pas écologique. En effet, les établissements sanitaires dans leur grande majorité ont recours (i) aux décharges publiques et autres dépôts sauvages, (ii) au brûlage à l'air libre ou à l'utilisation d'incinérateurs artisanaux non conformes, (iii) à l'élimination dans des fosses non sécurisées, (iv) à l'enfouissement non sécurisé et (v) aux égouts. Toutes ces pratiques polluent l'environnement, menacent la flore et la faune ainsi que la santé des populations. Tous ces problèmes liés à la problématique des déchets sanitaires s'expliquent par l'inexistence de structures opérationnelles chargées de la mise en œuvre de la

gestion des déchets sanitaires. Aussi, le personnel de santé n'est pas formé à la gestion des déchets sanitaires (36%)<sup>72</sup>.

Pour ce qui est des *infections liées aux soins et des accidents d'exposition au sang et liquides biologiques*, l'analyse situationnelle au niveau opérationnel a montré que : i) les EAQ (Equipe d'Amélioration de la Qualité) ne sont pas formées sur la surveillance des infections nosocomiales ; ii) les Comités d'Hygiène dans certains hôpitaux ne sont fonctionnels ; iii) l'application des mesures standards de prévention et contrôle de l'infection reste insuffisante ; iv) les procédures dans le traitement des malades ne sont pas respectées par les prestataires dues à une insuffisance d'équipement de protection pour les prestataires.

Les défis majeurs en matière de qualité des soins et sécurité des services sont : i) le respect de la fonctionnalité des structures sanitaires selon les normes nationales afin d'assurer une cohérence effective de la référence et contre référence selon les niveaux de la pyramide sanitaire, et ii) l'élimination adéquate des déchets issus de l'activité des soins.

S'agissant de la santé-environnement, le renforcement du système de santé publique ivoirien pour une meilleure résilience face aux menaces liées à la santé, l'environnement et aux changements climatiques, s'est traduit par l'élaboration de : i) la Politique Nationale Santé-Environnement (PNSE) validé en 2016 et qui met l'accent sur la lutte contre le changement climatique et ; ii) Le Plan National de Gestion des Déchets Sanitaires (PNGDS 2016-2020).

En ce qui concerne le traitement des déchets biomédicaux dans les établissements sanitaires (CHU, CHR, HG et ESPC), on dispose de 58 incinérateurs et de 10 banaliseurs<sup>73</sup>.

Toujours, s'agissant de la santé-environnement, la dégradation continue de la qualité de l'air est due essentiellement au dynamisme constaté ces dernières années dans le domaine des transports, des activités industrielles et domestiques causant l'émission des gaz et des fumées et/ou des particules susceptibles de porter atteinte à la qualité de l'air. Ces insuffisances constatées appellent à une action concertée intersectorielle.

### 2.3.3. Prestations de services liées aux groupes spécifiques

#### Quelques données probantes :

- En 2020, 22,5% femmes utilisait une méthode contraceptive et on estime les besoins non satisfaits à 32,60%.
- 34% de CPN1 en 2020 et CPN4, 42,31%
- Seulement 4,4% des établissements offrent des SONU B et 11,1% offrent des SONU C

#### 2.3.4.1 Prestations en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Afin d'accélérer l'amélioration des indicateurs en lien avec la santé maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile, le PNDS 2016-2020 en a fait un axe stratégique prioritaire. Les ODD

<sup>72</sup> Rapport de l'Analyse situationnelle de l'accès aux services d'Eau, d'Hygiène et d'Assainissement dans les Etablissements Publics de Soins de Côte d'Ivoire, 2020

<sup>73</sup> PNGDS 2016-2020

(objectif 3) ont fixé le ratio de mortalité maternelle en dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes au niveau mondial et à moins de 140 décès pour chaque pays d'ici à 2030.

Au niveau de la santé de la reproduction, les *capacités des structures de santé* ont été renforcées pour offrir les services dédiés à la santé de la mère. En matière de planification familiale, la proportion des établissements sanitaires offrant au moins 3 méthodes modernes de contraception est de 71%. La prévalence contraceptive nationale est estimée à 22,6 % en 2018 contre 20,8% en 2017. On note une augmentation de l'adoption de méthodes modernes de contraception dans les zones du Nord soit 27,7% d'adoption par les femmes en 2018 contre 18% en 2012. En 2020, seulement plus d'une femme sur cinq (22,5%) avait utilisé une méthode contraceptive et on estime les besoins non satisfaits à 32,60%<sup>74</sup>.

Concernant *les consultations prénatales*, le taux de réalisation des CPN1 au premier trimestre de la grossesse est passé de 32% en 2018 à 34% en 2020 et celui de CPN4 est passé de 30,4% en 2018 à 42,31% en 2020. La proportion des femmes ayant accouché dans un établissement de santé avec l'assistance d'un personnel qualifié a nettement progressé. En effet, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est passé de 57,43% en 2016 à 71,56% en 2020. Cependant il faut noter qu'il existe des disparités régionales ; les régions sanitaires de Worodougou (122,32%), de Folon (113,51%) et de Kabadougou (106,09%) enregistrent les taux d'accouchements assistés les plus élevés du pays tandis que les taux les moins élevés se rencontrent dans les régions sanitaires d'Abidjan 2 (37,21%), du Guémon (49,46%) et d'Abidjan 1 (51,07%)<sup>75</sup>.

Au niveau de *la santé néonatale, infanto-juvénile, et infantile*, les taux de mortalité néonatale, infanto-juvénile et infantile diminuent à un rythme plus rapide que lors de la dernière décennie. Il était respectivement en 2012 de 38‰, 108‰ 68‰ pour s'établir en 2016 respectivement à 33‰, 96‰ et 27‰, ce qui reste élevée<sup>76</sup>.

*Cependant*, s'agissant de la santé maternelle, l'on note un fort taux de décès maternels (614 pour 100 000 naissances vivantes)<sup>77</sup>. Les données disponibles pointent les causes médicales comme les principales causes de décès maternel avec 80% de ces décès qui ont lieu dans les structures de santé, et dus à des insuffisances dans les capacités de gestion des complications obstétricales<sup>78</sup>. Aussi pour la Prise en charge de l'hémorragie du post-partum (HPP), le pourcentage des cas HPP traités par le tamponnement intra-utérin par ballonnet est de 70,3% en 2020 (Rapport activité PNSME, 2021). On constate aussi une faible implication communautaire dans la surveillance des décès maternels avec un taux de notification de 20% en 2019<sup>79</sup> dû à la non fonctionnalité du comité national et des comités déconcentrés de surveillance, de revue et riposte des décès maternels.

En matière de *planification familiale*, on note une faible prévalence contraceptive. En 2020, seulement 22,5% avait utilisé une méthode contraceptive. Les besoins non satisfaits ont été

<sup>74</sup> Rapport FP2020, PMA2020

<sup>75</sup> RASS 2020

<sup>76</sup> MICS 5

<sup>77</sup> EDS 2011-2012

<sup>78</sup> Rapport PNSME 2020

<sup>79</sup> Plan de passage à échelle SDMPR 2018-2020



estimés à 32,60%. Cette faible prévalence a pour causes majeures : i) une faible accessibilité des services adaptés aux besoins des utilisateurs et ii) l'environnement socio-culturel peu favorable à l'accès aux services de la PF.

Pour ce qui est de *l'utilisation de services des soins prénatals*, on note i) le retard dans la réalisation de la première CPN (33,88% des CPN1 ont été effectuées au cours du premier trimestre de la grossesse<sup>80</sup>) ; ii) le faible taux de couverture en CPN4 qui est passé de 38,2% en 2015 à 42,31% en 2020 et iii) le faible taux de couverture en SP3 (47,33%). Ces faibles taux s'expliquent par l'insuffisance d'éducation sanitaire pour promouvoir les soins prénatals, la préparation à l'accouchement et à la prise en charge des complications.

La couverture en *consultation postnatale* reste insuffisante bien qu'elle soit passée de 20,13% en 2016 à 42,39% en 2020 (RASS).

En ce qui concerne la *santé des nouveau-nés et des enfants*, l'offre de service reste faible. Les soins aux nouveau-nés souffrent d'un déficit de qualité dû aux ruptures fréquentes de médicaments et à l'insuffisance du plateau technique. La réanimation du nouveau-né n'est pratiquée que dans 39% des établissements. Selon l'enquête MICS 2016, 83% des nouveau-nés ont bénéficié d'examens postnatals, mais seulement 29% d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont traitées avec les antibiotiques (Amoxicilline) et 17% des diarrhées traitées avec la solution de réhydratation orale (SRO). Les causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans sont marquées par le paludisme avec une incidence de 440,97‰ suivi des IRA 167,44‰ et de l'anémie 158,66‰<sup>81</sup>.

La lutte contre les décès maternels et des enfants de moins de 5 ans est limitée par : i) la forte prévalence des mutilations génitales féminines/excisions (MGF/E) qui augmente les risques de contamination à certaines infections comme le VIH, et de complications obstétricales, comme l'hémorragie du post-partum, la dystocie et les fistules obstétricales ; ii) le nombre élevé de grossesses précoces ; iii) l'utilisation insuffisante des services de planification familiale, de soins prénatals et de soins postnatals de qualité ; iv) le manque d'efficacité dans le référencement et la gestion des complications obstétricales ; v) une insuffisance de l'offre de service de SONU et plus particulièrement de SONU B (seulement 4,4% des établissements offrent des SONU B et 11,1% offrent des SONU C) ; vi) l'accès insuffisant aux services de prévention et de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) et du VIH pédiatrique ; vii) au manque d'accès à une nutrition de qualité ; viii) la faible couverture vaccinale des femmes et des enfants respectivement pour le tétanos et la rougeole et ix) à l'accès insuffisant des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène gérés en toute sécurité.

Les principaux défis à relever en matière de santé maternelle, néonatale et infantile sont de : (i) rendre disponible la loi en matière de santé sexuelle et reproductive ; (ii) la disponibilité de prestataires qualifiés pour une offre de qualité des SONU, de la planification Familiale, et pour la prise en charge du nouveau-né (iii) Opérationnaliser la politique nationale de délégation des tâches aux ASC pour l'offre des services de PF et de santé mère-enfant et le transfert de compétences aux médecins généralistes pour la chirurgie essentielle ; (iv) redynamiser les

80 RASS 2020

81 RASS 2020

comités de lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile ; (v) accélérer la mise à l'échelle des SONU de base en les déclarant « Priorité nationale » et (vi) rendre effective la gratuité des services de PF y compris les produits contraceptifs sur toute l'étendue du territoire.

#### **2.3.4.2 Prestations en faveur des adolescents et jeunes**

Les services de santé spécifiques représentés principalement par les SSSU-SAJ qui assurent la prise en charge, ont augmenté de 20,54% de 2016 à 2020 avec un taux de couverture géographique des districts sanitaires de 77,87%, tous en milieu urbain. Ce qui a permis d'offrir un service de santé holistique aux adolescents et jeunes.

Concernant la fréquentation des services de santé dédiés aux adolescents et jeunes, le taux de fréquentation des SSSU-SAJ aussi bien par les adolescents et jeunes scolarisés que déscolarisés et non scolarisés est passé de 15,29% en 2016 à 16,39% en 2019. Le taux de réalisation des visites préventives en milieu scolaire est passé de 6,52% en 2016 à 30% en 2020 (plus élevé en milieu urbain que rural). Ces progrès ont été réalisés grâce à : i) la formation de 790 prestataires de santé à l'offre de services conviviaux aux adolescents et jeunes et à ii) l'introduction de la Santé Adolescent et Jeunes (SAJ) dans 157 structures sanitaires non dédiées aux adolescents et jeunes<sup>82</sup>.

L'offre de SSR/PF aux adolescents et jeunes gratuite dans les SSSU-SAJ a amélioré la disponibilité du service qui est passée de 67,12% en 2016 à 100% en 2019 avec une augmentation du nombre des utilisatrices de méthodes modernes de contraception.

*Toutefois*, concernant la santé des adolescents et jeunes, l'offre de service reste encore inadaptée aux besoins des adolescents et jeunes. La santé des adolescents et jeunes est marquée par : i) un faible taux de réalisation des Visites Médicales Systématiques (VMS) en milieu scolaire (30% contre une norme nationale de 80%), et ii) une insuffisance de l'offre des services de santé de la reproduction. Cette situation a pour conséquence une augmentation du nombre de cas d'infections à VIH et de violences diverses et des comportements à risque, notamment les rapports sexuels précoces et non protégés, les grossesses précoces (49,69% de 2018 à 2020) et non désirées, des avortements provoqués clandestins, les mariages précoces, la consommation abusive d'alcool, de tabac, de drogues et d'autres psychotropes.

Les défis qui restent à relever pour améliorer l'état de santé des adolescents et jeunes en Côte d'Ivoire sont (i) d'accroître la couverture en infrastructures spécialisées, ou des services adaptés aux adolescents et jeunes (ii) de mettre en place des réseaux de soins dédiés aux adolescents, (iii) d'améliorer la qualité des prestations de services offertes (iv) l'offre gratuite de méthodes contraceptives modernes aux adolescents dans toutes les structures de santé (v) l'offre de la visite médicale systématique à tous les adolescents en cours de scolarisation ou non.

<sup>82</sup> Rapport PNSSU-SAJ 2020

## 2.4. PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé constitue un levier important pour l'adoption de comportements et modes de vie favorables à la santé et l'autonomisation des communautés dans les activités de santé. Bien que, la Côte d'Ivoire ne dispose pas de politique de promotion de la santé, plusieurs actions ont été mises en œuvre.

Un Plan Stratégique National de la Santé Communautaire 2017-2021 qui encadre les interventions communautaires a été adopté. Dans cette optique, un paquet intégré du service offert par les intervenants communautaires a été défini, un cadre national de concertation des intervenants communautaires a été opérationnalisé, l'intégration des données communautaires dans le DHIS2 a connu un début d'exécution.

Ainsi, 2 705 COGES santé ont été redynamisés, 17 946 ASC ont été formés pour l'encadrement des ménages et 270 écoles de maris ont été formés dans 35 districts sanitaires.

### 2.4.1. Utilisation/fréquentation des services de santé

#### Quelques données probantes :

- En 2020, taux d'utilisation des services publics de santé était de 46,75% en baisse par rapport à 2019.
- Selon l'ENV 2015, 46,9% des personnes malades, qu'elles soient pauvres ou pas, évoquent le coût comme principal obstacle à l'utilisation des services
- Cette même enquête montre aussi que 19,1% des personnes malades évoquent les raisons socio culturelles

En Côte d'Ivoire, le taux d'utilisation des services publics de santé a connu une hausse entre 2016 et 2019 passant de 45,26% à 49,7% avant de connaître une baisse en 2020 (46,75%). Il reste globalement faible, avec d'importantes variations régionales et selon le type de structures de soins. L'utilisation des Établissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) a connu la même tendance entre 2016 et 2019 passant de 34,65% à 41,4% avant de connaître une baisse de 38,87% en 2020<sup>83</sup>. Les hôpitaux de référence quant à eux ont vu leur taux d'utilisation se réduire passant de 28,39% en 2016 à 7,28% en 2020. Cette situation pourrait s'expliquer par l'accessibilité géographique au centre de santé, le revenu et la taille du ménage, le coût des services de santé et le niveau d'instruction.

En effet, selon l'ENV 2015, 46,9% des personnes malades, qu'elles soient pauvres ou pas, évoquent le coût comme principal obstacle à l'utilisation des services. Aussi, les résultats des Comptes de la Santé 2018 montrent que le financement des dépenses de santé continue d'être supporté à 39,43% par le paiement direct des ménages.

L'ENV montre aussi que 19,1% des personnes malades évoquent les raisons socio culturelles. En effet, la persistance des pesanteurs socio-culturelles entre autres les croyances religieuses et culturelles, les tabous, la situation de la femme en milieu rural, le niveau d'instruction des

ménages continuent d'influencer négativement le recours aux soins de santé des ménages. A cela s'ajoute l'insuffisance d'éducation sanitaire de la population et la qualité des services de santé perçue par la population. Selon l'enquête Afro baromètre (2017), 39% des ivoiriens ont jugé la qualité des services de santé mauvaise ou très mauvaise.

En outre, cette même étude montre que 9,7% des personnes malades affirment que la distance (accessibilité géographique au centre de santé) constitue un obstacle à l'utilisation des services de santé. Selon le RASS 2020, environ 30% de la population vit à plus de 5 km d'un centre de santé. Cette proportion dépasse 50% dans les zones du sud-ouest et dans le nord-ouest.

Le secteur de la santé doit relever les défis de : i) garantir l'accès aux soins pour les populations démunies, ii) fournir des données qui renseignent sur l'appréciation des prestations sanitaires par les usagers.

#### 2.4.2. Environnement et comportements en matière de santé

##### Quelques données probantes :

- En Côte d'Ivoire, la proportion de la population ayant accès à un système d'assainissement de base était de 66% en 2015.
- Selon l'EDS-MICS 2016, dans 82,9% des cas, les ordures ménagères et les eaux usées sont retrouvées dans les cours, les environs immédiats des ménages et dans les caniveaux. La situation dans les établissements de restauration collective est similaire.

L'hygiène du cadre de vie et de travail revêt une importance capitale dans la lutte contre la Maladie et la promotion du développement socio-économique. Aussi, le fait de réaliser le sixième Objectif de Développement Durable (ODD6) relatif à l'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement et d'hygiène, impactera à n'en point douter la santé, la nutrition et l'éducation.

L'assainissement concerne le ruissellement des eaux pluviales, l'évacuation des eaux usées, des déchets solides, des excréta et le traitement de tous ces éléments. En Côte d'Ivoire, la proportion de la population ayant accès à un système d'assainissement de base était de 66% en 2015<sup>84</sup>.

Les efforts entrepris en matière de communication pour le changement social et comportemental, ont permis de réaliser les progrès suivants : (i) la proportion de ménages utilisant une source améliorée d'eau potable (accès de base) pour la consommation est passée de 79,6% à 80,7% ; (ii) le pourcentage de membres des ménages au foyer utilisant de l'eau non améliorée mais employant une méthode appropriée de traitement de l'eau est passé de 7,6% en 2012 à 8,9 % en 2016 ; (iii) la proportion de ménages utilisant des toilettes améliorées, de 18% à 31,5% et (iv) la proportion de ménages disposant d'eau et de savon à l'endroit indiqué pour se laver les mains , de 25% à 41% (Source EDS 2012 MICS 2016 ). Selon l'évaluation post enquête 2019, 63,2% de

<sup>84</sup> MLCAU/INS -2016 (Projection RGPH)

la population affirmaient avoir dormi sous la MILDA la nuit précédant l'enquête contre 50,5 % en 2016.

Selon l'EDS-MICS 2016, la mauvaise hygiène collective caractérisée par la gestion inadéquate des ordures ménagères et des eaux usées constitue de façon générale l'un des défis en matière de santé environnement de la Côte d'Ivoire. En effet, dans 82,9% des cas, les ordures ménagères et les eaux usées sont retrouvées dans les cours, les environs immédiats des ménages et dans les caniveaux. La situation dans les établissements de restauration collective est similaire. Il est estimé que seuls 22,5% des restaurants observent des règles d'hygiène (Etude diagnostique de l'hygiène réalisée par le MSHP en décembre 2015).

Dans la population générale, une faible proportion de ménages utilise des toilettes améliorées (8,90%), une méthode appropriée de traitement de l'eau (31,50%) ou dispose d'eau et de savon à l'endroit indiqué pour se laver les mains (41%)<sup>85</sup>.

En outre, le mauvais état des ouvrages d'assainissement (les canalisations vétustes avec fuite d'eaux usées, les regards sans couverture métallique, etc.) fait courir le risque de contamination de la nappe phréatique et des canalisations d'eau potable. Enfin, l'obstruction des canalisations entraîne des remontées d'odeurs nauséabondes polluant l'air. En Côte d'Ivoire, seulement 7 villes sur 255 villes sont dotées d'un plan directeur d'assainissement.

Concernant les collectivités territoriales décentralisées et déconcentrées, l'on note leur faible implication dans la prévention de la maladie, la promotion de la santé et l'utilisation des services de santé de qualité. On note également la faible implication des leaders communautaires dans les activités de promotion de l'hygiène. Cette situation peut s'expliquer par i) l'insuffisance de compétences et connaissances de ces catégories d'acteurs ; ii) l'indisponibilité d'un cadre organisationnel et d'outils de promotion de la santé ; iii) une insuffisance de renforcement des capacités juridiques, humaines et matérielles et iv) l'inexistence de stratégie de sensibilisation et d'information des populations sur leurs droits et devoirs en matière de santé.

Il faut noter également que la promotion de l'hygiène publique ne bénéficie pas encore de financement suffisant tel que prévu par les engagements d'E THEKWINI et de NGOR<sup>86</sup>.

Les solutions à proposer pour relever ces défis sont : la mise en place d'un cadre pour orienter la promotion de la santé en CI ; le renforcement des capacités des services extérieurs (régions et districts) pour promouvoir auprès des populations des comportements adéquats en matière de santé ; l'accroissement de la couverture des ménages en ASC ; la documentation des interventions de promotion de la santé et leurs effets sur la population.

<sup>85</sup> EDS- MICS 2016

<sup>86</sup> La déclaration de Ngor sur l'hygiène et l'assainissement adoptée le 27 mai 2015 lors de la 4eme conférence régionale sur l'assainissement en Afrique (AfricaSan4)

## 3 TROISIEME PARTIE : CADRE STRATEGIQUE

### 3.1. PRINCIPES DIRECTEURS DU PNDS 2021-2025

Les principes directeurs qui guident la mise en œuvre du PNDS sont :

- *Leadership fort* : L'élaboration du PNDS (2021-2025) qui s'harmonise avec la vision du gouvernement a été conduite sous le leadership du Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. C'est lui qui a donné les orientations tout en tenant compte des contributions de toutes les parties prenantes du secteur de la santé. La mise en œuvre de ce plan se fera également selon les priorités du MSHPCMU.
- *Processus inclusif et participatif* : Le PNDS dans son élaboration a réuni toutes les parties prenantes que ce soit les structures du ministère en charge de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire les autres secteurs ministériels, les Partenaires Techniques et Financiers, le secteur privé et la société civile. La mise en œuvre se fera également à travers des plans opérationnels élaborés de façon régulière à travers un processus participatif.
- *Droits humains* : les actions envisagées dans le cadre du PNDS concourent à satisfaire les droits fondamentaux reconnus à la population. Il s'agit notamment du droit à la vie, à l'éducation et la formation, à la santé, à un emploi décent, à un environnement sain, à l'information et à la liberté d'expression.
- *Équité* : le PNDS s'aligne sur le principe de « ne laisser personne pour compte ». Ainsi, son opérationnalisation intègrera des interventions spécifiques qui favorisent la prise en compte des groupes spécifiques.
- *Genre* : le PNDS dans sa mise en œuvre va promouvoir l'équité et l'égalité entre les sexes. De manière spécifique, cela va se traduire par l'opérationnalisation de solutions aux causes des écarts constatés entre les femmes et les hommes qui résultent des dynamiques du pouvoir entre les hommes et les femmes et la manière dont ces dynamiques façonnent les rôles de genre, l'accès et le contrôle des ressources, la prise de décisions au sein des familles et la participation des femmes.

### 3.2. VISION STRATÉGIQUE, AXES STRATÉGIQUES ET LES CHANGEMENTS CLÉS DU PNDS 2021-2025

#### 3.2.1. Vision stratégique

La vision stratégique du PNDS 2021-2025 s'énonce comme suit : « *Une Côte d'Ivoire dans laquelle la santé et le bien-être des populations sont les plus élevés possible à travers un système de santé performant, accessible à tous et résilient* ». Cette ambition est alignée sur celle du gouvernement décliné à travers trois principaux documents stratégiques offrant des visions complémentaires. Le premier, l'étude prospective Côte d'Ivoire 2040, propose la vision d'une « Côte d'Ivoire, puissance industrielle, unie dans sa diversité culturelle, démocratique et ouverte sur le monde ». Le second, le Plan Stratégique Décennal Côte d'Ivoire 2030 a pour vision de « Garantir une croissance soutenable et inclusive à l'horizon 2030 ». Enfin, le Plan



National de Développement (PND 2021-2025) qui a pour vision de « *placer l'ivoirien au cœur du développement économique et social de notre pays* ».

Cette vision se traduira concrètement par une amélioration du bien-être des populations grâce aux évolutions suivantes attendues :

- Augmentation de l'espérance de vie de 57 ans en 2020 à 60 ans en 2025 ;
- Réduction de la mortalité maternelle de 614 pour 100 000 NV en 2020 à 377 pour 100 000 NV en 2025 ;
- Réduction de la mortalité infanto-juvénile de 96 ‰ en 2020 à 60,5‰ en 2025
- Réduction de la mortalité néonatale de 33‰ en 2020 à 22,5‰ en 2025.

### 3.2.2. Axes stratégiques du PNDS 2021-2025

L'atteinte de ces changements ultimes passe par une série de changements intermédiaires portés par les trois axes stratégiques du PNDS 2021-2025.

#### 3.2.2.1. Axe stratégique 1

Le premier axe stratégique porte sur l'« **Amélioration de la Gouvernance et du financement de la santé** ». Les changements majeurs relatifs à cet axe ainsi que leur matérialisation sont rapportés ci-après.

- ***Effet 1 : Les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces, et inclusifs.***

De manière concrète, l'atteinte de cet effet se traduira, entre autres, par les évolutions suivantes :

- Appliquer le taux d'accroissement annuel du budget du Ministère en charge de la santé de 15% chaque année en comparaison de l'année précédente ;
- Faire progresser la part des dépenses (publiques) courantes en santé dans le PIB, de 1,27% en 2018 à 5,32% en 2025 ;
- Accroître la part du budget de l'Etat alloué à la santé, de 7,43% en 2020 à 8% en 2025 ;
- Réduire la part des dépenses directes en santé des ménages de 39,43% en 2018 à 20% en 2025.

- ***Effet 2 : Le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision.***

Pour cet effet, les jalons majeurs sont les suivants :

- Augmenter le score d'utilisation des données sanitaires de 16% (ESPC), 53% (district), 57% (région) en 2018 à 60% (ESPC), 80% (district), 95% (région) en 2025 ;
- Faire en sorte qu'au moins 50% des indicateurs d'effet et 75% des indicateurs de produits atteignent leur cible à la fin de la période de mise en œuvre du PNDS.

#### 3.2.2.2. Axe stratégique 2

Le deuxième axe stratégique du PNDS 2021-2025 est relatif au « **Renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité** ». Cet axe porte les quatre changements (04) majeurs suivants.

- ***Effet 3 : Le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible.***

De manière concrète, l'atteinte de cet effet se traduira, entre autres, par les évolutions suivantes :

- Faire en sorte que la proportion de personnes vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé de 70% en 2020 passe à 80% en 2025 ;
- Accroître la densité des prestataires de soins/habitant de 8,57 en 2020 à 11,91 en 2025 ;
- Accroître le Taux de satisfaction des commandes de produits sanguins de 39,3% en 2020 passe à 90% en 2025.

- ***Effet 4 : Le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires.***

Pour cet effet, il s'agira, entre autres, de :

- Faire progresser le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle de 26% en 2020 à 70% en 2025 ;
- Faire progresser la couverture vaccinale en DTC-HépB-Hib 3 de 90% en 2020 à 95% ;
- Faire passer la couverture vaccinale en Rougeole-Rubéole de 86% en 2020 à 95% en 2025 ;
- Faire baisser le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant y compris la période de l'allaitement de 7,06% en 2020 à 2% en 2025 ;
- Faire passer la proportion des besoins satisfaits en SONU de 11,1% en 2020 à 68% en 2025 ;
- Accroître la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, notamment de 71,6% en 2016 à 81,8% en 2025 ;
- Accroître le Pourcentage des femmes enceintes ayant suivi au moins 4 CPN de 51,3% en 2020 à 63,15% en 2025 ;
- Réduire la proportion des besoins non satisfait en matière de PF de 21,5% en 2020 à 13,25% en 2025 ;
- Accroître la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer de 21% en 2020 à 40,5% en 2025 ;
- Accroître la prévalence du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire de 19,10% en 2010 à 8% en 2025.

- ***Effet 5 : Le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies.***

Pour cet effet, les jalons majeurs sont les suivants :

- Faire passer les niveaux d'atteinte des trois 95 respectivement de 84%, 78% et 82% en 2020 à 95%, 95%, 95% en 2025 ;
- Contribuer à améliorer la couverture de la CMU de 11% en 2020 à 31.82% en 2025 ;
- Faire progresser le taux de succès thérapeutique des cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RR-TB) et/ou multirésistante (MDR-TB) confirmée en laboratoire de 74% en 2019 à 85% en 2025.

- ***Effet 6 : Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique.***

Les changements attendus au niveau de cet effet, se traduiront essentiellement par la progression de la proportion des performances des dix-neuf (19) capacités requises du règlement Sanitaire International (RSI) à travers l'Outil Remap (Ressources Mapping) de 19% en 2019 à 70% en 2025.

### 3.2.2.3.Axe stratégique 3

Le dernier axe stratégique du PNDS 2021-2025 se rapporte au « **Renforcement de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies** ». Cet axe porte le changement majeur suivant.

- ***Effet 7 : Les populations en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé.***

De manière concrète, l'atteinte de cet effet se traduira, entre autres, par les évolutions suivantes :

- Faire progresser la proportion de membres des ménages au foyer utilisant de l'eau non améliorée mais employant une méthode appropriée de traitement de l'eau de 8,9% en 2016 à 10,2% en 2025 ;
- Accroître la proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente de 63.2% en 2019 à 80% en 2025 ;
- Faire passer la proportion de nourrissons de moins de 6 mois sous allaitement exclusif de 23,5% en 2016 à 72% en 2025.

## 3.3. THEORIE DU CHANGEMENT

La Côte d'Ivoire s'est engagée à mettre en œuvre le Programme de Développement Durable à l'horizon 2030 y compris la CSU. La théorie du changement du PNDS 2021-2025 prévoit que la Côte d'Ivoire enregistrera des progrès significatifs d'ici 2025 pour atteindre les objectifs du PND 2021-2025 alignées sur les ODD avec l'appui des partenaires au développement.

### 3.3.1. Théorie du changement général

Le résultat d'impact suivant a été formulé : « ***D'ici 2025, les populations ont leur état de santé amélioré*** ». La théorie du changement général du PNDS 2021-2025 traduit les changements à opérer et les facteurs contextuels à contrôler pour l'atteinte de ce résultat ultime attendu. Il s'énonce comme suit :

**Si**, les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent un leadership, un management et un financement efficaces, et inclusifs

**Si**, le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision,

**Si**, le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible,

**Si**, le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires,

**Si**, le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies

**Si**, le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique

**Si**, les populations en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé.

**Alors**, la Côte d'Ivoire jouira d'un développement sanitaire où les populations ont leur état de santé amélioré.

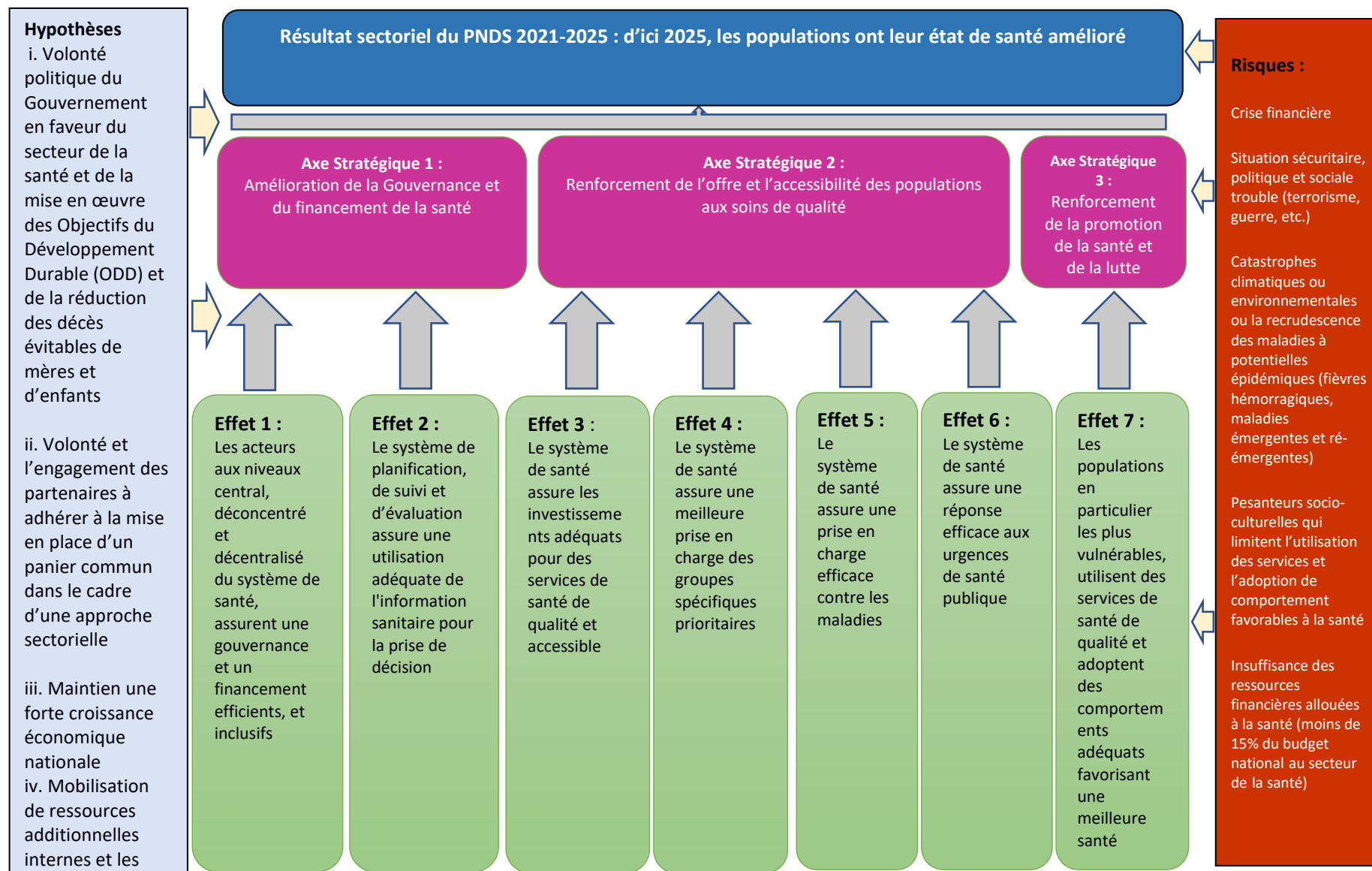
**Parce que** (i) la gouvernance et le financement sont améliorés, (ii) l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité est renforcée, et (iii) la promotion de la santé et la lutte contre les maladies est effective.

**Dans un contexte où** (i) la volonté politique du Gouvernement en faveur du secteur de la santé et de la mise en œuvre des Objectifs du Développement Durable (ODD) et de la réduction des décès évitables de mères et d'enfants est renforcée, (ii) la volonté et l'engagement des partenaires à adhérer à la mise en place d'un panier commun dans le cadre d'une approche sectorielle sont effectifs, (iii) la Côte d'Ivoire maintient une forte croissance économique nationale, (iv) la mobilisation de ressources additionnelles internes et les financements innovants pour la santé sont effectifs.

Des mesures sont prises pour faire face i) au mauvais environnement international et national de crise financière, à la situation sécuritaire, politique et sociale trouble (terrorisme, guerre, etc), ii) aux catastrophes climatiques ou environnementales ou la recrudescence des maladies à potentielles épidémiques (fièvres hémorragiques, maladies émergentes et ré-émergentes), iii) à l'insuffisance de fonds allouée au secteur de la santé et iv) aux pesanteurs socio-culturelles qui limitent l'utilisation des services et l'adoption de comportement favorables à la santé.

Le schéma suivant synthétise la théorie du changement énoncé plus haut.

## Cadre Stratégique



**Graphique 22: Théorie de changement général**

### 3.3.2. Théorie du Changement spécifique

La théorie du changement général décrite plus haut s'appuie sur des théories du changement spécifique relatives à chaque axe stratégique.

#### 3.3.2.1. Théorie du Changement de l'axe stratégique 1

La théorie du changement relative à l'axe stratégique 1, s'énonce comme suit :

**Si** Les acteurs du système de santé disposent de capacités renforcées pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et règlements ;

**Si** Le ministère en charge de la Santé dispose de capacités pour assurer la coordination, la régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et la collaboration effective avec les autres secteurs (les ministères sectoriels, le secteur privé, les collectivités territoriales, la société civile) et les partenaires au développement ;

**Si** Les acteurs aux niveaux central et local du système de santé sont mieux outillés pour la mobilisation et la gestion efficiente des ressources financières ;

**Si** Les acteurs aux niveaux central et déconcentré (Etat, privé, ONG, autres institutions) sont mieux outillés pour la production, l'analyse et la transformation des données de qualité en information utilisable pour la prise de décision ;

**Si** Les acteurs aux niveaux central et opérationnel du système de santé disposent de capacités renforcées en matière de planification, de suivi et d'évaluation des interventions sanitaires ;

**Si** Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de développement de la recherche et de l'innovation.

**Alors**, la gouvernance et le financement du secteur de la santé sont améliorés.

**Parce que** (i) les acteurs aux niveaux central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent un Management et un financement efficaces, et inclusifs, et (ii) le système de planification de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision en vue d'une mise en œuvre efficace des interventions sanitaires.

**Dans un contexte où** (i) l'application des textes législatifs et réglementaires, et des politiques et directives est effective, (ii) la régulation de l'exercice en clientèle privée est améliorée, (iii) le fonctionnement régulier et optimal des régions, districts sanitaires et des mécanismes de coordination intra et intersectorielle est assuré, (iv) le financement pour la formation des ressources humaines est suffisant, (v) les mécanismes de contrôles internes et un cadre de redevabilité sont fonctionnels, (vi) la disponibilité d'une information sanitaire exhaustive et de qualité est assurée.

Des initiatives sont prises pour faire face aux effets secondaires de l'instabilité politique et à la corruption et détournement des deniers publics.

#### 3.3.2.2. Théorie du Changement de l'axe stratégique 2

La théorie du changement relative à l'axe stratégique 2, s'énonce comme suit :

**Si** Le système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante, équitablement réparties et motivées ;



**Si** Le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

**Si** Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer un accès accru à des produits de santé de qualité et en quantité suffisante ;

**Si** Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;

**Si** Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux adolescents et jeunes ;

**Si** Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées et les maladies évitables par la vaccination au sein des établissements sanitaires ;

**Si** Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les Maladies non transmissibles (MNT) au sein des établissements sanitaires ;

**Si** Les structures de santé sont mieux outillées pour assurer la prévention et le contrôle des infections, l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et la gestion des déchets sanitaires ;

**Si** Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés pour la gestion et la fourniture de soins de qualité ;

**Si** Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de préparation aux situations d'urgences et de prévention des événements de santé publique ;

**Si** Le système de santé dispose de capacités renforcées pour la détection précoce des événements de santé publique, la riposte et la continuité des services essentiels de santé dans les situations d'urgence

**Alors**, l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité seront assurées.

**Parce que** (i) le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible, (ii) le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires, (iii) le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies, (iv) le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique.

**Dans un contexte où** (i) le parcours de soins à travers le système de référence et contre référence, le Système d'Information Hospitalier (SIH) et la télémédecine sont améliorés, (ii) les infrastructures, les équipements et leur maintenance sont renforcés, (iii) la disponibilité des produits de santé est assurée, (iv) l'extension ou la capitalisation de certaines initiatives novatrices et prometteuses (PBF, l'identification des indigents, surveillance des décès maternels, périnataux et ripostes, SONU, PFE, PCIME, la digitalisation.) est effective, (v) l'implication de la médecine et la pharmacopée traditionnelles dans la lutte contre les maladies est renforcée, (vi) la répartition équitable des RHS aux différents postes tient compte du profil épidémiologique et de la charge de travail des personnels de santé.

Des initiatives sont prise pour i) Améliorer la faible collaboration intersectorielle entre le Ministère en charge de la Santé et les autres Ministères impliqués dans la gestion et la production des Ressources Humaines, ii) lutter contre la fuite des cerveaux, iii) améliorer la collaboration intersectorielle entre le Ministère en charge de la Santé et les collectivités territoriales dans le cadre de l'implantation et l'équipement des structures sanitaires et iv) faire

face à la pénurie de produits de santé sur le marché international et améliorer la production locale de ces produits de santé.

### 3.3.2.3. Théorie du Changement de l'axe stratégique 3

La théorie du changement relative à l'axe stratégique 3, s'énonce comme suit :

**Si** Les populations notamment les plus défavorisées et vulnérables disposent de capacités renforcées pour la demande de services de santé de qualité et la prévention des maladies ;

**Si** Les autorités administratives, les leaders politiques, communautaires, religieux et syndicaux, les responsables de groupements d'intérêts économiques, les parents et autres acteurs de la société civile disposent de capacités renforcées pour favoriser la demande et l'utilisation des services de santé.

**Alors**, la promotion de la santé et la lutte contre les maladies seront renforcées.

**Parce que** les populations en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé.

**Dans un contexte où** i) la qualité des services de santé est améliorée, ii) l'accessibilité géographique et financière des services de santé est assurée.

Des mesures sont prises pour i) Améliorer le faible niveau d'instruction de la population, ii) améliorer le faible niveau économique de la population, iii) faire face aux rumeurs sur l'offre de service.

### 3.4. STRATÉGIES ET LOGIQUE D'INTERVENTION

Chaque théorie du changement décrite plus haut est sous-tendue par des stratégies de mise en œuvre et une logique d'intervention spécifique décrites ci-après.

#### 3.4.1. Stratégies et logique d'intervention de l'axe stratégique 1

##### 3.4.1.1. Principales stratégies de mise en œuvre

En matière de gouvernance sanitaire, dans le domaine *de la normalisation et de la régulation*, un arsenal de textes normatifs sera élaboré et/ou révisé puis validé et diffusé en vue de disposer d'une assise réglementaire concernant les différentes normes et procédures de gestion des ressources, de prestations de services, de coordination et de suivi et évaluation.

L'un des aspects importants des réformes institutionnelles consistera en la *poursuite de la réforme hospitalière* ; adoptée et promulguée en 2019 (loi n°2019-678 du 23 juillet 2019 portant Réforme Hospitalière). La mise en œuvre de cette réforme, à l'instar des pays qui l'ont expérimentée à savoir le Mali, le Sénégal et le Maroc permettra d'améliorer la qualité des soins et donc les indicateurs de santé.

La mise en œuvre effective de cette loi permettra : i) la création d'une nouvelle catégorie d'Établissement Public, dénommé EPH afin de réaffirmer le caractère social des hôpitaux. L'EPH est une personne morale de droit public disposant de l'autonomie administrative et financière ; ii) le renforcement de la participation communautaire dans la planification, le suivi et le contrôle interne de la gestion budgétaire. Les patients sont membres à part entière de l'instance d'administration de l'établissement qu'est le Conseil d'Orientation et de Surveillance (COS). Un comité des usagers (CDU) est institué dans chaque établissement. Il renseigne les usagers sur leurs droits et obligations, promeut l'amélioration de la qualité du séjour des usagers, évalue leur degré de satisfaction, les accompagne et les assiste au besoin dans toute démarche y compris les contentieux ; iii) la motivation du personnel et l'autonomie de gestion des Ressources Humaines (RH) : par l'octroi de primes et d'indemnités liées à leur fonction, la rémunération individuelle à travers la réalisation du Contrat d'Objectifs et de Moyens de l'établissement, la formation continue obligatoire pour tout agent ; iv) la recherche continue de prestations de qualité : tous les établissements s'inscrivent dans une démarche de certification et d'accréditation ; v) l'amélioration de la disponibilité des produits pharmaceutiques : En cas de rupture en produits pharmaceutiques, consommables médicaux, produits d'hygiène, matériels d'entretien et intrants stratégiques, notifiée par la Centrale Nationale d'Achat, l'EPH est autorisé à s'approvisionner de façon temporaire auprès des grossistes-répartiteurs privés agréés par le Ministre chargé de la Santé.

Pour les prochaines cinq années, il s'agira de faire adopter par le gouvernement les 24 projets de décrets (portant aussi bien sur l'organisation et le fonctionnement des EPH que sur la motivation du personnel) qui ont été validés techniquement. Une fois les textes et outils de gestion validés, l'application se fera systématiquement à échelle avec néanmoins des séances de formation, sensibilisation, coaching et supervision des acteurs et de la communauté.

Par ailleurs, les institutions en charge de la régulation et du contrôle verront leurs pouvoirs renforcés et leurs capacités techniques et logistiques améliorées avec obligation de résultats.

*Concernant le secteur privé*, les perspectives au cours du quinquennat 2021-2025 au plan institutionnel sont de (i) faire une Cartographie exhaustive des Etablissements Sanitaires Privés (ESPr) dans les 113 districts sanitaires ; (ii) prendre et diffuser 50 décrets et/ou d'arrêtés portant régulation du secteur privé de la santé ; (iii) élaborer un avant-projet de loi portant sur le secteur privé de la santé ; (iv) déconcentrer le contrôle des ESPr au niveau des districts sanitaires ; (v) délivrer les autorisations d'exploitation à 100% des ESPr identifiés à travers le site web ; (vi) Diffuser le document de politique d'intégration du secteur privé de la santé et le plan stratégique d'intégration du secteur privé de la santé qui l'opérationnalise et (vii) mettre en œuvre ce plan stratégique.

L'une des nouvelles réformes qui sera initiée au cours des cinq prochaines années est la ***mise en place d'une Haute Autorité de Santé (HAS)***. C'est une structure publique indépendante et scientifique dirigée par un collège d'experts et de professionnels de santé, placée sous la tutelle du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. Elle travaillera aux côtés des pouvoirs publics dont elle éclairera la décision pour optimiser les pratiques et l'organisation des soins des professionnels de santé au bénéfice des usagers pour leur choix éclairé.

Cet institution aura trois missions principales : i) évaluer d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé des établissements sanitaires ; ii) définir les bonnes pratiques professionnelles favorisant l'amélioration continue de prise en charge des patients, l'évaluation des capacités des établissements à mettre en œuvre ces bonnes pratiques ; iii) certifier les établissements, accréditer les professionnels de santé et contrôler de façon régulière les établissements de santé publics et privés. Au cours de ce quinquennat, il s'agira d'élaborer les textes réglementaires et organisationnels et de procéder à l'installation de cette HAS.

***L'opérationnalisation effective des districts sanitaires et régions*** constitue un levier majeur pour la mise en œuvre de ce plan. En effet, la Côte d'Ivoire, à l'instar de nombreux pays Africains, a basé sa politique de santé sur les soins de santé primaire avec comme stratégie de mise en œuvre le district sanitaire.

Durant les cinq (05) années prochaines, le processus d'opérationnalisation des districts sanitaires sera poursuivi notamment par la révision du profil de district sanitaire en Côte d'Ivoire, le renforcement des capacités matérielles, humaines, financières et logistiques ainsi que la formation des équipes managériales de toutes les régions et districts sanitaires pour l'optimisation de leur fonctionnement pour assurer le pilotage et le suivi efficace de l'action de santé.

*Pour la coordination intra-sectorielle, intersectorielle et partenariats*, les comités de pilotage du secteur assureront le suivi du PNDS et l'harmonie de l'action sectorielle à travers un programme régulier de réunions préalablement adopté au début de chaque année, et le suivi des décisions qu'ils auront prises sur la base des différents outils de suivi et évaluation.

Parallèlement, des comités techniques multisectoriels seront mis en place autour des différentes thématiques en rapport avec les trois axes du PNDS, afin d'assurer une réelle intersectorialité

de l'action de santé. Enfin, le Compact qui prendra corps sur le PNDS servira effectivement comme instrument d'harmonisation des différentes interventions.

Concernant le financement de la santé, l'innovation des cinq prochaines années serait la ***mise en place de la comptabilité de gestion et d'un Système d'Information Comptable et Financier*** au sein du MSHPCMU.

L'intervention vise à concevoir, développer, tester et déployer un cadre d'enregistrement comptable et de traitement analytique des flux financiers réalisés sous le couvert et l'autorité du Ministre chargé de la santé et ordonnateur principal du budget de l'Etat pour le secteur de la santé.

Il s'agit de mettre également en place un ***cadre général d'enregistrement et de traitement de données des opérations financières réalisées*** sous le couvert du Ministre chargé de la santé. Ces données concernent l'exhaustivité des opérations, aussi bien celles financées via le Budget de l'Etat que celles appuyées par des ressources extra-budgétaires, de manière à identifier les charges de production des prestations de santé et assurer au plus près, le calcul de leur coût.

L'intervention concerne l'ensemble des unités du MSHPCMU pour lesquelles il s'agira de définir les outils permettant d'enregistrer les flux financiers et matériels, puis de les retraiter pour produire des situations calculant et expliquant les coûts, les marges et les résultats par produit, par service et par activité. Cette définition doit inclure la spécification des supports physiques et informatiques à utiliser ainsi que la conception et le développement d'un système d'information comptable et financier.

L'intervention portera également sur la formulation de manuels de procédures encadrant la réalisation des opérations comptables. Elle consistera aussi à identifier la provision existante de personnel qualifié en comptabilité et de proposer leur redéploiement suivant des profils en adéquation avec la complexité des tâches à accomplir.

Enfin, l'intervention portera sur la formulation d'un plan et des modules de formation des utilisateurs du système d'Information comptable et financier.

***En matière de planification***, le renforcement du processus de planification du secteur va se poursuivre en ayant pour référence le PNDS 2021-2025 et en utilisant des outils et mécanismes par niveau garantissant un cadre harmonisé de planification et la participation des différents acteurs du secteur et facilitant ainsi le suivi et la redevabilité des actions et des résultats.

***En matière de Suivi et évaluation***, les principaux outils de suivi seront régulièrement élaborés par niveau et les leçons de mise en œuvre identifiées. Les capacités de suivi et évaluation des niveaux déconcentrés seront renforcés pour un suivi de proximité plus efficient et plus pérenne.

***Le système d'information sanitaire*** continuera à bénéficier d'une attention particulière lui permettant de poursuivre et de renforcer son effort de mise à échelle afin de couvrir efficacement l'ensemble des structures publiques et privées de santé. Les différentes enquêtes seront menées régulièrement pour mettre à jour les indicateurs de suivi du PNDS.

La ***recherche en santé publique*** visera à comprendre l'influence des facteurs qui déterminent la santé des populations. Son objectif sera de proposer des interventions et des politiques de

santé fondées sur des connaissances et preuves scientifiques. Ces actions permettront d'améliorer la santé et le bien-être, et de réduire les inégalités de santé. Ainsi, pour la période de 2021-2025, l'accent sera mis sur la promotion et la vulgarisation de la recherche.

En matière *d'innovation technologique*, l'accent sera mis sur ***l'utilisation des technologies et la digitalisation*** pour accroître l'efficacité, la qualité dans la délivrance des services de santé ainsi que la redevabilité et la transparence dans l'utilisation des ressources financières et humaines. L'utilisation de ces technologies devrait soutenir la généralisation de la CMU. L'objectif étant d'implémenter un ensemble de mesures, dans les dimensions structurelle, organisationnelle et sanitaire, soutenu par les Technologies de Communication et Information, visant à établir un Réseau de soins de proximité, entre les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) et les établissements Public Hospitaliers (EPH) aux fins d'«améliorer l'offre de soins de spécialités pour les populations fréquentant les ESPC, à travers la mise en place d'un Système d'Information Hospitalière (SIH) dans les établissements de santé et l'instauration d'une culture de communication entre professionnels de santé.

Une autre innovation qui sera exploitée au cours des cinq prochaines années, c'est la mise en place d'une plateforme digitale de paiement multicanal des prestations de santé. Pour les cinq prochaines années, il s'agira de permettre aux patients ou à leurs parents en Côte d'Ivoire ou hors du territoire ivoirien d'effectuer directement le paiement des soins médicaux par les canaux digitaux usuels.

#### **3.4.1.2. Logique d'intervention**

Pour l'atteinte des deux effets escomptés du premier axe du PNDS, la logique d'intervention s'articule comme décrite ci-après.

**Effet 1 : Les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces et inclusifs**

○ ***Produit 1.1 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et règlements***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques suivantes :

❖ *Action 1.1.1: Renforcer le cadre législatif, réglementaire, institutionnel et organisationnel du secteur de la santé*

❖ *Action 1.1.2: Renforcer les mécanismes de diffusion et d'archivage des textes réglementaires et normatifs du secteur de la santé*

○ ***Produit 1.2 : Le Ministère en charge de la Santé dispose de capacités renforcées pour assurer son leadership, la coordination, la régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et la collaboration effective avec les autres secteurs (les ministères sectoriels, le secteur privé, les collectivités territoriales, la société civile) et les partenaires au développement***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques suivantes :

❖ *Action 1.2.1: Renforcer les capacités des régions et districts sanitaires*



❖ *Action 1.2.2: Renforcer la régulation et le développement du secteur privé de la santé :*

❖ *Action 1.2.3: Renforcer les mécanismes de redevabilité, de collaboration et de coordination intra et intersectorielle*

○ ***Produit 1.3 : Les acteurs aux niveaux central et local du système de santé sont mieux outillés pour la mobilisation et la gestion efficiente des ressources financières***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

❖ *Action 1.3.1: Améliorer la mobilisation de ressources domestiques pour la santé*

❖ *Action 1.3.2: Développer une méthodologie d'allocation budgétaire et des outils de gestion du budget programme*

❖ *Action 1.3.3: Renforcer la gestion financière des unités opérationnelles*

❖ *Action 1.3.4: Améliorer le traçage des données financières*

**Effet 2 : Le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision**

○ ***Produit 2.1 : Les acteurs aux niveaux central et déconcentré (Etat, privé, ONG, autres institutions) sont mieux outillés pour la production, l'analyse et la transformation des données de qualité en information utilisable pour la prise de décision***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques suivantes :

❖ *Action 2.1.1: Renforcer la disponibilité des données sanitaires*

❖ *Action 2.1.2: Renforcer l'analyse des données sanitaires*

❖ *Action 2.1.3. : Développer les mécanismes d'assurance qualité des données sanitaires*

○ ***Produit 2.2 : Les acteurs aux niveaux central et opérationnel du système de santé disposent de capacités renforcées en matière de planification, de suivi et d'évaluation des interventions sanitaires***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques suivantes :

❖ *Action 2.2.1: Renforcer le cadre de planification et de budgétisation*

❖ *Action 2.2.2: Renforcer le cadre de suivi et évaluation*

❖ *Action 2.2.3: Renforcer les capacités des acteurs en matière de planification et de suivi-évaluation*

○ ***Produit 2.3 : Le système de santé dispose d'un cadre performant en matière de recherche et d'innovation***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques suivantes :

❖ *Action 2.3.1 : Améliorer les capacités des structures de santé pour la recherche*

- ❖ *Action 2.3.2 : Renforcer les mécanismes de gouvernance, de coordination, de collaboration et de suivi et évaluation pour la recherche et l'innovation dans le système de santé*
- ❖ *Action 2.3.3 : Promouvoir et vulgariser les acquis de la recherche en santé*
- ❖ *Action 2.3.4 : Assurer le développement de technologies innovantes du numérique en soutien au système de santé*

### 3.4.2. Stratégies et logique d'intervention de l'axe stratégique 2

#### 3.4.2.1. Principales stratégies de mise en œuvre

- Concernant *les ressources humaines en santé*, plusieurs réformes et interventions majeures seront réalisées.

Un **observatoire des ressources humaines** de la santé sera créé. Cet observatoire des Ressources Humaines en Santé est un cadre collaboratif permettant de faire la comptabilité des personnels de santé en vue de la maîtrise de la dynamique du marché du travail en santé. La production d'évidences scientifiques, par des analyses et études avancées sur les problématiques des ressources humaines, fait de l'observatoire un outil stratégique pour la planification et la définition de politiques de ressources humaines.

De plus, les postes de travail des établissements de santé de premiers et seconds niveaux de la pyramide sanitaire seront *codifiés*. La codification des postes de travail aura pour mission d'élaborer une fiche de poste pour chaque agent de santé afin de connaître les besoins spécifiques de chaque poste en termes d'effectif, de développement de compétences et d'évaluation de la performance des personnels de santé. Cette intervention a pour but de faciliter la distribution des ressources humaines et de garantir une répartition équitable des personnels de santé sur l'ensemble du territoire national.

Il s'agira également de développer le **logiciel iHRIS** qui entre dans une démarche de la digitalisation des processus clés de gestion des ressources humaines et de décentralisation de la fonction ressources humaines. Les postes codifiés seront intégrés dans le logiciel afin de faire un suivi individualisé des personnels. Cet outil permet d'établir des statistiques et d'élaborer le profil pays en matière de ressources humaines en santé. C'est un outil important de gestion qui permettra de mettre en synergie le système intégré de gestion des fonctionnaires et agents de l'Etat (SIGFAE) et le système d'information sanitaire afin de mesurer la contribution effective de chaque ressource humaine supplémentaire engagée.

Enfin, en vue de résoudre l'épineuse problématique des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire, accentuée par la mise en place du programme Hospitalier qui prévoit d'ici 2025 la construction d'une vingtaine d'hôpitaux et de près des 350 ESPC, d'importantes mesures seront prises en lien avec les recommandations de l'étude analytique des Ressources Humaines en Santé entreprise par le Cabinet Ernst & Young (EY). Il s'agira entre autres du renforcement des compétences des RHS. En effet, Le fonctionnement optimal de ces structures de santé nécessite des ressources humaines non seulement compétentes et qualifiées mais aussi en quantité suffisante. Il s'agira donc pour les cinq prochaines années d'opter pour une stratégie

innovante visant à accroître et à accélérer la production des spécialistes par des mesures d'incitation des cadres supérieurs pour la spécialisation et l'accroissement des capacités de production des institutions de formation des spécialistes de la santé.

S'agissant du **renforcement des capacités des RHS** des actions seront menées ou poursuivies :  
i) la formation, chaque année, de 150 cadres et agents administratifs et gestionnaires des hôpitaux à l'ENA ; (ii) la formation en spécialité de 426 cadres supérieurs de la santé en Master de soins infirmier et obstétrical dont 10 infirmiers par an. La politique nationale de délégation des tâches sera opérationnalisée, y compris la réalisation de la césarienne et autres petites chirurgies par les médecins généralistes qui seront formés à cet effet.

Toujours en matière de formation des RHS et en raison de la pandémie à COVID 19, l'expérience initiée au cours de la période 2016-2020 de l'utilisation des nouvelles Technologies (e-learning) à la formation des agents de santé sera poursuivie. Cette initiative sera poursuivie durant le prochain quinquennat par l'équipement des 33 Directions régionales et des Directions centrales en matériel de visio-conférence pour les formations en ligne.

- *Au niveau des infrastructures,*

Les efforts du MSHPCMU devront contribuer à améliorer le niveau de l'accessibilité géographique des structures de santé et à investir dans la mise aux normes des plateaux techniques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Ces efforts porteront spécifiquement sur la mise aux normes des infrastructures existantes (locaux, équipements, accès à l'eau, à l'électricité et aux latrines) et sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie efficace de maintenance des équipements avec un accent particulier sur les normes d'acquisition, de garanties et de transfert de compétence aux cadres nationaux.

L'une des grandes innovations du prochain quinquennat en matière de l'infrastructure, c'est la **création des Pôles Régionaux d'Excellence Santé (PRES)** pour mettre en œuvre l'approche Pôles de Continuum de Soins (PCS) pour le développement d'un réseau de soins de proximité. Dix (10) PRES (San Pedro, Man, Odienné, Korhogo, Daloa, Bouaké, Yamoussoukro, Abidjan, Abengourou et Bondoukou) seront mis en place. Ils regrouperont tous les services hospitaliers, disposeront de plateaux techniques de qualité et bénéficieront de l'assistance des structures déconcentrées du ministère en charge de la Santé.

Ces Pôles Régionaux d'Excellence Santé seront bâtis autour d'établissements hospitaliers existants qui auront été réhabilités, agrandis et mis à niveau à des standards internationaux pour être des références en matière de qualité et de disponibilité des soins y compris les spécialités. L'important programme de développement et de réhabilitation des infrastructures et des équipements prévus devraient permettre de réaliser l'approche Pôles de Continuum de Soins (PCS) au niveau régional à travers les différents échelons de la pyramide sanitaire.

Pendant la période (2021-2025), le focus sera également mis sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie efficace de maintenance des équipements avec un accent particulier sur les normes d'acquisition, de garanties et de transfert de compétence aux cadres nationaux. Durant les cinq prochaines années, il s'agira d'élaborer la politique de maintenance dont

l'objectif sera de garantir la qualité et la sécurité des infrastructures et des équipements médicaux à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Pour ce faire, le développement et la promotion de partenariat public-privé et d'autres modes de financement (location, leasing, etc.). Le secteur public pourra à cet effet bénéficier de l'expertise du secteur privé et permettre à l'Etat d'accéder à des technologies médicales à moindre coût, mais surtout à un partage des risques, à la sécurité de l'approvisionnement et à l'expansion des infrastructures sanitaires.

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de cette politique de maintenance exigent la mise en place d'un mécanisme de coordination conséquent qui doit permettre à toutes les parties prenantes de s'adapter à son application. Afin d'assurer cette coordination, il sera créé un Comité des Experts en Infrastructures Sanitaires et Equipements Médicaux (CEISEM), placé sous la tutelle du Ministre chargé de la santé dont le secrétariat sera assuré par la Direction en charge des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance.

- En matière *d'accessibilité aux médicaments, vaccins, produits sanguins, consommables et autres produits de santé de qualité,*

Les réformes entreprises seront poursuivies dans le but d'assurer la qualité des médicaments d'une part et d'améliorer la disponibilité de ces produits. Ainsi, le projet de gestion électronique des produits de santé au niveau des ESPC à travers le logiciel m-SUPPLY sera poursuivi et mis à échelle. Cela permettra la mise à disposition de données de qualité pour les exercices de quantification afin d'anticiper et de gérer tous les écueils de la gestion logistique (rupture, péremption, surstock, etc.).

Par ailleurs, dans le cadre de la généralisation de la CMU, la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique (NPSP) mettra à disposition de la population des médicaments génériques appartenant au panier CMU à un prix abordable aussi bien auprès des pharmacies du secteur public de la santé qu'auprès des pharmacies privées. Il est également prévu l'extension de la couverture de la NPSP par la construction de deux (02) autres agences régionales à Korhogo et Abengourou.

De plus, le MSHPCMU assurera la disponibilité des produits sanguins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi pour rapprocher les populations des besoins en produits sanguins dans le cadre des pôles régionaux d'excellence de santé, les Ateliers de Transfusion Sanguine (ATS) de Bouaké, Man, Korhogo, Bondoukou et San-Pédro seront réhabilités et équipés. Dans la même optique, les ATS de Kong et de Divo ainsi que les services publics en charge de la transfusion sanguine de Guiglo, Agnibilékro, Soubré et Aougnansou seront construits et équipés. Cela permettra d'assurer la disponibilité des produits sanguins en Côte d'Ivoire dans les meilleurs délais après le don de sang.

Toujours concernant la disponibilité du sang, le Gouvernement de Côte d'Ivoire a initié le projet « *Consultation de la Banque de Sang* » porté par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle. La mise en œuvre de ce projet est effectuée à travers une application «*e-Banque de Sang*» qui permet de visualiser, en temps réel, la disponibilité et les mouvements de stocks de sang dans tous les dépôts de Côte d'Ivoire, via une carte interactive. Les demandes de sang peuvent être traitées directement dans les établissements sanitaires, permettant ainsi aux agents de santé d'apporter les soins appropriés dans de courts délais. Elle est un moyen pour les établissements sanitaires d'assurer une prise

en charge plus efficace des malades, des femmes enceintes et des victimes d'accident. Pour les cinq prochaines années, il s'agira d'utiliser une nouvelle version de la plateforme e-banque de sang V2 et d'étendre le nombre de structures bénéficiaires.

- Concernant la *santé de la mère et de l'enfant*, certaines techniques seront passées à échelle tandis que l'on innovera pour certaines interventions.

***Le ballonnet à tamponnement intra-utérin (UBT), les soins mère kangourou (SMK) et la réanimation des nouveau-nés*** « aider les bébés à respirer » sont des interventions qui seront poursuivies au cours de ce nouveau cycle de planification. En effet, la prématurité et l'asphyxie constituent les deux principales causes de mortalité des nouveau-nés et l'hémorragie du post-partum, la première cause de mortalité maternelle.

Concernant les soins mère kangourou (SMK), dans les 7 unités SMK créés dans les CHU de Treichville, Cocody et Bouaké et dans les CHR de Korhogo, Bondoukou, Odienné et Man, 428 prématurés/PPN ont bénéficié de SMK dont 421 ont survécu soit un taux de réussite de 98,36 %.

La stratégie de passage à échelle consistera en une généralisation de ces approches à travers (i) la formation des Gynécologues /Médecins responsables des maternités qui vont former les sages-femmes sous leur supervision ou des sages-femmes coaches qui vont former leurs collègues et les aides-soignants, (ii) l'appui à l'acquisition de kits UBT, de matériels et équipements pour l'offre de ces interventions à haut impact pour la survie des mères et des nouveau-nés et (iii) la création de blocs néonataux et d'unités de soins mère kangourou (SMK) dans les hôpitaux de référence.

***Le projet Label « structure de santé 5 étoiles »*** est quant à lui une innovation qui pourra être expérimentée durant les cinq (5) prochaines années. Cette initiative est une combinaison de l'Initiative Structure Sanitaire Amie des Bébé (ISSAB) et l'approche qualité des soins SMNI incluant l'eau, l'Hygiène et l'Assainissement (EHA). A l'issue de cette expérience, il est attendu l'amélioration de la qualité des soins SMNI dans ces structures labélisées, contribuant ainsi à réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile et à assurer un état nutritionnel optimal de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.

L'objectif principal est de réduire la mortalité maternelle, périnatale et néonatale de 50% dans les établissements de santé qui participent au réseau durant les cinq prochaines années à travers l'appui du réseau.

L'approche sera menée en deux étapes. Premièrement, à l'aide du référentiel national validé, les structures sanitaires bénéficieront de l'accompagnement de la DMHP/DSIM pour leur auto-évaluation. En second lieu, elles mettront en œuvre le plan d'amélioration de la qualité des soins et lorsqu'elles rempliront les critères constatés par une structure externe, elles recevront le Label « structure de santé 5 étoiles ».

A l'issue de cette expérience, il est attendu l'amélioration de la qualité des soins SMNI dans ces structures labélisées, contribuant ainsi à réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile et à améliorer les indicateurs de la nutrition.

De même, l'Etat attend promouvoir l'implantation de l'industrie pharmaceutique locale.

- L'amélioration de la *qualité des soins et services* de santé offerts à la population ivoirienne, demeure un souci permanent pour le Ministère en charge de la santé.

Pour l'atteindre, le Gouvernement ivoirien a adopté en Conseil des Ministres en juillet 2015, la Stratégie Nationale de Financement Basé sur la Performance (SNFBP). Le **Financement Basé sur la Performance** (FBP) vise le renforcement de la performance du système de santé, à travers l'amélioration de la quantité et de la qualité des services offerts aux populations, notamment les plus vulnérables.

En vue d'une optimisation des ressources allouées et du renforcement de la qualité de soins des établissements sanitaires, l'Etat procédera au passage à l'échelle du projet dénommé Financement Basé sur la Performance (PBF). Ainsi, de 21 districts sanitaires en 2020, la couverture devrait atteindre 113 districts, soit 100% en 2025.

Une des interventions qui sera passée à échelle est *le projet d'humanisation des soins* par l'approche 5S, KAIZEN TQM. En Côte d'Ivoire, le mauvais accueil des clients est fréquemment décrié et constitue une cause majeure de la faible fréquentation des établissements de santé. Parmi les récriminations, il faut noter les violences faites aux femmes, dans les services de maternité augmentant le nombre de décès maternels, infantiles et néonatales.

Face à cette « déshumanisation des soins » le MSHPCMU propose la personnalisation et l'humanisation du service public pour relever ce défi de notre système de santé. En 2013, le CRESAC (Centre Régional d'Evaluation en Education, Environnement Santé et d'Accréditation en Afrique) a élaboré un référentiel relatif à l'accueil dans les établissements sanitaires et initié le projet pilote « Accueil, premier soin du patient ». Ce projet, implémenté dans 6 centres pilotes dans la région d'Abidjan, a donné des résultats satisfaisants.

C'est dans ce contexte que le MSHPCMU décide d'étendre ce projet dans 11 structures cibles en vue d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Ce projet vise, à travers l'utilisation de méthode et outils qualité dont l'approche 5S, KAIZEN TQM à sensibiliser et à favoriser un changement de mentalité des autorités sanitaires et le personnel de façon progressive pour offrir des soins de qualité et humanisés. Cette approche tire ses origines des outils de gestion japonaise de la qualité utilisée dans le secteur industriel comme Toyota et d'autres sociétés et ancrée dans la culture traditionnelle japonaise "Tea Cérémonie "ou" Omotenashi ".

Par ailleurs, toujours dans le cadre du développement du Réseau de Soins de Proximité et de l'amélioration des prestations notamment au niveau des zones reculées, le MSHPCMU a décidé de mettre en œuvre le **projet de Télémédecine**. En effet, en dépit des efforts consentis par le Gouvernement, l'on observe la persistance de défis dans le maillage complet du pays en services médicaux. Pour remédier à cette situation, le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle a identifié la Télémédecine comme une pratique médicale innovante capable d'améliorer l'accès des populations aux soins de qualité, notamment, pour les populations en situation de précarité ou vivants simplement en zone rurale. La télémédecine est la pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication par l'entremise d'un ou plusieurs professionnels de santé avec un ou plusieurs patients en vue de leur dispenser des soins de type préventif, curatif et promotionnel.



Pour les cinq prochaines années, trois (3) projets pilotes seront mis en place. Cela permettrait de palier les déficits constatés en matière d'offre de prestations de spécialités, en dépit du fait que les CSU bénéficient de la présence de médecins généralistes. Ces projets de télémédecine permettront aux populations des zones rurales et celles des zones précaires urbaines de bénéficier de consultations et soins médicaux gradués de proximité.

Une autre intervention serait *l'intégration des unités de médecine traditionnelle aux structures sanitaires de référence* (CHU de Treichville, CHU de Bouaké, CHR de Korhogo, CHR de San-Pédro, CHR de Divo). Les résultats attendus seront de : i) améliorer la prise en charge des patients ayant recours à la médecine et la pharmacopée traditionnelles, ii) développer des médicaments traditionnels de qualités, d'innocuités et d'efficacités garanties ; iii) Améliorer la base de données de la médecine traditionnelle par des données cliniques factuelles et fiables ; iv) assurer l'analyse, le suivi et l'évaluation des thérapeutiques traditionnelles dans un contexte de pharmacovigilance ; v) promouvoir la recherche scientifique par la documentation des savoirs et pratiques thérapeutiques traditionnels.

L'un des fléaux qui mine notre système de santé est *le cancer*, qui prend de plus en plus de l'ampleur en Côte d'Ivoire avec près de 17 300 nouveaux cas avec 11 760 décès en 2020 selon GLOBOCAN.

Pour les cinq prochaines années, il s'agit de *renforcer la lutte contre le cancer* et plus particulièrement le cancer du col de l'utérus qui ne doit plus être considéré comme un problème de santé publique à l'horizon 2030. En effet, Le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable. Presque tous les cas de cancer du col de l'utérus (99 %) sont liés à une infection par un papillomavirus humain (PVH) à haut risque, un virus extrêmement courant qui se transmet par contact sexuel. Si la plupart des infections à PVH disparaissent spontanément et ne provoquent pas de symptômes, une infection persistante peut entraîner un cancer du col de l'utérus chez les femmes.

Des approches de prévention primaire (vaccination contre le VPH) et secondaire (dépistage et traitement des lésions précancéreuses) efficaces permettront d'éviter la plupart des cas de cancer du col de l'utérus. Pour se faire, en prévention primaire, nous intensifierons la sensibilisation sur les facteurs de risques et la Vaccination contre le papillomavirus (l'objectif étant de vacciner au moins 70% des fillettes de 9 ans contre le papillomavirus humain). Pour la prévention secondaire, elle se fera par le dépistage des lésions précancéreuses « approche dépister et traiter » dans les 3 centres de sénologie installés (CHU de Treichville, CHU de Cocody, INSP Adjamé) et les plus de 134 sites opérationnels de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) qui ont été installés à travers le pays grâce à des partenaires internationaux.

Toujours concernant le fonctionnement régulier des services et l'organisation des *prestations de qualité*, leur référentiel peut être adapté pour marquer la volonté réelle de réguler l'offre de services publics de santé. Dans ce cadre, le système de référence et de contre référence sera formalisé, appliqué et évalué régulièrement.

De plus, concernant la qualité des soins, il s'agira de poursuivre la mise en œuvre de la démarche qualité qui est un processus continue, les auto évaluations dans les structures sanitaires, l'évaluation externe 2 fois par an, les coachings et le suivi-évaluation par trimestre des différents établissements engagés dans le processus d'amélioration continue de la qualité des soins. Tous les établissements sanitaires doivent avoir une performance de 80%. Une labélisation d'au moins 10% des structures sanitaires engagés dans la démarche qualité selon un processus national, une certification ou une accréditation des services des établissements sanitaires sera requise.

Les zones de silence sanitaire vont bénéficier d'activités avancées et mobiles organisées de manière périodique par les services départementaux et régionaux de santé.

La qualité des services et soins s'appuie aussi sur le développement des technologies de la santé grâce à des applications et des services électroniques, tels que les applications mobiles pour la santé (mHealth), la télémédecine, la formation en ligne, les dossiers médicaux électroniques (DME), les systèmes d'information sanitaire (SIS), les systèmes électroniques de gestion logistique et les systèmes d'information de laboratoire.

- Concernant les *personnes en situation d'handicap*, certaines techniques seront passées à échelle tandis que l'on innovera pour certaines interventions.

Pour les cinq prochaines années, il s'agira de renforcer la réadaptation physique des personnes victimes d'handicap. La réadaptation n'est pas un service propre à tel ou tel type d'incapacité pour les personnes atteintes de handicaps permanents. Elle ne concerne pas non plus que les personnes souffrant de handicaps physiques. Elle est plutôt un aspect fondamental des soins dont doit bénéficier toute personne souffrant d'une affection aiguë ou chronique, d'un handicap ou d'une lésion qui limite son fonctionnement de manière permanente ou pas, en tant que telle, devrait donc être accessible à tous ceux qui en ont besoin au moment où ils en ont besoin dans le continuum des soins.

La réadaptation est un ensemble d'interventions nécessaires lorsqu'une personne est limitée ou risque d'être limitée dans son fonctionnement quotidien à cause de son âge ou d'une pathologie, notamment une maladie ou un trouble chronique, une lésion ou un traumatisme. La réadaptation permet à des personnes de tous âges de continuer ou de reprendre leurs activités de tous les jours, de se sentir utiles et de jouir du plus grand bien-être possible.

La réadaptation est une forme de soins extrêmement cohérents qui complètent d'autres interventions, notamment médicales et chirurgicales, pour obtenir le meilleur résultat possible. La réadaptation peut par exemple aider à prévenir les complications associées à de nombreuses affections telles que les lésions de la moelle épinière, les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ou les fractures. Elle peut aussi contribuer à réduire ou à ralentir les effets incapacitants d'affections chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète en présentant aux malades des stratégies d'auto-prise en charge et en leur fournissant les aides techniques dont ils ont besoin, ou en soignant la douleur et d'autres complications.

### **3.4.2.2. Logique d'intervention**

Pour l'atteinte des quatre effets escomptés du deuxième axe du PNDS, la logique d'intervention s'articule comme décrite ci-après.

**Effet 3 : Le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible**

- **Produit 3.1 : Le système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante, équitablement réparties et motivées**

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

- ❖ *Action 3.1.1: Améliorer la gouvernance et le financement des RHS*
- ❖ *Action 3.1.2: Renforcer la gestion et la production des ressources humaines en santé*

- **Produit 3.2: Le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire**

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

- ❖ *Action 3.2.1: Positionner la Côte d'Ivoire comme une destination médicale de premier ordre en Afrique de l'Ouest et offrir des soins de santé dans des secteurs de pointe*
- ❖ *Action 3.2.2 : Renforcer l'accréditation des établissements sanitaires*
- ❖ *Action 3.2.3 : Améliorer l'efficacité et la performance des établissements sanitaires à tous les niveaux de la pyramide et du système de santé dans le cadre du développement des Pôles de Continuum des Soins (PCS)*
- ❖ *Action 3.2.4 : Renforcer le cadre réglementaire et de gestion de la maintenance des infrastructures et des équipements médicaux*

- **Produit 3.3 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer un accès accru à des produits de santé de qualité et en quantité suffisante**

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

- ❖ *Action 3.3.1: Renforcer la régulation du secteur pharmaceutique et de la transfusion sanguine*
- ❖ *Action 3.3.2 : Renforcer la disponibilité des produits de santé (produits sanguins, vaccins, médicaments et intrants stratégiques) en quantité suffisante*

**Effet 4 : Le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires**

- **Produit 4.1 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant**

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques suivantes :

- ❖ *Action 4.1.1: Renforcer l'offre de service de santé de la mère*
- ❖ *Action 4.1.2: Renforcer l'offre de service de santé du nouveau-né et de l'enfant*
- ❖ *Action 4.1.3: Assurer la coordination et la production de données factuelles sur l'offre de services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*

○ ***Produit 4.2 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux adolescents et jeunes***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

- ❖ *Action 4.2.1: Etendre l'offre de service santé adapté aux adolescents et jeunes y compris la visite médicale systématique et la SSR/PF, VIH-IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire*
- ❖ *Action 4.2.2: Renforcer l'implication communautaire et les interventions d'Information, Education, Communication pour le Changement Social et de Comportement (IEC/CCSC) à l'endroit des adolescents et jeunes y compris la couverture vaccinale en HPV et l'addiction à la drogue, à l'alcool et au tabac*

**Effet 5 : Le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies**

○ ***Produit 5.1 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles au sein des établissements sanitaires***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques suivantes :

- ❖ *Action 5.1.1: Renforcer les activités de prévention et de prise en charge du VIH/sida au sein des établissements sanitaires*
- ❖ *Action 5.1.2 : Renforcer les interventions de prévention, de diagnostic et de prise en charge de la Tuberculose au sein des établissements sanitaires*
- ❖ *Action 5.1.3: Renforcer les interventions de prévention et de prise en charge du paludisme au sein des établissements sanitaires*
- ❖ *Action 5.1.4: Renforcer les interventions de prévention et de prise en charge des hépatites virales au sein des établissements de santé*
- ❖ *Action 5.1.5: Renforcer les interventions de prévention des maladies évitables par la vaccination au sein des établissements de santé*

○ ***Produit 5.2 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies tropicales négligées (MTN) au sein des établissements sanitaires***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

- ❖ *Action 5.2.1: Renforcer les capacités des centres de dépistage et des acteurs intervenant dans la lutte contre les MTN et la prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire*
- ❖ *Action 5.2.2: Renforcer la communication sur les MTN*
- ❖ *Action 5.2.3: Renforcer la surveillance épidémiologique des MTN*

○ **Produit 5.3 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les Maladies non transmissibles au sein des établissements sanitaires**

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

- ❖ *Action 5.3.1: Renforcer les interventions de promotion et de prévention contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque*
- ❖ *Action 5.3.2: Renforcer les interventions de prise en charge des maladies non transmissibles*
- ❖ *Action 5.3.3: Renforcer les interventions de médecine physique et réadaptation au niveau des hôpitaux de références*

○ **Produit 5.4 : Les structures de santé sont mieux outillées pour assurer la prévention et le contrôle des infections, l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et la gestion des déchets sanitaires**

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

- ❖ *Action 5.4.1: Améliorer la gouvernance en matière de Prévention et de Contrôle des Infections (PCI) et Gestion des Déchets Sanitaires*
- ❖ *Action 5.4.2: Renforcer la prévention et le contrôle des infections dans les établissements sanitaires publics*
- ❖ *Action 5.4.3: Renforcer les capacités et les compétences sectorielles en matière de prévention et de contrôle des infections*
- ❖ *Action 5.4.4: Améliorer l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements sanitaires*

○ **Produit 5.5 : Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés pour la gestion et la fourniture de soins de qualité**

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

- ❖ *Action 5.5.1: Renforcer le cadre normatif des activités des soins et services de santé*
- ❖ *Action 5.5.2: Mettre en œuvre la démarche qualité dans les établissements sanitaires y compris les laboratoires de biologie médicale*
- ❖ *Action 5.5.3: Renforcer les capacités des gestionnaires en management de la qualité, de l'hygiène et de la sécurité en milieu de soins*
- ❖ *Action 5.5.3: Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé*
- ❖ *Action 5.5.4: Etendre la CMU et les autres achats stratégiques au niveau du secteur privé de la santé*

○ **Produit 5.6 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer une offre de services de nutrition de qualité**

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

- ❖ *Action 5.6.1: Renforcer les interventions de promotion des bonnes pratiques nutritionnelles et de prévention de la malnutrition à travers les actions essentielles en nutrition*
- ❖ *Action 5.6.2: Etendre l'offre de service de dépistage et de prise en charge de la malnutrition*

**Effet 6 : Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique**

- ***Produit 6.1: Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de préparation aux situations d'urgences et de prévention des évènements de santé publique***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques suivantes :

- ❖ *Action 6.1.1: Renforcer la préparation aux urgences de santé publique*
- ❖ *Action 6.1.2: Renforcer la prévention des évènements de santé publique*
- ***Produit 6.2 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour la détection précoce des évènements de santé publique et la riposte aux urgences de santé publique***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques suivantes :

- ❖ *Action 6.2.1: Renforcer les capacités de détection des urgences de santé publique*
- ❖ *Action 6.2.2: Renforcer les capacités de riposte aux urgences de santé publique*
- ❖ *Action 6.2.3: Assurer la continuité des services essentiels*

### **3.4.3. Stratégies et logique d'intervention de l'axe stratégique 3**

#### **3.4.3.1. Principales stratégies de mise en œuvre**

La stratégie nationale de santé communautaire est adaptée à la situation actuelle et avec la reconnaissance faite aux Agents de santé communautaire, le niveau communautaire servira de relais adéquat aux trois niveaux d'offre de soins pour améliorer significativement l'utilisation des services de santé. C'est pourquoi les ASC doivent bénéficier de la formation, de la motivation, de la dotation en kits et du suivi nécessaires afin de les aider à jouer leur rôle d'offre de soins primaires et de mobilisation des communautés autour des priorités de santé.

Grâce aux agents communautaires, *la promotion de la santé au niveau communautaire* va s'améliorer en tenant compte des différentes actions des programmes de santé, des micro-planification trimestrielles de mobilisation des communautés autour des thématiques de vaccination, de CPN, de PF, de prévention du paludisme, du VIH, des MNT et des MTN.

Enfin, en cohérence avec la *vision relative aux aspects transversaux*, un accent particulier sera accordé au genre, à l'équité et à l'environnement pour une place adéquate de participation et de prise de décision par les femmes ; pour des interventions qui favorisent la prise en compte des personnes délaissées, vulnérables et pour des interventions sanitaires respectueuses de l'environnement.



Par ailleurs, les acteurs de la société civile seront davantage impliqués dans les niveaux de prise de décision afin de renforcer le contrôle citoyen et de tirer profit de leur avantage comparatif.

### **3.4.3.2. Logique d'intervention**

Pour l'atteinte de l'effet escompté du troisième axe du PNDS, la logique d'intervention s'articule comme décrite ci-après.

#### **Effet 7 : Les populations en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé**

○ ***Produit 7.1: Les populations notamment les plus défavorisés et vulnérables disposent de capacités renforcées pour la demande de services de santé de qualité et la prévention des maladies***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

❖ *Action 7.1.1: Généraliser les bonnes pratiques d'hygiène publique, la prévention des maladies et la promotion de la santé*

❖ *Action 7.1.2: Renforcer la promotion des PFE et des mesures préventives*

❖ *Action 7.1.3: Renforcer les capacités des COGES et autres organisations communautaires sur les approches de participation communautaire*

❖ *Action 7.1.4: Renforcer l'éducation pour la santé et la prévention des différents problèmes de santé pour les jeunes et adolescents y compris en milieu scolaire et universitaire*

❖ *Action 7.1.5 : Renforcer la participation et l'engagement communautaires*

○ ***Produit 7.2: Les autorités administratives, les leaders politiques, communautaires, religieux et syndicaux, les responsables de groupements d'intérêts économiques, les parents et autres acteurs de la société civile disposent de capacités renforcées pour favoriser la demande et l'utilisation des services de santé***

L'atteinte de ce produit passera par les actions stratégiques et activités suivantes :

❖ *Action 7.2.1: Renforcer les capacités des acteurs communautaires à la sensibilisation des populations défavorisées et vulnérables sur les approches de participation communautaire*

❖ *Action 7.2.2: Renforcer les capacités des Organisations de la société civile pour l'évaluation de la qualité des services et la satisfaction des bénéficiaires*

❖ *Action 7.2.3: Renforcer les capacités techniques et opérationnelles des acteurs communautaires notamment sur les déterminants de la santé*

### **3.4.4. Facteurs de succès**

Pour assurer une mise en œuvre efficace et atteindre les résultats d'effets du PNDS 2021-2025 ainsi que leurs différents produits, il importe de développer des stratégies et mécanismes pour la prise en compte de certains facteurs contextuels évoqués dans les différentes théories du

changement et qui pourraient compromettre sa bonne mise en œuvre. Ces facteurs sont reflétés dans les tableaux ci-après ainsi que leur approche de gestion.

Les risques sont résumés et analysés dans le tableau ci-après

**Tableau 5:Analyse des risques**

	Risques	Actions à mener
<b>Contexte général</b>		
1	Crise financière	Développer des mécanismes internes de financements innovants
2	Situation sécuritaire, politique et sociale trouble (terrorisme, guerre, etc.)	Prendre les mesures nécessaires pour prévenir les chocs et les crises
3	Catastrophes climatiques ou environnementales ou la recrudescence des maladies à potentielles épidémiques (fièvres hémorragiques, maladies émergentes et ré-émergentes)	Limitier les effets des changements climatiques
		Mener des réflexions stratégiques sur les risques émergents et leur prise en compte dans les politiques sectorielles
4	Pesanteurs socio-culturelles qui limitent l'utilisation des services et l'adoption de comportement favorables à la santé	Renforcer les actions de promotion de la santé.
5	Insuffisance des ressources financières allouées à la santé (moins de 15% du budget national au secteur de la santé)	Faire des plaidoyers à l'endroit des structures telles que l'Assemblée nationale, le Ministère en charge du budget, Collectivités locales, secteur privé et des PTF
<b>Contexte relatif à l'axe stratégique 1</b>		
1	Instabilité institutionnelle	Assurer la continuité des activités planifiées
2	Corruption et détournement des deniers publics	Renforcer le contrôle, le suivi et l'inspection
<b>Contexte relatif à l'axe stratégique 2</b>		
1	Faible collaboration intersectorielle entre le Ministère en charge de la Santé et les autres Ministères impliqués dans la gestion et la production des Ressources Humaines	Renforcer la fonctionnalité des organes multisectoriels
2	Fuite des cerveaux	Développer des mécanismes de fidélisation du personnel
3	Faible collaboration intersectorielle entre le Ministère en charge de la Santé et les collectivités territoriales dans le cadre de l'implantation et l'équipement des structures sanitaires	Renforcer le processus d'autorisation de construction et d'équipement
		Mener des réflexions stratégiques sur les risques émergents et leur prise en compte dans les politiques sectorielles
4	Pénurie de produits de santé sur le marché international	Diversifier les sources d'approvisionnement
<b>Contexte relatif à l'axe stratégique 3</b>		
1	Faible niveau d'instruction de la population	Renforcer l'éducation des populations
2	Faible niveau économique de la population	Améliorer le revenu de la population
		Etendre la CMU

	Risques	Actions à mener
3	Rumeurs sur l'offre de service	Renforcer la communication sur l'offre de service de santé

**Tableau 6: Analyse des hypothèses**

	Hypothèses	Actions à prendre
1	Volonté politique du Gouvernement en faveur du secteur de la santé et de la mise en œuvre des Objectifs du Développement Durable (ODD)	Capitaliser la volonté politique affichée de construire un système de santé résilient capable de mettre fin aux principales épidémies
2	Volonté et l'engagement des partenaires à adhérer à la mise en place d'un panier commun dans le cadre d'une approche sectorielle	Elaborer un Compact
		Redynamiser le MCSS
3	Maintien d'une forte croissance économique nationale	Etablir un partenariat solide avec le secteur privé, ainsi que les partenaires au développement pour un appui aux secteurs à même de renforcer la compétitivité de l'ensemble de l'économie et la productivité
4	Mobilisation accrue de ressources additionnelles internes	Plaidoyer auprès des institutions telles que l'Assemblée nationale, Collectivités locales, secteur privé
		Développer des mécanismes internes de financements innovants.

## 4 QUATRIÈME PARTIE : GESTION DU PNDS

### 4.1. MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

La mise en œuvre du PNDS 2021-2025 dépend de ressources financières et matérielles affectées au ministère en charge de la santé à travers les budgets de fonctionnement et d'investissement, et des ressources mobilisées auprès des autres ministères. Elle dépend également de la disponibilité et du renforcement des capacités des acteurs en charge des différentes interventions.

Le PND constitue le cadre de référence national pour la mise en œuvre des stratégies sectorielles.

Ainsi, la mobilisation des ressources publiques pour le financement des interventions du PNDS 2021-2025 passera par leur prise en compte au niveau des deux instruments programmatiques clés que sont le Programme d'Investissements Publics (PIP) et le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD).

Par ailleurs, le Ministère en charge de la santé, développera des plaidoyers dans le but de vulgariser le PNDS 2021-2025 auprès des autres structures nationales et internationales afin d'établir un dialogue permanent.

#### 4.1.1. Mécanismes de mobilisation et de gestion des ressources financières

La première source de financement du PNDS 2021-2025 proviendra du budget de l'Etat. Durant la période de mise en œuvre, l'Etat devra accroître son financement pour tendre vers les 15 % de la part de son budget. L'Etat développera des mécanismes innovants pour mobiliser des ressources additionnelles à l'échelle nationale pour le secteur de la santé. Des efforts seront faits afin de continuer à mobiliser d'autres ressources auprès des partenaires au développement et du secteur privé.

La gestion des ressources financières du PNDS 2021-2025 se fera sur les principes prônés par le Partenariat International pour la Santé et initiatives connexes (IHP+) à savoir : (i) l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, (ii) l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, (iii) la gestion axée sur les résultats, (iv) la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du Gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi. Les outils de gestion financière et de suivi de l'exécution budgétaire seront revus et adaptés à cet effet.

Des audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, des contrôles par les corps de contrôle de l'Etat seront maintenus et renforcés. Les procédures de gestion administrative, financière et comptable d'une part, les mécanismes de contrôle et d'audit d'autre part, devront être améliorés, disséminés et appliqués à tous les niveaux du système de santé. Ceci se fera par le renforcement des actions de l'Inspection Générale de la Santé en rapport avec l'Inspection Générale des Finances et l'Inspection d'Etat.

Ces mécanismes seront définis à partir des différents organes et systèmes de contrôle mis en place. Le contrôle de la conformité des activités sera assuré principalement par l'Inspection Générale de la Santé qui est chargée de procéder à tout contrôle administratif financier et sanitaire des établissements et services relevant du Ministère, à l'audit interne des EPN et des établissements sanitaires en cas de besoins et de veiller à la diffusion ainsi qu'à l'application de la législation, de la réglementation et des directives, de façon générale des normes en vigueur.

#### **4.1.2. Besoins en ressources financières**

##### **4.1.2.1. Estimation des coûts**

###### **4.1.2.1.1. Hypothèses de calcul des coûts des interventions**

L'estimation des coûts du PNDS 2021-2025 a été faite à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation « One Health ». C'est un outil qui a été développé dans un élan d'unification des outils de planification et/ou de budgétisation mis en place pour les différents programmes de santé avec l'appui de différents Partenaires techniques et financiers, en particulier les agences des Nations Unies en fonction de leurs mandats respectifs. Ainsi, la Côte d'Ivoire a fait le choix d'utilisation de cet outil pour développer son PNDS 2021-2025 en conformité avec les recommandations internationales en la matière.

Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des interventions retenues dans le plan, adoptant l'approche des ingrédients, ou une approche de coût normalisée, appliquée pour l'estimation des coûts directs des intrants.

L'approche des ingrédients incarne une méthode ascendante de calcul des coûts, en isolant d'abord les interventions définissant chaque activité, puis en identifiant, quantifiant et calculant les intrants nécessaires pour la production de l'unité cible et en déterminant le coût unitaire moyen pour chaque intervention. En plus des coûts d'intrants directs pour les médicaments et les fournitures, les coûts unitaires comprennent également une partie des coûts du programme qui sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre des interventions qui ne sont pas directement liés au nombre de personnes recevant des soins comme la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation, l'équipement, le plaidoyer et la communication, les masses médias et la sensibilisation.

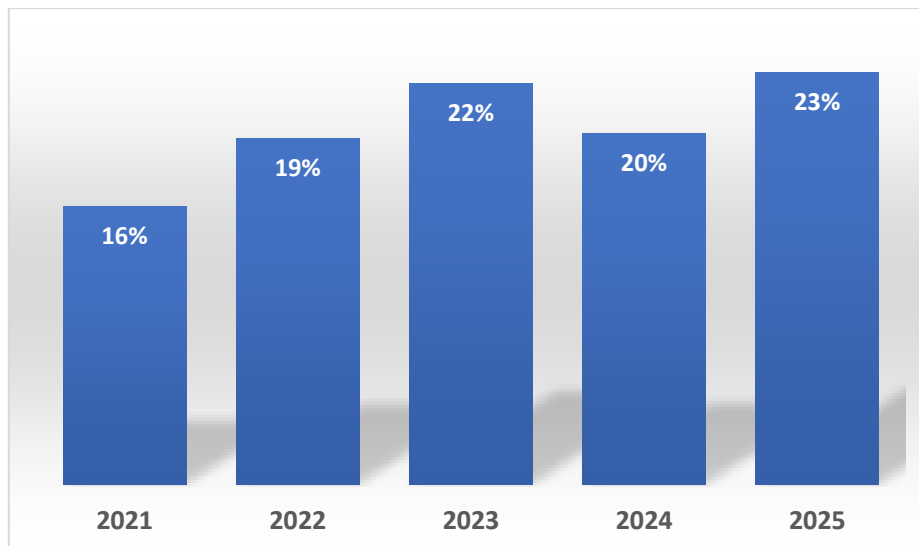
Les coûts des intrants ont été obtenus à partir des prix du marché, de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement du système des Nations Unies et des enquêtes. Le présent costing a tenu compte d'une analyse des déterminants en termes de disponibilité des intrants essentiels, de ressources humaines, d'accessibilité, d'utilisation des services de santé par la population, de couverture adéquate et de couverture effective en vue de la réalisation des objectifs fixés et des résultats à atteindre pour la période 2021-2025. En somme, la budgétisation a pris en compte les réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de construction et de réhabilitation des infrastructures sanitaires et de recrutement des ressources humaines complémentaires consécutifs aux mesures nouvelles.

En outre, certains indicateurs des ODD ont été pris en compte dans le cadre de l'évaluation des coûts du PNDS 2021-2025 afin d'être en phase avec les engagements du pays vis-à-vis de ces derniers.

#### 4.1.2.1.2. Tendances et besoins financiers globaux du PNDS

##### ❖ *Budget global*

Le coût global estimatif de mise en œuvre du PNDS 2021-2025 s'élève à 6 212,24 milliards soit environ 11 milliards de dollars US. La figure 13 ci-dessous donne l'évolution annuelle du besoin de financement du PNDS 2021-2025.

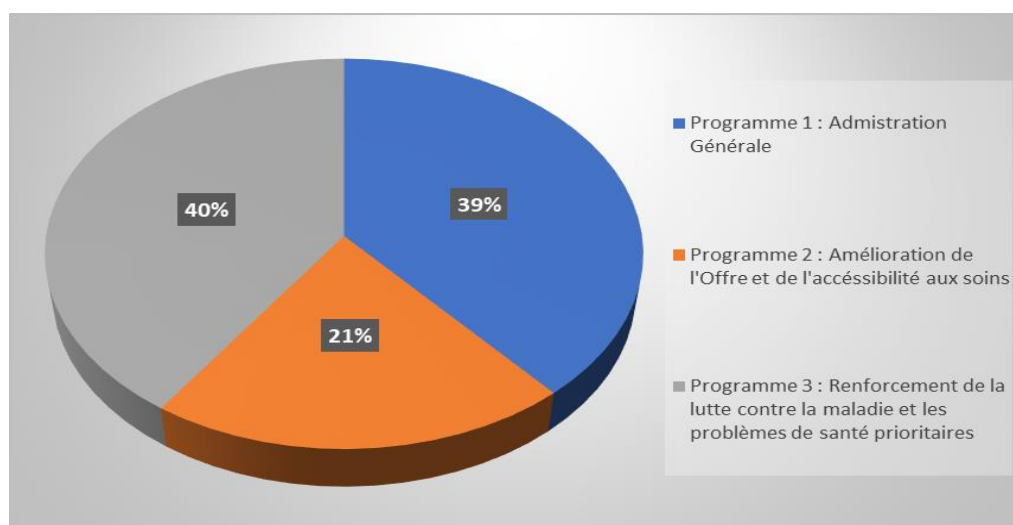


**Graphique 23: Proportion annuelle des estimations budgétaires du PNDS 2021-2025**

La figure ci-dessus montre une évolution croissante du budget entre 2021 et 2023 (respectivement 16 %, 19% et 22%), avant de décroître en 2024 (20%), puis remonter en 2025 (23%). La hausse du budget en 2023 et 2025 s'explique par la programmation des infrastructures pour être réalisées à ces périodes.

##### ❖ *Budget par programme budgétaire du budget programme*

Pour répondre aux directives de l'UEMOA, le Ministère en charge de la santé a défini trois (3) programmes budgétaires. Ainsi, à l'aide de l'outil One health, une cartographie du budget global estimatif a été faite par programmes retenus par le pays. La figure ci-après montre la répartition du budget par programme budgétaire.



**Graphique 24: Répartition du budget par programme budgétaire**



La répartition par programme budgétaire, présentée sur la figure 14 ci-dessus montre que le programme budgétaire n°3 « *Renforcement de la lutte contre la maladie et les problèmes de santé prioritaires* » consomme **40%**, suivi du programme 1 « *Administration Générale* » (**39%**), et du programme 2 « *Amélioration de l'offre et de l'accessibilité aux soins* » (**21%**).

L'importance du poids du programme 3 s'explique par le fait qu'elle contient les coûts relatifs aux infrastructures à réaliser, à équiper et/ou à réhabiliter.

Le tableau 4 suivant présente l'évolution des estimations budgétaires annuelles détaillées du PNDS 2021-2025 en fonction des programmes budgétaires en millions de FCFA.

**Tableau 7: Evolution des estimations budgétaires annuelles du PNDS 2021-2025**

PROGRAMMES	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Programme 1 : Administration Générale	456 276	489 840	486 826	487 352	482 515	2 402 811
Programme 2 : Amélioration de l'Offre et de l'accessibilité aux soins	168 567	295 186	401 582	158 784	280 045	1 304 165
Programme 3 : Renforcement de la lutte contre la maladie et les problèmes de santé prioritaires	343 477	415 332	505 467	576 044	669 946	2 505 268
<b>TOTAL</b>	<b>963 320</b>	<b>1 200 360</b>	<b>1 393 876</b>	<b>1 222 181</b>	<b>1 432 506</b>	<b>6 212 244</b>

#### ❖ Budget par effet du PNDS

Pour l'atteinte des résultats du PNDS, 07 effets ont été définis. Dans l'allocation budgétaire, les effets 3, 4 et 7 occupent 86,41 %. Le tableau suivant montre la proportion détaillée du budget par effet en million de FCFA.

**Tableau 8: Répartition du budget par effet**

	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Effet 1 : les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces, et inclusifs	2636	2537	1727	1581	1776	10257	<b>0,17%</b>
Effet 2 : Le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision	2005	7340	4183	3329	4747	21604	<b>0,35%</b>

	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Effet 3 : Le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible	353807	494844	616606	388709	524767	2378733	<b>38,29%</b>
Effet 4 : Le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires	194006	252189	317671	419753	512182	1695802	<b>27,30%</b>
Effet 5 : Le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies	134047	146476	146211	144109	145110	715953	<b>11,52%</b>
Effet 6 : Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique	11130	17755	42103	12598	13069	96655	<b>1,56%</b>
Effet 7 : Les populations en particulier les plus vulnérables utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé	265689	279219	265374	252103	230855	1293240	<b>20,82%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>963320</b>	<b>1200360</b>	<b>1393876</b>	<b>1222181</b>	<b>1432506</b>	<b>6212244</b>	<b>100,00%</b>

#### ❖ Budget par produit

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, 21 produits ont été retenus. La représentativité du poids de chaque produit est consignée dans le tableau ci-après.

Cette répartition montre que 88, 19 % du budget est consommé par quatre (04) produits à savoir :

- Produit 5.1 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles au sein des établissements sanitaires (**30,57%**) ;
- Produit 5.5 : Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés pour la gestion et la fourniture de soins de qualité (**20,87%**) ;
- Produit 3.2: Le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (**19,41%**) ;
- Produit 3.1 : Le système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante, équitablement réparties et motivées (**17,35%**).

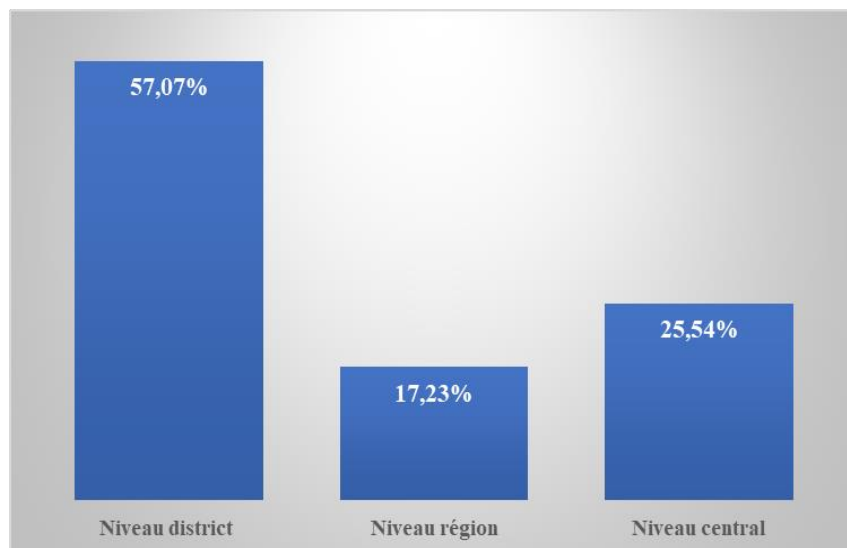
**Tableau 9: Budget par produit du PNDS**

Tableau récapitulatif du budget estimatif du PNDS 2021-2025 en millions de FCFA							
PRODUITS	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total	%
Produit 1.1 : Les acteurs du système de santé disposent de capacités renforcées pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et règlements	930	223	87	6	119	1 366	0,02%
Produit 1.2 : Le Ministère en charge de la Santé dispose de capacités pour assurer son leadership, la coordination, la régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et la collaboration effective avec les autres secteurs (les ministères sectoriels, le secteur privé, les collectivités territoriales, la société civile) et les partenaires au développement	1 521	1 522	1 522	1 473	1 473	7 511	0,12%
Produit 1.3 : Les acteurs aux niveaux central et local du système de santé sont mieux outillés pour la mobilisation et la gestion efficiente des ressources financières	185	792	118	101	184	1 380	0,02%
Produit 2.1 : Les acteurs aux niveaux central et déconcentré (Etat, privé, ONG, autres institutions) sont mieux outillés pour la production et la gestion de l'information sanitaire de qualité	654	4 968	892	996	679	8 189	0,13%
Produit 2.2 : Les acteurs aux niveaux central et opérationnel du système de santé disposent de capacités renforcées en matière de planification, de suivi et d'évaluation des interventions sanitaires	1 162	616	1 333	1 024	2 643	6 777	0,11%
Produit 2.3 : Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de développement de la recherche et de l'innovation	189	1 756	1 958	1 309	1 425	6 638	0,11%
Produit 3.1 : Le système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante, équitablement réparties et motivées	185 947	200 744	215 542	230 340	245 137	1 077 710	17,35%
Produit 3.2: Le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	143 601	278 271	373 419	143 106	267 137	1 205 534	19,41%
Produit 3.3 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer un accès accru à des produits de santé de qualité et en quantité suffisante	24 663	16 112	27 866	15 382	12 611	96 634	1,56%
Produit 4.1 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	18 082	19 707	20 863	22 154	23 504	104 311	1,68%
Produit 4.2 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes	441	1 279	1 645	1 658	1 522	6 544	0,11%

Tableau récapitulatif du budget estimatif du PNDS 2021-2025 en millions de FCFA							
PRODUITS	2 021	2 022	2 023	2 024	2 025	Total	%
Produit 5.1 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles au sein des établissements sanitaires	263 305	297 730	355 494	448 268	534 203	1 899 000	30,57%
Produit 5.2 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les Maladies non transmissibles au sein des établissements sanitaires	16 488	21 941	26 154	30 634	36 023	131 239	2,11%
Produit 5.3 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies tropicales négligées (MTN) au sein des établissements sanitaires	420	448	476	503	531	2 379	0,04%
Produit 5.4 : Les structures de santé sont mieux outillées pour assurer la prévention et le contrôle des infections, l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et la gestion des déchets sanitaires	10 136	10 602	11 063	11 519	11 966	55 287	0,89%
Produit 5.5 : Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés pour la gestion et la fourniture de soins de qualité	265 932	280 068	266 058	252 780	231 508	1 296 346	20,87%
Produit 5.6 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer une offre de services de nutrition de qualité	16 734	18 665	20 700	22 380	24 179	102 658	1,65%
Produit 6.1: Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de préparation aux situations d'urgences et de prévention des événements de santé publique	292	2 451	11 802	157	175	14 877	0,24%
Produit 6.2 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour la détection précoce des événements de santé publique et la riposte aux urgences de santé publique	459	3 853	18 554	246	275	23 386	0,38%
Produit 7.1: Les populations notamment les plus défavorisés et vulnérables disposent de capacités renforcées pour la demande de services de santé de qualité et la prévention des maladies	1 996	2 247	2 127	2 047	1 882	10 297	0,17%
Produit 7.2: Les autorités administratives, les leaders politiques, communautaires, religieux et syndicaux, les responsables de groupements d'intérêts économiques, les parents et autres acteurs de la société civile disposent de capacité renforcée pour favoriser la demande et l'utilisation des services de santé	10 183	36 365	36 202	36 101	35 330	154 180	2,48%
Total	963 320	1 200 360	1 393 876	1 222 181	1 432 506	6 212 244	100,00%

### ❖ Budget par niveau d'interventions de la pyramide de soins

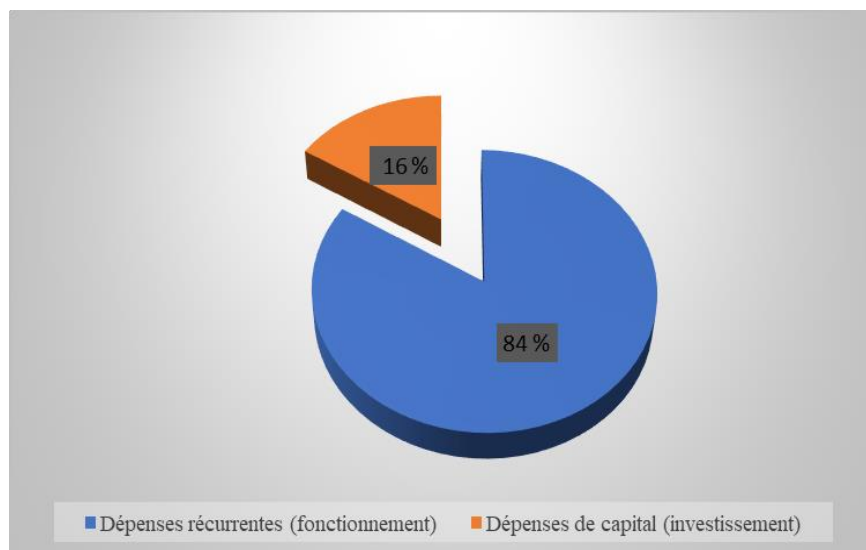
La ventilation du budget par niveau de la pyramide sanitaire montre que 57,07% des financements sont orientés vers le niveau opérationnel (District sanitaire), 17,23% vers le niveau intermédiaire et 25,54% du financement vers le niveau central. Le financement au niveau district prend en compte les activités des structures sanitaires et aussi la pratique communautaire.



**Graphique 25: Budget par niveau de soins**

### ❖ Budget par catégorie de dépense

Le budget par catégorie des dépenses est repris dans le tableau suivant :



**Graphique 26: Répartition du Budget par catégorie de dépense**

La figure ci-dessus montre que dans les coûts estimatifs du PNDS 2021-2025, les coûts récurrents occupent **84 %** du budget total, tandis que les coûts en capital font **16%**.

Il faut par ailleurs signaler dans le budget du fonctionnement, les médicaments et fournitures occupent **37,74%**, les salaires et autres avantages du personnel représentent **22,66%**, et les coûts administratifs de fonctionnement font **44,35 %**.

#### 4.1.2.2. Analyse du gap de financement

L'analyse du gap de financement du PNDS permet de fournir des données sur les coûts nécessaires à la mise en œuvre des programmes, des stratégies ou des actions prioritaires. Elle permet de savoir les coûts qui sont actuellement couverts ou sont prévus de l'être et donne une compréhension claire de la façon dont le montant du financement additionnel pourra être alloué, demandé ou obtenu à travers des actions de plaidoyer.

Ainsi, la différence entre les ressources disponibles et les coûts estimatifs du PNDS a permis de dégager un besoin total de financement qui s'élève à **376 001 035 133 FCFA**.

Il faut noter qu'à défaut de disposer des données sur les ressources financières disponibles à l'exception des données budgétaires de l'Etat, une estimation financière des données du Secteur privé (hors Ménages), des paiements directs et des partenaires techniques et financiers a été réalisée à partir des Comptes de la Santé. Concernant les ressources des partenaires techniques, une reconstitution des estimations financières des PTF à partir de l'année 2022 a été faite pour obtenir les données financières de 2023 à 2025.

L'analyse du gap de financement montre qu'en 2021, les ressources disponibles couvrent le besoin de financement du PNDS 2021-2025. Cette situation pourrait s'expliquer à partir des données financières obtenues qui se rapprochent des données factuelles. Le gap observé à partir de l'année 2022, devra être comblé par une mobilisation plus accrue des ressources propres de l'Etat et des partenaires au développement ainsi que du secteur privé (hors ménage).

Cependant, une gestion plus efficiente des ressources mobilisées garantirait la sécurité des sommes mobilisées.

#### 4.1.2.3. Scénarii de financement du PNDS

Dans le cadre de l'estimation des coûts du PNDS, trois scénarii ont été proposés

Un *scénario minimum* qui repose sur le maintien des acquis en matière de couvertures des interventions avec une légère augmentation de l'ordre de 5% sur les couvertures.

Un *scénario moyen* qui repose sur les couvertures attendues dans le PNDS. En effet, sur la base de données existantes, il a été procédé à des projections jusqu'en 2025 en utilisant la méthode des moindres carrés ordinaires décrite plus haut.

Un *scénario maximum* repose sur les projections de couvertures maximales, portant à 100% toutes les couvertures attendues en 2025.

Le coût par scénario est consigné dans le tableau suivant :

**Tableau 10: Budget estimatif du PNDS par scénario**

Tableau : Budget estimatif du PNDS par Scénario		
SCENARIO	COUT EN CFA	COUT EN USD
Minimum	5 959 544 682 118	10 238 104 243



Moyen (tendanciel)	6 212 243 745 133	10 672 224 547
Maximum (optimiste)	8 171 514 949 559	14 038 123 101

De l'analyse des différents scénarii, le scénario minimum se plie aux contraintes conjoncturelles actuelles. Quant au scénario moyen ou tendanciel, il offre des possibilités de mobilisations de ressources plus réalistes. Le scénario maximum est le scénario idéal nécessitant plus de ressources. Ce dernier scénario est celui qui est souvent retenu lorsqu'il n'y a pas de problème de ressources dans le pays.

Le scénario moyen ou tendanciel est donc celui qui a été retenu pour PNDS 2021-2025 parce que plus réaliste et réalisable, moyennant un effort acceptable de mobilisation de ressources.

#### **4.1.2.4. Estimation des gains de productivité grâce à la survie des enfants de moins de 5 ans**

La réussite de la mise en œuvre du PNDS contribuera à obtenir des gains de productivité grâce à l'amélioration de la survie des enfants de moins de 5 ans. Des études ont montré qu'il existe une relation entre santé de l'enfant et développement économique. Ainsi, la mise en œuvre du PNDS va contribuer à réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 21,6% en passant de 96 pour 1000 à 60,5 pour 1000.

Des analyses économétriques estiment qu'une réduction de 5 % du taux de mortalité des enfants entraîne un gain de productivité de 1% sur le produit intérieur brut. Le PIB actuel de la Côte d'Ivoire est estimé en 2021 à 37 852 milliards de FCFA. La mise en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, permettra au pays de générer un gain de productivité d'environ 1 635,21 milliards pendant les 5 années de réduction de la mortalité infanto-juvénile.

## **4.2. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI ÉVALUATION**

### **4.2.1. Planification opérationnelle des interventions**

Conformément à l'article 39 de la loi n°2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la politique de santé publique en Côte d'Ivoire, "l'Etat met en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification, permettant à tous les acteurs publics ou privés, partenaires techniques financiers, société civile, d'aligner leurs interventions. Ce plan opérationnel national est élaboré pour la mise en œuvre du PNDS".

Le Plan Opérationnel qui sera triennal et glissant servira de base pour le développement des DPPD/PAP du ministère de la santé.

A cet effet, un guide de planification sera élaboré et diffusé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce guide proposera une approche participative et opérationnelle de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025. Cet outil au service des acteurs du système de santé, doit aider à planifier les interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à la lumière des orientations nationales en la matière et à disposer d'un cadre unique de planification.

### 4.2.2. Suivi et évaluation du PNDS

Pour assurer le suivi de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025, il sera élaboré un plan spécifique de suivi et d'évaluation. Ce plan précisera : (i) le type d'information et les indicateurs de performance conformément aux objectifs préalablement retenus dans ledit plan ; (ii) les outils de collecte de données adaptés aux résultats attendus de la mise en œuvre de ce plan ; (iii) le processus de collecte, d'analyse des données collectées périodiquement pour la mise en œuvre du PNDS 2021-2025; (iv) les études et enquêtes à conduire sur la période ; (v) le cadre de communication et d'information pour une meilleure utilisation des résultats réalisés lors de la mise en œuvre périodique du plan. Sous la responsabilité d'un comité de suivi, des revues annuelles et une revue à mi-parcours du plan seront réalisées. Elles permettront d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs du PNDS 2021-2025. En outre, une évaluation finale permettra de mesurer le niveau global d'atteinte des résultats initialement fixés.

### 4.2.3. Coordination et pilotage du PNDS

Le ministère en charge de la santé est responsable de la mise en œuvre et du suivi de la politique du Gouvernement en matière de santé. A ce titre, il est responsable de la réalisation des objectifs du présent PNDS 2021-2025. Le Ministère en charge de la santé proposera une communication en conseil de ministre pour l'adoption du PNDS 2021-2025.

Pour assurer la coordination du PNDS, les organes ci-dessous seront mis en place.

- **Comité National de Pilotage :**

Placé sous l'autorité directe du Premier Ministre, Chef du Gouvernement, le comité de pilotage est composé d'entités issues du gouvernement et de ses institutions, du secteur privé, des organisations de la société civile et des partenaires au développement. Le comité de pilotage est chargé d'orienter et de suivre la mise en œuvre des interventions. A ce titre, il doit : (i) servir de cadre permanent de concertation sur la mise en œuvre du PNDS ; (ii) servir de cadre de mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS ; (iii) apprécier le degré d'atteinte des résultats du PNDS.

Le secrétariat de ce comité est assuré par le Ministère en charge de la santé. Il se réunit au moins une fois par an pour faire le point de la mise en œuvre et donner des orientations. Un arrêté précise sa composition, son organisation et son fonctionnement.

- **Comité National de Suivi de la mise en œuvre du PNDS**

Présidé par le Ministre en charge de la santé, le comité national de suivi implique l'ensemble des acteurs et partenaires du système de santé. Ce comité est chargé de : (i) définir les grandes orientations de la santé pour l'année ; (ii) valider les rapports de progrès du PNDS ; (iii) mettre en œuvre le Compact national ; (iv) rendre compte au Comité National de Pilotage de l'état de mise en œuvre du PNDS.

Le secrétariat de ce comité est assuré par la DGS. Ce comité se réunit au moins une fois par semestre. Un arrêté ministériel fixe la composition, l'organisation et le fonctionnement dudit comité.

- **Comité technique de suivi du PNDS**

Présidé par le Directeur Générale de la Santé, le comité technique de suivi implique les acteurs du Ministère en charge de la Santé et quelques partenaires du système de santé. Ce comité est chargé de : (i) valider le plan opérationnel annuel du PNDS ; (ii) assurer la coordination de la mise en œuvre du PNDS ; (iii) consolider le rapport de suivi des progrès du PNDS (iv) rendre compte au Comité National de Suivi de l'état de mise en œuvre du PNDS.

Le secrétariat de ce comité est assuré par la Direction en charge de la Planification. Ce comité se réunit au moins une fois par semestre. Un arrêté ministériel fixe la composition, l'organisation et le fonctionnement dudit comité.

- **Secrétariat exécutif de suivi de la mise en œuvre du PNDS**

La Direction chargée de la planification stratégique du ministère en charge de la santé assure la coordination du Secrétariat exécutif. Les membres de ce secrétariat seront précisés par arrêté.

Ce secrétariat assure le suivi continu de la mise en œuvre du PNDS. A ce titre, il est chargé de : (i) Élaborer les outils de planification et de suivi des plans opérationnels (triennal et annuel) du PNDS ; (ii) élaborer les plans opérationnels du PNDS ; (iii) rédiger les rapports de progrès du PNDS ; (iv) préparer les différentes réunions des organes de pilotage du PNDS ; (v) assister les programmes, les directions centrales, régionales et départementales de la santé dans l'élaboration de leurs plans.

#### **4.3. SYNERGIES INTERSECTORIELLES**

L'approche multisectorielle de mise en œuvre du PNDS impose constamment une coordination intersectorielle robuste pour assurer les chances de réussite des interventions prévues et espérer atteindre les objectifs déclinés. Cette synergie d'action intersectorielle doit être bâtie autour d'une clarification des rôles et responsabilités des différents acteurs sectoriels pour assurer le suivi, la coordination et l'évaluation des résultats attendus.

En termes de financement, une synergie collaborative rigoureuse devra être instituée entre les Ministères en charge de la Santé et ceux en charge de l'Economie et des Finances et du Budget afin de s'assurer mutuellement de la mobilisation des ressources nécessaires. Cela faciliterait la mise en œuvre du PNDS, ainsi que l'allocation efficiente aux domaines prioritaires mais également l'élaboration des outils de suivi tout en veillant à la prise en compte des besoins nouveaux et des opportunités de financement qui se présenteront au cours de la mise en œuvre du PNDS.

Pour ce qui est des ressources humaines, une étroite collaboration est inéluctable entre le Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur, le Ministère en charge de la Fonction Publique, le Ministère en charge du Budget et le Ministère en charge de la Santé. La disponibilité des Ressources Humaines en Santé (RHS) est assujettie à des contraintes de capacité de production (enseignement supérieur) et des contraintes budgétaires (ministère en charge du budget). Atteindre les objectifs du PNDS en termes de ressources humaines en santé nécessitera une synergie collaborative entre ces différents ministères pour une évaluation des

besoins, une planification de production des RHS et de la mobilisation des ressources financières pour assurer leur recrutement. Le succès de la mise en œuvre et du suivi du plan de développement des RHS, initié par le ministère en charge de la santé dépendra de cette capacité de synergie intersectorielle.

La synergie intersectorielle devrait également être renforcée entre les Ministères en charge de la santé, des armées, de la sécurité et de l'intérieur, des ressources animales et halieutiques, de l'agriculture, de l'assainissement et de l'environnement à travers les différentes structures ministérielles tant au niveau national qu'au niveau déconcentré. Cette synergie doit pouvoir mutualiser les efforts pour prévenir et anticiper sur la gestion des crises sanitaires majeures dans le cadre de l'approche « One Health ». La gestion de ces urgences sanitaires nécessite une véritable collaboration entre ces différents acteurs. Elle permettra de mettre en place des cadres collaboratifs pertinents et des outils pour mieux évaluer les interventions dans ce domaine.

Etant donné l'importance des collectivités décentralisées dans la mise en œuvre des politiques de santé communautaires et dans la gestion de la santé au niveau local, leur adhésion et engagements sont nécessaires à la réussite des réformes et changements comportementaux décrits dans les théories de changements. Cela nécessitera une collaboration étroite entre les ministères en charge de la santé et de la décentralisation.

Les ministères en charge de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur investissent énormément dans les milieux scolaires et universitaires pour la prise en charge des questions liées à la santé reproductive des jeunes et des adolescents. Certains engagements pris par la Côte d'Ivoire s'inscrivent dans cette perspective notamment le cadre d'action de Maputo et le partenariat de Ouagadougou. L'atteinte des objectifs de ces engagements appelle à un renforcement de synergie d'actions entre le ministère en charge de la santé et ces ministères afin de mieux appréhender les besoins, scruter les domaines prioritaires pour un investissement efficient et efficace. Cette mutualisation des efforts contribuera non seulement à un meilleur suivi des ressources mobilisées, mais également, elle aura l'avantage de mettre en place des outils consensuels pour mesurer les efforts dans la prise en compte des questions de santé au niveau scolaire et universitaire. Cette synergie d'action est également nécessaire avec le ministère en charge de la famille et de la femme pour la prise en charge des questions de santé de la reproduction et de la lutte contre les violences basées sur le genre. La mutualisation des interventions et la prise en compte des besoins spécifiques requièrent une collaboration intelligente pour surmonter les potentiels obstacles en vue d'atteindre les résultats escomptés. Cette même synergie devrait s'étendre à d'autres ministères tels que celui en charge de la jeunesse en orientant les efforts des acteurs dans la lutte contre le phénomène de la consommation de la drogue par les adolescents et jeunes.

L'Etat a fait de la lutte contre la malnutrition une priorité nationale, reconnaissant que les causes de la malnutrition sont complexes, multifactorielles et que les actions efficaces requièrent une convergence et une synergie des efforts de tous les secteurs concernés. Afin de consolider les acquis et renforcer la lutte contre la malnutrition, l'Etat de Côte d'Ivoire a créé le Conseil National pour la Nutrition, l'Alimentation et le développement de la Petite Enfance (CONNAPE) par décret n°569 du 26 juin 2019 avec la mise en place des organes opérationnels

pour assurer la mobilisation des acteurs et la convergence des résultats. Ce Conseil offre une plate-forme de coordination des actions entreprises au niveau de tous les secteurs en vue d'une gestion plus efficace et d'une programmation plus efficiente des interventions de nutrition.

Ce conseil assure la coordination de l'élaboration et la mise en œuvre du Plan National Multisectoriel de Nutrition (PNMN), cadre de convergence des différents acteurs (publics, privés, société civile, partenaires techniques et financiers).

#### **4.4. PARTENARIATS**

Conformément à la loi n° 2019-677 du 23 juillet 2019 portant Orientation de la Politique de Santé Publique en Côte d'Ivoire, la politique nationale de santé est mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Le PNDS est donc l'unique cadre stratégique de référence d'interventions pour l'amélioration des indicateurs de santé. Il entend fédérer les efforts de toutes les parties prenantes du secteur de la santé à travers des partenariats. L'un des segments de la réussite du présent PNDS sera adossé sur une approche de partenariat à divers niveaux.

En termes de mobilisation des ressources, la mise en œuvre s'appuiera sur les différents cadres de partenariats existants et sur des initiatives nouvelles.

Dans le cadre des partenariats existants, on peut mentionner le Partenariat International pour la santé et Initiatives apparentées (IHP+), qui offre une plateforme pour la coordination et l'alignement des efforts, le partage des connaissances, la reddition mutuelle de comptes autour d'une coopération efficace en soutenant les stratégies nationales.

Le Partenariat international pour la santé « Couverture Sanitaire Universelle 2030 » dont le but est d'accélérer équitablement et durablement les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) pourra être mis à contribution pour renforcer l'accès de tous aux services de santé essentiels y compris à des médicaments et des vaccins sûrs, efficaces et abordables. Dans cette dynamique d'engagement pris par la Côte d'Ivoire, ce cadre pourrait servir de mobilisation de ressources additionnelles pour assurer les interventions du PNDS. Le pays devra se doter d'un COMPACT qui sera le document de référence pour tous les partenariats en vue d'assurer la concertation et la coordination nécessaires pour (i) la mise en œuvre des interventions, (ii) la contribution au budget du PNDS et son exécution aux différents niveaux ainsi que (iii) le suivi-évaluation conjointe du PNDS dans toutes ses composantes.

Il existe dans le cadre du Partenariat Public Privé (PPP), un Comité National de Pilotage du Partenariat Public Privé (CNP-PPP), placé sous la responsabilité de la Présidence de la République. Ce cadre pourrait également constituer une opportunité pour le financement des interventions du PNDS 2021-2025 ainsi que la Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS).

Des mécanismes de partenariats seront également utiles avec certains partenaires techniques et financiers dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS. Il s'agira de :

- Approches à la fois d'appuis techniques et de mobilisation des ressources avec des partenaires multilatéraux, bilatéraux et initiatives internationales, etc.
- Collaborations en termes de partenariat avec certaines organisations non gouvernementales internationales pour assurer une couverture de certaines interventions au

niveau régional avec un alignement sur les priorités définies par le PNDS (paludisme, nutrition, planification familiale, VIH, TB, etc.).

Des partenariats seront également nécessaires avec les organisations nationales dans une approche « de faire faire » dans le cadre des interventions communautaires.



## CONCLUSION

---

Le présent Plan National de Développement Sanitaire 2021-2025 traduit la volonté du pays de garantir à tous les citoyens et particulièrement les personnes les plus vulnérables, un état de santé leur permettant de contribuer de manière plus efficace à l'œuvre collective du processus de développement de la Nation. Ce nouveau plan est axé sur les stratégies retenues dans le PND 2021-2025 et les engagements internationaux. Les principales interventions retenues dans le PNDS sont orientées vers le renforcement du système de santé, la lutte contre la maladie, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la promotion de la participation communautaire et la médecine de proximité. Ce plan constitue pour les cinq années à venir, la boussole, qui va désormais orienter tous les acteurs du secteur sanitaire national, pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la Côte d'Ivoire. D'un coût global estimé à **6 212,24 milliards de FCFA** soit environ 11 milliards de dollars US, dont **16%** en dépenses d'investissement et **84 %** en dépenses de fonctionnement, l'exécution de ce PNDS permettra non seulement de recréer les conditions d'un développement harmonieux et cohérent du secteur sanitaire, mais aussi de satisfaire les besoins essentiels de la population en matière de santé. La mise en œuvre de ce plan nécessite d'une part son appropriation par tous les acteurs des secteurs public et privé, de la société civile et les partenaires au développement.

## ANNEXES

## Annexe 1 : Cadre de Résultats

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
<b>Résultat sectoriel : D'ici à 2025, les populations ont leur état de santé amélioré</b>	RS1	Esperance de vie à la naissance	2020	57	EDS	57,6	58,2	58,8	59,4	60	INS
	RS2	Ratio de Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2012	614,0	EDS	566,6	519,2	471,8	424,4	377,0	PNSME
	RS3	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	2020	137	Rapport d'activité PNLT	126	120	113	105	96	PNLT
	RS4	Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans	2020	3,6	Rapport d'activité PSME	3,34	3,08	2,82	2,56	2,3	PNSME
	RS5	Taux d'incidence du paludisme (pour 1000 habitants)	2020	173‰	RASS	173‰	165‰	157‰	149‰	141‰	PNLP
	RS6	Nombre de nouvelles infections par VIH	2020	10631	Spectrum	9166	7670	6174	4678	3189	PNLS
	RS7	Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2016	96,0	MICS	88,9	81,8	74,7	67,6	60,5	PNSME
	RS8	Taux de mortalité néonatale (moins d'un mois) ‰	2020	33‰	Rapport d'activités PNSME	30,9 ‰	28,8 ‰	26,7 ‰	24,6 ‰	22,5 ‰	PNSME
	RS9	Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (6 à 59 mois)	2016	21,60%	EDS/MICS	21%	20%	19%	18%	18%	PNN
	RS10	Proportion de nourrissons de faible poids à la naissance	2016	16,7%	MICS	12,9%	11,80 %	10,70 %	9,60%	8,50 %	PNN
	RS11	Incidence des IST chez les adolescents et jeunes	2020	1,50‰	Rapport d'activité PNSSU-SAJ	1,37 ‰	1,1‰	0,88 ‰	0,71 ‰	0,56 ‰	PNSSU-SAJ
	RS12	Nombre de grossesses diagnostiquées chez les adolescentes et jeunes	2020	5430	Rapport d'activité	4344	3475	2780	2224	1779	PNSSU-SAJ

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
					PNSSU-SAJ						
	RS13	Taux de fécondité des adolescentes	2016	124	MICS	-	118	117	116	115	PNSSU-SAJ
	RS14	Prévalence de l'Hypertension artérielle dans une population âgée de 20 à 79 ans	2017	39,92%	Rapport enquête PREVADI A	39,92	37,4	35	32,5	30%	PNLMNT
	RS15	Prévalence du diabète dans une population âgée de 20 à 79 ans	2017	6,20%	Rapport enquête PREVADI A	6,20%	5,90 %	5,60%	5,30%	5%	PNLMNT
	RS16	Prévalence du tabagisme chez les adultes de 15 à 49 ans	2016	H=17,1 % F=0,6%	MICS 2016	H=17,1 % F=0,6 %	H=15,9 % F=0,57 %	H=14,9 % F=0,54 %	H=13,98 % F=0,5 %	H=13 % F=0,45 %	PNLTA
	RS17	Prévalence de l'alcoolisme chez les adultes de 15 à 49 ans	2016	H=33,2 % F=12,5 %	MICS 2016	H=33,2 % F=12,5 %	H=30,7 % F=11,5 %	H=28,4 % F=10,7 %	H=26,2 % F=9,9 %	H=23,2 % F=8,8 %	PNLTA
<b>AXE 1 : AMÉLIORATION GOUVERNANCE ET FINANCEMENT DE LA SANTE</b>											
Effet 1.1 : les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces, et	IE1.1	Proportion des textes réglementaires proposés au Secrétariat Général du Gouvernement adoptés en Conseil de Ministre	ND	ND	ND	70%	75%	80%	85%	90%	DAJC
	IE1.2	Taux d'accroissement annuel du budget du Ministère en charge de la santé	2018	-16%	Comptes de la santé	15%	15%	15%	15%	15%	DAF
	IE1.3	Dépenses publiques (courante) de santé rapportée au PIB	2018	1,27	Comptes de la santé	1,69	2,25	3	3,99	5,32	DAF
	IE1.4	Part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé	2018	7,43%	Comptes de la santé	7,54%	7,65 %	7,77%	7,88%	8%	DAF

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit inclusifs	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
	IE1.5	Dépenses directes en santé des ménages (en pourcentage des dépenses de santé courantes)	2018	39,43%	Comptes de la santé	29,46 %	27%	24,27 %	22,03 %	20%	DAF
	IE1.6	Nombre de structures et établissements sanitaires dont la gestion et le fonctionnement sont assurés de façon efficiente par leurs gestionnaires	2020	ND	Rapport IGS	75	150	225	300	375	IGS
	IE1.7	Proportion de collectivités territoriales ayant des plans de développement qui comprennent des activités spécifiques de prévention, de promotion et d'utilisation des services de santé	2020	100%	Rapport d'activité DGDDL	100%	100%	100%	100%	100%	DDPS
<b>Produit 1.1 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et règlements</b>	IP1.1.1	Proportion de textes (décrets et arrêtés) d'application de la loi portant orientation de la politique de santé publique pris et mis en œuvre	2020	0	Rapports DMHP/DA JC	0	50%	100%	100%	100%	DMHP
	IP1.1.2	Proportion de documents de politiques sectorielles cités dans la loi portant orientation de la politique de santé publique disponibles	2020	25%	Rapports sectoriels	37,50 %	50%	75%	85%	100%	DPPS
	IP1.1.3	Proportion de décrets et d'arrêtés d'applications de la loi portant réforme hospitalière disponibles et diffusés	2020	NA	Rapports DMHP	15%	50%	75%	100%	100%	DMHP
	IP1.1.4	Proportion de décrets et d'arrêtés interministériels portant modalités de participation des collectivités territoriales à l'administration de la santé diffusée	2020	ND	ND	20%	40%	60%	80%	100%	DGS
	IP1.1.5	Proportion de documents normatifs et réglementaires d'organisation et de fonctionnalité des Directions	2020	ND	ND	20%	40%	60%	80%	100%	DGS

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
		Régionales et Départementales de la santé actualisés									
	IP1.1.6	Nombre de décrets et/ou d'arrêtés portant régulation du secteur privé de la santé pris et diffusés (vulgarisation, formation)	2020	3	Rapports d'activité DEPS	10	20	30	40	50	DEPS
<b>Produit 1.2 : Le Ministère en charge de la Santé dispose de capacités renforcées pour assurer la coordination, la régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et la collaboration effective avec les autres secteurs (les ministères sectoriels, le secteur privé, les collectivités territoriales, la société civile) et les partenaires au développement</b>	IP1.2.1	Proportion de districts et de régions sanitaires ayant tous les services fonctionnels	2020	ND	Rapport supervision DGS	20%	40%	60%	80%	90%	DGS
	IP1.2.2	Proportion de régions et districts sanitaires disposant des organes de gouvernance fonctionnels (ERS, ECD)	2020	ND	Rapport supervision DGS	20%	40%	60%	80%	95%	DGS
	IP1.2.3	Proportion des recommandations issues des missions et audit des structures sanitaires mises en œuvre	2020	ND	Rapport IGS	40%	60%	70%	80%	90%	IGS
	IP1.2.4	Proportion des établissements sanitaires privés ayant une attestation de conformité	2020	87,50%	Rapport d'activité DEPS	87,50 %	95,00 %	100%	100%	100%	DEPS
	IP1.2.5	Proportion des établissements sanitaires privés ayant une autorisation d'ouverture	2020	9,97%	Rapports d'activité DEPS	10%	50%	60%	70%	80%	DEPS
	IP1.2.6	Proportion des recommandations issues des rencontres de la plateforme du mécanisme de coordination du secteur de la santé (MCSS) exécutées	2020	ND	Rapport DPPS	0%	50%	60%	70%	80%	DPPS
<b>Produit 1.3 : Les acteurs aux niveaux central</b>	IP1.3.1	Part de la dépense du secteur privé (hors paiements directs des ménages) dans les Dépenses Courante en Santé	2018	19,44	Comptes de la santé	19,49	19,54	19,59	19,64	19,69	DAF

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
et local du système de santé sont mieux outillés pour la mobilisation et la gestion efficiente des ressources financières	IP1.3.2	Proportion des établissements qui respectent les critères établis de gestion financière dans le cadre du budget programme	2021	ND	RAP	-	35%	50%	70%	80%	DAF
	IP1.3.3	Nombre de districts sanitaires sous PBF	2020	21	Rapport PBF	39	57	75	93	113	CTN-FBP
	IP1.3.4	Part du Budget de l'administration publique alloué aux soins de santé primaires (SSP)	2020	59%	Outil Boost	63%	67%	70%	75%	80%	DAF
Effet 2 : Le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision	IE2.1	Score d'utilisation des données sanitaires	2018	16%ESP C 53% district 57% région	Rapport d'évaluation PRISM	-	-	50% ESPC 70% district 90% région	60% ESPC 80% district 95% région	DIIS	
	IE2.2	Proportion d'indicateurs d'effets issus du PNDS 2021-2025 ayant atteints leurs cibles	2020	ND	ND	0%	25%	30%	40%	50%	DPPS
	IE2.3	Proportion d'indicateurs de produits du PNDS 2021-2025 ayant atteints leurs cibles	2020	ND	ND	0%	35%	45%	55%	75%	DPPS
Produit 2.1 : Les acteurs aux niveaux central et déconcentré (Etat, privé, ONG, autres institutions) sont mieux outillés pour la production, l'analyse et la transformation	IP2.1.1	Nombre de Rapport Annuel Sur la Situation Sanitaire (RASS) national disponible à temps	2020	1	RASS 2020	1	1	1	1	1	DIIS
	IP2.1.2	Proportion de région disposant du Rapport Annuel Régional sur la Situation Sanitaire (RARSS) à temps	2020	1	RASS 2020	33/33	33/33	33/33	33/33	33/33	DIIS
	IP2.1.3	Nombre de personnes formées sur la production d'information stratégique (élaboration de notes de politique, élaboration de notes technique)	2020	0	ND	0	50	50	50	50	DFRS



Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
des données de qualité en information utilisable pour la prise de décision											
<b>Produit 2.2 : Les acteurs aux niveaux central et opérationnel du système de santé disposent de capacités renforcées en matière de planification, de suivi et d'évaluation des interventions sanitaires</b>	IP2.2.1	Proportion des structures de santé (centrale, déconcentré) ayant un Plan de Travail Annuel (PTA) aligné sur le PNDS	2020	ND	Rapport de supervision de la DGS	100%	100%	100%	100%	100%	DGS
	IP2.2.2	Proportion des structures hospitalières des différents niveaux de la pyramide sanitaire disposant d'un Projet d'Etablissement Hospitalier	2020	ND	Rapport DMHP						DMHP
	IP2.2.3	Proportion des structures de santé (centrale, déconcentré) ayant un rapport annuel de performance	2020	100%	Rapport de supervision de la DGS	100%	100%	100%	100%	100%	DGS
	IP2.2.4	Disponibilité d'un guide de planification	2020	ND	ND	-	Oui	Oui	Oui	Oui	DPPS
	IP2.2.5	Nombre de rapports annuels de performance du PNDS 2021-2025 élaborés et validés	2020	ND	ND	1	1	1	1	1	DPPS
	IP2.2.6	Nombre de rapports d'évaluations réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS disponibles	2020	ND	ND	-	-	1	-	1	DPPS
	IP2.2.7	Proportion de personnes formées en matière de planification, suivi et évaluation axée sur les résultats	2020	ND	ND	5%	10%	20%	30%	50%	DPPS
<b>Produit 2.3 : Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de</b>	IP2.3.1	Proportion d'acteurs des niveaux central, régional et départemental formés à la démarche de recherche opérationnelle et d'actions sur les politiques, stratégies et interventions en matière de santé	2020	NA	Rapport d'activité DFRS	-	50%	50%	50%	50%	DFRS

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
développement de la recherche et de l'innovation	IP2.3.2	Pourcentage des patients gérés et traités à travers le SIH dans les Etablissements sanitaires connectés à la plateforme créée	ND	ND	Rapport CNDTIC	-	-	10%	40%	60%	CNDTIC
	IP2.3.3	Nombre de journées scientifiques, réunions ou conférences organisées pour la divulgation des résultats de recherches	ND	ND	Rapport des progrès du PNDS	2	2	2	2	2	DIIS
	IP2.3.4	Proportion des centres de recherches en santé dont le plateau technique a bénéficié d'un renforcement	2020	NA	Rapport d'activité DFRS	0%	6%	6%	13%	13%	DFRS
<b>AXE 2 : RENFORCEMENT DE L'OFFRE ET L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS DE QUALITE</b>											
<b>Effet 3 : Le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible</b>	IE3.1	Proportion de personnes vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé	2020	70,17%	RASS 2020	72,00%	74%	76%	78%	80%	DIEM
	IE3.2	Proportion d'établissements hospitaliers respectant les normes de fonctionnalité	2020	ND	Rapport d'évaluation DMHP	2%	25%	50%	70%	80%	DMHP
	IE3.3	Proportion des établissements de santé accrédités	2020	ND	ND		10%	20%	30%	40%	DMHP
	IE3.4	Densité des prestataires de soins/habitants	2020	8,57	RASS	9,76	10,35	10,9	11,42	11,91	DRH
	IE3.5	Taux de satisfaction des commandes des produits traceurs									NPSP
	IE3.6	Taux de satisfaction des commandes de produits sanguins	2020	39,30%	Rapport d'activités CNTS	55%	65%	75%	85%	90%	CNTS
<b>Produit 3.1 : Le système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en</b>	IP3.1.1	Proportion de personnel de santé ayant bénéficié d'une formation continue au cours des trois dernières années	2020	62	Rapport d'activité DFRS	70%	75%	80%	85%	90%	DFRS
	IP3.1.2	Ratio infirmier-population	2020	2,36	RASS	2,61	2,76	2,90	3,03	3,15	DRH
	IP3.1.3	Ratio spécialiste-population (par	2020	ND	RASS/						DRH

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
quantité suffisante, équitablement réparties et motivées		spécialité)			Rapport DRH						
	IP3.1.4	Ratio médecin-population	2020	1,4	RASS	1,75	1,82	1,88	1,94	2	DRH
	IP3.1.5	Ratio sage-femme/femme en âge de procréer au plan national	2020	3,05	RASS	3,46	3,73	3,99	4,23	4,46	DRH
	IP3.1.6	Disponibilité d'un observatoire des RHS fonctionnel	2020	0	Rapport activités DRH	0	0	0	0	1	DRH
Produit 3.2: Le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	IP3.2.1	Proportion d'Etablissements Sanitaires du niveau secondaire et tertiaire disposant d'un service de maintenance	2020	ND	Rapport d'activité DIEM	0%	25%	50%	75%	100%	DIEM
	IP3.2.2	Proportion d'établissements respectant les normes de construction et d'équipement	2020	ND	Rapport d'activité DIEM	0%	11%	31%	32%	36%	DIEM
	IP3.2.3	Proportion de services de santé réhabilités et rééquipés sur l'ensemble des services programmés	2020	ND	Rapport d'activité DIEM	4%	6%	30%	40%	20%	DIEM
	IP3.2.4	Proportion de CRIEM fonctionnels	2020	18%	Rapport d'activité de la DIEM	24%	30%	30%	36%	36%	DIEM
	IP3.2.5	Proportion d'Ateliers de Maintenance des Districts (AMD) fonctionnels	2020	4%	Rapport d'activité de la DIEM	4%	5%	7%	9%	11%	DIEM
	IP3.2.6	Nombre d'établissements de santé spécialisés fonctionnels	2020	ND	Rapport d'activité de la DIEM	0	2	1	1	2	DIEM
	IP3.2.7	Proportion de centres de Médecine Traditionnelle (CMT) fonctionnels	2020	25%	Répertoire National des Centres de Médecine Traditionnelle - 2020	33%	50%	66%	83%	90%	PNPMT

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
<b>Produit 3.3 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer un accès accru à des produits de santé de qualité et en quantité suffisante</b>	IP3.3.1	Taux de disponibilité des produits traceurs dans les établissements de premier contact			Rapports d'activité CNCAM						DAP
	IP3.3.2	Taux de disponibilité des intrants nutritionnels	2020	76%	Rapport d'activité PNN	80%	85%	90%	95%	>95%	PNN
	IP3.3.3	Taux de disponibilité des produits sanguins labiles	2020	%	Rapport d'activité CNTS	%	%	%	%	%	CNTS
	IP3.3.4	Taux de disponibilité des produits traceurs à la Centrale d'achat	2019	85%	Rapports d'activité Nouvelle PSP CI	75%	78%	80%	82%	85%	Nouvelle PSP CI
	IP3.3.5	Taux de couverture des Industries Pharmaceutiques Locales	2014	6%	Etude pour le développement des industries pharmaceutiques locales (IPL) en CI	10%	15%	17%	18%	20%	DAP
	IP3.3.6	Taux de conformité aux normes des lots de produits de santé contrôlés en post-marketing	2020	ND	ND	100%	100%	100%	100%	100%	LNSP
	IP3.3.7	Proportion d'établissement sanitaire disposant de chaîne de froid fonctionnel	2020	90%	Rapport d'activité DC -PEV	92%	93%	94%	95%	95%	DCPEV
<b>Effet 4 : Le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes</b>	IE4.1	Proportion d'enfants de moins de 5 ans malnutris (MASc, MASc) guéris	2020	86%	Rapport d'activité PNN	87,73 %	89,49 %	91,29 %	93,13 %	95,00 %	PNN
	IE4.2	Couverture en CPN1 fait au premier trimestre de la grossesse	2020	33,88	Rapport d'activité PNSME	36,38	38,88	41,38	43,88	46,38	PNSME

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
spécifiques prioritaires	IE4.3	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	2020	73,6	Plan stratégique PNSME, 2021-2025	75,2	76,9	78,5	80,2	81,8	PNSME
	IE4.4	Proportion des besoins non satisfait en matière de PF	2020	21,5	Rapport d'activité PNSME	19,9	18,2	16,6	14,9	13,3	PNSME
	IE4.5	Proportion des Besoins satisfaits en SONU	2020	11,1	Rapport d'activité PNSME	22,5	33,9	45,2	56,6	68,0	PNSME
	IE4.6	Proportion de femmes ayant accouché et vues en post natale immédiate ( $\leq$ 72 heures suivant l'accouchement)	2020	83,2	Rapport d'activité PNSME	84,4	85,6	86,7	87,9	89,1	PNSME
	IE4.7	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant y compris la période de l'allaitement	2020	7,06%	Spectrum 2021	6,05%	5,04%	4,02%	3,01%	2%	PNLS
	IE4.8	Proportion d'enfants de 0-4 ans atteint de diarrhée et traités avec du SRO+ Zinc	2018	23%	EDS-MICS, 2011-2012	33,51%	38,12%	42,73%	47,34%	51,95%	PNSME
	IE4.9	Taux de Traitement aux antibiotiques des enfants suspects d'IRA	2020	28,9	Plan stratégique 2021-2025 du PNSME	33,51%	38,12%	42,73%	47,34%	51,95%	PNSME
	IE4.10	Couverture vaccinale en DTC-HépB-Hib 3	2020	90%	Rapport d'activité DC-PEV	93%	94,50%	97%	98,50%	100%	DCPEV
	IE4.11	Couverture vaccinale en Rougeole-Rubéole	2020	86%	Rapport d'activité DC-PEV	93%	94,50%	97%	98,50%	100%	DCPEV
	IE4.12	Couverture vaccinale en BCG	2020	84%	Rapport d'activité DC-PEV	93%	94,50%	97%	98,50%	100%	DCPEV
	IE4.13	Pourcentage d'enfants de moins de 5	2020	26%	Rapport	31,70	38,64	47,10	57,42	70%	PNN

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
		ans ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle			d'activité PNN	%	%	%	%		
	IE4.14	Taux de prévalence contraceptive moderne	2020	21,0	Plan stratégique PNSME, 2021-2025	24,9	28,8	32,7	36,6	40,5	PNSME
	IE4.15	Prévalence du tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire	2010	19,10%	Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes scolarisés	12%	-	10%	-	8%	PNLTA
	IE4.16	Pourcentage d'enfant de 0 à 11 mois perdus de vue enrôlés dans les programmes de vaccination	2020	13%	Rapport d'activité DC-PEV	10%	8%	6%	5%	4%	PEV
<b>Produit 4.1 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant</b>	IP4.1.1	Proportion d'ESPC offrant les 7 fonctions des SONUB	2018	4,40%	Plan stratégique PNSME, 2021-2025	12,00 %	19,50 %	27,10 %	34,60 %	42,20 %	PNSME
	IP4.1.2	Proportion des Hôpitaux de Référence offrant les 9 fonctions SONUC	2018	11,00%	Plan stratégique PNSME, 2021-2025	18,90 %	26,80 %	34,70 %	42,60 %	50,50 %	PNSME
	IP4.1.3	Proportion d'hôpitaux de références disposant d'un bloc opératoire (gynécologiques) fonctionnel	2020	71,95%	RASS 2020	77,20 %	82,90 %	88,60 %	94,30 %	100%	PNSME
	IP4.1.4	Nombre de médecins généralistes formés en chirurgie obstétricale et gynécologique	2020	0	Rapport d'activité PNSME	5	10	15	20	25	PNSME
	IP4.1.5	Proportion d'établissements publics qui offrent au moins trois méthodes contraceptives	2020	90%	Rapport d'activité PNSME	92%	94%	96%	98%	100%	PNSME
	IP4.1.6	Proportion des districts sanitaires qui	2020	44%	Rapport	50%	60%	75%	85%	90%	PNSME



Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
		offrent la PCIMNE dans les établissements sanitaires et dans les communautés			d'activité PNSME						
	IP4.1.7	Proportion de femmes enceintes perdues de vue recherchées, retrouvées et référées au centre de santé pour la SP3	2020	81%	Rapport PNL P	40%	45%	50%	50%	50%	PNLP
	IP4.1.8	Proportion des mères ayant présenté une hémorragie du post-partum traité par le Ballonnet à Tamponnement Utérin (UBT)	2020	70,53%	PNSME	82,40 %	84,40 %	86,40 %	88,40 %	90,40 %	PNSME
	IP4.1.9	Proportion des hôpitaux de références offrant les SMK (Soins Mère Kangourou)	2020	5,06%	Rapport PNSME	12,7	19,0	24,7	31,0	37,3	PNSME
	IP4.1.10	Nombre d'UNT, UNTA et UNS fonctionnelles	2020	1733	Rapport d'activité PNN	1916	2119	2343	2591	2862	PNN
	IP4.1.11	Proportion de structures de santé labélisées SSAB	2020	2%	Rapport d'activité PNN	15%	30%	50%	70%	80%	PNN
	<b>Produit 4.2 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux adolescents et jeunes</b>	IP4.2.1	Proportion de prestataires de santé formés à l'offre de service de santé adapté aux adolescents et jeunes (SAJ)	2020	0,43%	Rapport d'activité PNSSU-SAJ 2020	0,49%	0,49 %	0,49%	0,49%	0,49 %
IP4.2.2		Proportion d'enfants, d'adolescents et jeunes scolarisés ayant bénéficiés de la Visite Médicale Systématique (VMS)	2020	30,23%	Rapport d'activité PNSSU-SAJ	40%	50%	50%	60%	70%	PNSSU-SAJ
<b>Effet 5 : Le système de santé assure une prise en charge efficace contre</b>	IE5.1	Niveau d'atteinte des trois 95 :	2020	84% 78% 82%	Rapport d'activité PNL S 2020	86% 81% 85%	88% 85% 87%	91% 88% 90%	93% 92% 92%	95% 95% 95%	PNLS
	IE5.2	Couverture en MILDA de routine	2020	71%	Rapport PNL P 2020						PNLP

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles									Responsables	
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024		2025
les maladies	IE5.3	Couverture en SP3	2020	47%	Rapport d'activité PNLN 2020						PNLP
	IE5.4	Incidence du paludisme chez les moins de 5ans	2020	441‰	Rapport d'activité PNLN 2020						PNLP
	IE5.5	Incidence du paludisme dans la population générale	2020	173‰	Rapport d'activité PNLN 2020						PNLP
	IE5.6	Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas et rechutes de tuberculose toutes formes, confirmée bactériologiquement et diagnostiquée cliniquement : patients guéris et traitement terminé	2019	84,0%	Rapport d'activité PNLT	88%	89%	90%	90%	90%	PNLT
	IE5.7	Taux de succès thérapeutique des cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RR-TB) et/ou multirésistante (MDR-TB) confirmée en laboratoire	2019	74,0%	Rapport d'activité PNLT	80%	82%	84%	85%	85%	PNLT
	IE5.8	Proportion de nouveaux cas et rechute de tuberculose séropositifs au VIH enregistrés bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale pendant le traitement antituberculeux	2019	96,0%	Rapport d'activité PNLT	100%	100%	100%	100%	100%	PNLT
	IE5.9	Proportion des femmes de 25 à 49 ans dépistées positives au cancer du col de l'utérus	2017	59,70%	Rapport d'activité PNLCa	70%	70%	70%	70%	70%	PNLCa
	IE5.10	Proportion des établissements de santé évalués respectant un taux de conformité d'au moins 80% aux critères qualité	2020	2%	Rapport d'évaluation qualité DMHP	10%	30%	40%	50%	60%	DMHP
	IE5.11	Taux des infections nosocomiales dans les établissements hospitaliers	2020	ND	Rapport DMHP	ND	20%	15%	12%	10%	DMHP

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
	IE5.12	Nombre de cas de MTN à Chimio prophylaxie-Préventive notifiés	2020	ND	Rapport annuel des programmes MTN	100	1500	1000	800	500	MTN- CP
	IE5.13	Couverture thérapeutique des MTN-CP	2020	100% (MTN-PCC) >ou= 65% (MTN-CP)	Rapport annuel des programmes MTN	100% (MTN-PCC) >ou = 65% (MTN-CP)	100% (MTN-PCC) >ou = 65% (MTN-CP)	100% (MTN-PCC) >ou = 65% (MTN-CP)	100% (MTN-PCC) >ou = 65% (MTN-CP)	100% (MTN-PCC) >ou = 65% (MTN-CP)	Programmes MTN
	IE5.14	Proportion des établissements de santé engagés dans le processus d'amélioration de la qualité disposant d'un taux de satisfaction clients d'au moins 60%	2020	ND	Rapport d'évaluation qualité DMHP	5%	10%	25%	40%	60%	DMHP
	IE5.15	Proportion des cas de paludisme correctement pris en charge	2019	77%	Rapport d'activité PNLP	100%	100%	100%	100%	100%	PNLP
	IE5.16	Incidence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans	2020	9,39%	RASS						PNN
	<b>Produit 5.1 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles au sein des établissements sanitaires</b>	IP5.1.1	Nombre de cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans	2020		Rapport d'activité PNLP 2020					
IP5.1.2		Taux de positivité au VIH dans la population générale	2020	1,9%	Rapport d'activité PNLS 2020						PNLS
IP5.1.3		Taux de rétention de PVVIH dans les soins à 12 mois	2020	90,7%	Rapport d'activité PNLS 2020						PNLS
IP5.1.4		Taux de notification de nouveaux cas et rechutes toutes formes pour 100000 habitants	2020	74,53%	Rapport d'activité PNLT						PNLT

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
<b>Produit 5.2 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les Maladies non transmissibles (MNT) au sein des établissements sanitaires</b>	IP5.2.1	Proportion de structures sanitaires offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus	2020	7%	Rapport d'activité PNLCa	12%	17%	22%	27%	32%	PNLCa
	IP5.2.2	Nombre d'unités d'oncologie médicale publique fonctionnelles dans les EPN et instituts spécialisés	2020	4	Rapport d'activité PNLCa	4	5	5	6	6	PNLCa
	IP5.2.3	Couverture de l'offre de service de prise en charge des Maladies métaboliques	2020	ND	Rapport d'activité PNLMT-MM	10%	20%	40%	60%	80%	PNLMT-MM
	IP5.2.4	Proportion d'hôpitaux de références disposants d'un plateau technique adéquat (services d'urgences, bloc opératoire, service de réanimation fonctionnels, disponibilité de produits sanguins) pour la prise en charge des AVP	2020	ND	Rapport d'activité PNLMT-MM	10%	20%	40%	60%	80%	PNLMT-MM
	IP5.2.5	Taux de disponibilité des psychotropes	2020	0%	PNSM	0%	0%	10%	30%	50%	PNSM
	IP5.2.6	Proportion des hôpitaux de référence (HG, CHR, CHU) offrant des soins de réadaptation fonctionnelle	2020	ND	PNLMT/MM						PNLMT/MM
<b>Produit 5.3 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies tropicales négligées (MTN) au sein des établissements sanitaires</b>	IP5.3.1	Proportion de structures sanitaires (HG, CHR et CHU) offrant des services de prise en charge des MTN	2020	ND	Rapport annuel des programmes MTN	10%	20%	40%	60%	80%	Programmes MTN
	IP5.3.2	Nombre de centres spécialisés dans le traitement de l'UB, de la lèpre et du Pian	2020	6	Rapport annuel des programmes UB/Lèpre	6	7	8	9	10	PNLUB

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
<b>Produit 5.4 : Les structures de santé sont mieux outillées pour assurer la prévention et le contrôle des infections, l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et la gestion des déchets sanitaires</b>	IP5.4.1	Proportion de déchets sanitaires détruits	2016	64%	Enquête nationale	76%	82%	88%	94%	100%	DHPSE
	IP5.4.2	Nombre de comités de Prévention et de contrôle des infections fonctionnels dans les hôpitaux (84 HG, 17 CHR et 5 CHU) fonctionnels	2020	ND	Rapport d'activité DMHP	10	20	25	35	16	DMHP
	IP5.4.3	Proportion d'établissements sanitaires dotés de dispositifs améliorés en eau, hygiène et assainissement (EHA)	2019	75%	Rapport JMP 2019	80%	85%	90%	95%	100%	DHPSE
	IP5.4.4	Proportion de districts/régions disposants d'incinérateurs fonctionnels	2020	67%	Rapport d'activité DHPSE	73%	79%	85%	94%	100%	DHPSE
	IP5.4.5	Proportion d'établissements sanitaires disposant de services de base d'approvisionnement en eau potable	2020	40%	Rapport analyse situationnel le DGS	42%	45%	50%	60%	70%	DIEM
	IP5.4.6	Proportion d'établissements sanitaires disposant de services de base d'hygiène	2020	90%	Rapport analyse situationnel le DGS	92%	95%	97%	99%	100%	DHPSE
	IP5.4.7	Proportion d'établissements sanitaires disposant de services de base d'assainissement	2020	0%	Rapport analyse situationnel le DGS	2%	5%	10%	20%	30%	DIEM
	IP5.4.8	Proportion d'établissements de santé disposant des directives pour la prévention des infections nosocomiales	2020	40%	Rapport DMHP	50%	60%	70%	80%	90%	DMHP
<b>Produit 5.5 : Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés</b>	IP5.5.1	Nombre de structures sanitaires dont chaque service dispose d'au moins un exemplaire de PMA	2020	1	Rapports d'activités des Structures	5	10	10	8	5	DMHP, DHPSE, AIRP, DIEM, INSP, INHP, DRH, DIIS
	IP5.5.2	Proportion des établissements de	2020	168	Rapport	168	300	300	400	500	DMHP

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles									Responsables	
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024		2025
pour la gestion et la fourniture de soins de qualité		santé dont les gestionnaires ont eu leurs compétences renforcées en Management de la qualité, de l'Hygiène et de la sécurité			d'activité DMHP						
	IP5.5.3	Proportion de structures sanitaires (CHU, CHR, HG, ESPC) qui réalisent la télémédecine	2020	0	Bilan DMHP	0%	24%	47,93 %	60%	75%	DMHP
	IP5.5.4	Proportion d'évaluation de la satisfaction des populations sur les prestations de santé réalisé	2020	ND	Bilan DMHP						DMHP
<b>Produit 5.6 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer une offre de services de nutrition de qualité</b>	IP5.6.1	Proportion de services de santé offrant la PEC nutritionnelle aux personnes souffrant de maladies chroniques	2020		Rapport d'activité PNN						PNN
	IP5.6.2	Proportion de services de santé offrant la PEC nutritionnelle aux PVVIH	2020		Rapport d'activité PNN						PNN
<b>Effet 6: Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique</b>	IE6.1	Proportion des performances des dix-neuf (19) capacités requises du règlement Sanitaire International (RSI) à travers l'Outil Remap (Ressources Mapping)	2019	19%	Rapport de l'évaluation à travers l'outil Remap	32%	40%	50%	60%	70%	INHP
<b>Produit 6.1: Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de préparation aux situations d'urgences et de</b>	IP6.1.1	Taux de couverture des régions sanitaires en COUSP fonctionnel	2020	12,12%	COU INHP	18,2%	36,4 %	48,5%	72,7%	90,9 %	INHP
	IP6.1.2	Proportion de régions sanitaires disposant de la cartographie des menaces et urgences de santé publique adaptée aux régions	2020	0%	COU INHP	18,2%	36,4 %	48,5%	72,7%	90,9 %	INHP
	IP6.1.3	Proportion de régions frontalières disposant de Plan d'Intervention d'Urgence de Santé Publique	2020	0%	COU INHP	11%	33%	56%	78%	100%	INHP

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
prévention des évènements de santé publique		(PIUSP)									
<b>Produit 6.2 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour la détection précoce des évènements de santé publique, la riposte et la continuité des services essentiels de santé dans les situations d'urgences</b>	IP6.2.1	Proportion de Districts Sanitaires dont l'ensemble des points focaux ont été formé sur la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte 3ième édition (SIMR3)	2020	6%	COU INHP	50%	60%	70%	80%	100%	INHP
	IP6.2.2	Proportion de districts sanitaires disposant d'un comité intégré de gestion des épidémies et évènement de santé public fonctionnels	2020	0	COU INHP	100%	100%	100%	100%	100%	INHP
<b>AXE 3 : RENFORCEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES</b>											
<b>Effet 7 : Les populations en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé</b>	IE7.1	Proportion de membres des ménages au foyer utilisant de l'eau non améliorée mais employant une méthode appropriée de traitement de l'eau	2016	8,90%	MICS 5	9,16%	9,42 %	9,68%	9,94%	10,20 %	DHPSE
	IE7.2	Couverture de la population générale en MILDA	2017-2018	93%	Rapport campagne MILDA	95%	-	-	95%	95%	PNLP
	IE7.3	Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente (Taux d'utilisation MILDA)	2019	63,20%	Rapport évaluation post campagne	-	-	75%	-	80%	PNLP
	IE7.4	Taux d'utilisation des services de	2020	46,75	RASS 2020	55,00	57,70	60,40	63,10	65,80	DHPSE



Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles									Responsables	
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024		2025
		santé (TUSS) (%)				%	%	%	%	%	
	IE7.5	Proportion de ménages utilisant des toilettes améliorées	2016	31,50%	EDS-MICS	34%	37%	40%	43%	46%	DHPSE
	IE7.6	Taux de défécation à l'air libre	2016	21,10%	Contrôle de la durabilité, Rapport final	19%	17%	15%	13%	11%	DHPSE
	IE7.7	Proportion de nourrissons de moins de 6 mois sous allaitement exclusif	2016	23,50%	Rapport d'activité PNN	50%	57%	64%	71%	72%	PNN
	IE7.8	Couverture de la CMU dans les établissements sanitaires	2020	ND	Rapport d'activité PSGOUV					80%	DPPS
	IE7.9	Proportion de ménages éligibles ayant adopté les PFE	2020	35,10%	DHIS 2	50%	60%	70%	80%	90%	DSC
	IE7.10	Taux de couverture de la CPN4	2020	51,3	Rapport PNSME	53,7	56,0	58,4	60,8	63,2	PNSME
	IE7.11	Taux d'abandon global de la vaccination du PEV de routine	2020	10%	Rapport d'activité DC-PEV 2020	9%	8%	7%	6%	5%	DC-PEV
<b>Produit 7.1 : Les populations notamment les plus défavorisés et vulnérables disposent de capacités renforcées pour la demande de services de santé de qualité et la prévention des</b>	IP7.1.1	Proportion de personnes touchées lors des séances de sensibilisation ayant des connaissances adéquates sur les avantages et les bénéfices de l'utilisation des services de santé (PEV, PF, CPN/CPoN, MILDA...)	2020	ND	ND	30%	40%	50%	60%	70%	DSC
	IP7.1.2	Proportion de ménages ayant acquis les connaissances sur les pratiques Familiales Essentielles (PFE)	2020	Non disponible	DHIS2	27.34 %	35%	40%	50%	60%	DSC
	IP7.1.3	Ratio ASC / populations	2020	1ASC/2034 hbts	BD DSC	1ASC /1521 hbts	1ASC /1490 hbts	1ASC /1470 hbts	1ASC /1450 hbts	1ASC /1400 hbts	DSC

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
maladies	IP7.1.4	Nombre d'ASC formés et équipés pour offrir des prestations de santé communautaires	2020	12966	BD DSC	17946	19046	19810	20600	22083	DSC
	IP7.1.5	Proportion de personnes ayant participé aux séances de communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) disposant des connaissances adéquates sur les bonnes pratiques d'hygiène	2018	70%	RASS 2018	76%	82%	88%	94%	100%	DHPSE
	IP7.1.6	Pourcentage de personnes clés (TS, HSH, UD) ayant bénéficié de programmes de prévention combinée (sensibilisation, Dépistage, distribution de préservatifs) de lutte contre le VIH	2020	56%	PSN 2021-2025	95%	95%	95%	95%	95%	PNLS
	IP7.1.7	Proportion de ménages disposant d'eau et de savon à l'endroit indiqué pour se laver les mains	2016	41%	EDS-MICS	47%	53%	59%	65%	71%	DHPSE
	IP7.1.8	Proportion de femmes enceintes et femmes allaitantes ayant bénéficié de counselling sur la nutrition maternelle et l'ANJE	2020	50%	Rapport d'activité PNN	54,93 %	60,34 %	66,29 %	72,82 %	80%	PNN
	IP7.1.9	Proportion des structures (établissements de santé publics et pharmacies privées) de santé offrant des prestations de santé aux adhérents de la CMU	2020	45%	Rapport d'activité PSGOUV	55%	65%	75%	85%	95%	DPPS
	IP7.2.1	Proportion de leaders communautaires sensibilisés ou formés à la promotion de la demande et à l'utilisation des services de santé	2020	ND	ND	25%	35%	45%	55%	65%	DSC
	IP7.2.2	Nombre de villages disposant de Foyer de Renforcement des Activités	2020	1578	Rapport d'activité	1841	2081	2352	2658	3000	PNN
	<b>Produit 7.2 : Les autorités administratives, les leaders politiques, communautaires</b>										

Résultat Sectoriel/ Axe Stratégique Effet/ Produit	Indicateurs et Cibles										Responsables
	Codes	Libellés (indicateurs)	Référence			Cibles annuelles					
			Année de base	Valeur	Source	2021	2022	2023	2024	2025	
, religieux et syndicaux, les responsables de groupements d'intérêts économiques, les parents et autres acteurs de la société civile disposent de capacités renforcées pour favoriser la demande et l'utilisation des services de santé		de Nutrition des Communautés (FRANC) fonctionnels			PNN						
	IP7.2.3	Nombre d'autorités administratives sensibilisés ou formés à la promotion de la demande et à l'utilisation des services de santé	2020	ND	ND	20%	30%	50%	60%	75%	DGS
	IP7.2.4	Nombre d'organisation de la société civile (OSC) dont au moins deux membres sont sensibilisés ou formés à la promotion de la demande et à l'utilisation des services de santé	2020	37	Rapport d'activité FENOSCI 2020	43	63	43	43	43	DPPS

## Annexe 2 : Matrice d'Actions Prioritaires

Résultat Stratégique/Effet/Produit/Action	
Résultat sectoriel : D'ici à 2025, les populations ont leur état de santé amélioré	
Effet 1.1 : les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces, et inclusifs	
PRODUITS	ACTIONS
Produit 1.1 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et règlements	Action 1.1.1 : Renforcer le cadre législatif, réglementaire, institutionnel et organisationnel du secteur de la santé
	Action 1.1.2 : Renforcer les mécanismes de diffusion et d'archivage des textes réglementaires et normatifs du secteur de la santé
Produit 1.2 : Le Ministère en charge de la Santé dispose de capacités renforcées pour assurer son leadership, la coordination, la régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et la collaboration effective avec les autres acteurs	Action 1.2.1 : Renforcer les capacités des régions et districts sanitaires
	Action 1.2.2 : Renforcer la régulation et le développement du secteur privé de la santé
	Action 1.2.3 : Renforcer les mécanismes de redevabilité, de collaboration et de coordination intra et intersectorielle
Produit 1.3 : Les acteurs aux niveaux central et local du système de santé sont mieux outillés pour la mobilisation et la gestion efficace des ressources financières	Action 1.3.1 : Améliorer la mobilisation de ressources domestiques pour la santé
	Action 1.3.2 : Développer une méthodologie d'allocation budgétaire et des outils de gestion du budget Programme
	Action 1.3.3 : Renforcer la gestion financière des unités opérationnelles
	Action 1.3.4 : Améliorer le traçage des données financières
Effet 2 : Le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision	
Produit 2.1 : Les acteurs aux niveaux central et déconcentré (Etat, privé, ONG, autres institutions) sont mieux outillés pour la production, l'analyse et la transformation des données de qualité en information utilisable pour la prise de décision	Action 2.1.1 : Renforcer la disponibilité des données sanitaires
	Action 2.1.2 : Renforcer l'analyse des données sanitaires
	Action 2.1.3 : Développer les mécanismes d'assurance qualité des données
Produit 2.2 : Les acteurs aux niveaux central et opérationnel du système de santé disposent de capacités renforcées en matière de planification, de suivi et d'évaluation des interventions sanitaires	Action 2.2.1 : Renforcer le cadre de planification et de budgétisation
	Action 2.2.2 : Renforcer le cadre de suivi & évaluation
	Action 2.2.3 : Renforcer les capacités des acteurs en matière de planification et de suivi-évaluation
Produit 2.3 : Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de développement de la recherche et de l'innovation	Action 2.3.1 : Améliorer les capacités des structures de santé pour la recherche
	Action 2.3.2 : Renforcer les mécanismes de gouvernance, de coordination, de collaboration et de suivi et évaluation pour la recherche et l'innovation dans le système de santé
	Action 2.3.3 : Promouvoir et vulgariser les acquis de la recherche en santé
	Action 2.3.4 : Assurer le développement de technologies innovantes du numérique en soutien au système de santé
Effet 3 : Le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible	
Produit 3.1 : Le système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante, équitablement réparties et motivées	Action 3.1.1 : Améliorer la gouvernance et le financement des RHS
	Action 3.1.2 : Renforcer la gestion et la production des ressources humaines en santé
Produit 3.2: Le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Action 3.2.1 : Positionner la Côte d'Ivoire comme une destination médicale de premier ordre en Afrique de l'Ouest et offrir des soins de santé dans des secteurs de pointe
	Action 3.2.2 : Renforcer l'accréditation des établissements sanitaires

Résultat Stratégique/Effet/Produit/Action	
<b>Résultat sectoriel : D'ici à 2025, les populations ont leur état de santé amélioré</b>	
	Action 3.2.3 : Améliorer l'efficacité et la performance des établissements sanitaires à tous les niveaux de la pyramide et du système de santé dans le cadre du développement des Pôles de Continuum des Soins (PCS)
	Action 3.2.4 : Renforcer le cadre réglementaire et de gestion de la maintenance des infrastructures et des équipements médicaux
Produit 3.3 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer un accès accru à des produits de santé de qualité et en quantité suffisante	Action 3.3.1 : Renforcer la régulation du secteur pharmaceutique et de la transfusion sanguine
	Action 3.3.2 : Renforcer la disponibilité des produits de santé (produits sanguins, vaccins, médicaments et intrants stratégiques) en quantité suffisante
	Action 3.3.3 : Renforcer la qualité des produits de santé (produits sanguins, vaccins, médicaments et intrants stratégiques)
<b>Effet 4 : Le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires</b>	
Produit 4.1 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	Action 4.1.1 : Renforcer l'offre de service de santé de la mère
	Action 4.1.2 : Renforcer l'offre de service de santé du nouveau-né et de l'enfant
	Action 4.1.3 : Assurer la coordination et la production de données factuelles sur l'offre de services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
Produit 4.2 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux adolescents et jeunes	Action 4.2.1 : Etendre l'offre de service santé adapté aux adolescents et jeunes y compris la visite médicale systématique et la SSR/PF, VIH-IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	Action 4.2.2 : Renforcer l'implication communautaire et les interventions d'Information, Education, Communication pour le Changement Social et de Comportement (IEC/CCSC) à l'endroit des adolescents et jeunes y compris la couverture vaccinale en HPV et l'addiction à la drogue, à l'alcool et au tabac
<b>Effet 5 : Le système de santé assure une lutte efficace contre les maladies (promotion, prévention et prise en charge)</b>	
Produit 5.1 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles au sein des établissements sanitaires	Action 5.1.1 : Renforcer les activités de prévention et de prise en charge du VIH/sida au sein des établissements sanitaires
	Action 5.1.2 : Renforcer les interventions de prévention, de diagnostic et de prise en charge de la Tuberculose au sein des établissements sanitaires
	Action 5.1.3 : Renforcer les interventions de prévention et de prise en charge du paludisme au sein des établissements sanitaires
	Action 5.1.4 : Renforcer les interventions de prévention et de prise en charge des hépatites virales au sein des établissements de santé
	Action 5.1.5 : Renforcer les interventions de prévention des maladies évitables par la vaccination au sein des établissements de santé
Produit 5.2 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies tropicales négligées (MTN) au sein des établissements sanitaires	Action 5.2.1 : Renforcer les capacités des centres de dépistage et des acteurs intervenant dans la lutte contre les MTN et la prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	Action 5.2.2 : Renforcer la communication sur les MTN
	Action 5.2.3 : Renforcer la surveillance épidémiologique des MTN
Produit 5.3 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les Maladies non transmissibles (MNT) au sein des établissements sanitaires	Action 5.3.1 : Renforcer les interventions de prise en charge des maladies non transmissibles et de leurs complications
	Action 5.3.2 : Renforcer les interventions de médecine physique et réadaptation au niveau des hôpitaux de références
Produit 5.4 : Les structures de santé sont mieux outillées pour assurer la prévention et le contrôle des infections, l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques sanitaires	Action 5.4.1 : Améliorer la gouvernance en matière de Prévention et Contrôle des Infections (PCI) et Gestion des Déchets Sanitaires
	Action 5.4.2 : Renforcer la prévention et le contrôle des infections dans les établissements sanitaires publics
	Action 5.4.3 : Renforcer les capacités et les compétences sectorielles en matière de prévention et de contrôle des infections
	Action 5.4.4 : Améliorer l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les établissements sanitaires
	Action 5.5.1 : Renforcer le cadre normatif des activités des soins et services de santé

Résultat Stratégique/Effet/Produit/Action	
<b>Résultat sectoriel : D'ici à 2025, les populations ont leur état de santé amélioré</b>	
Produit 5.5 : Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés pour la gestion et la fourniture de soins de qualité	Action 5.5.2 : Mettre en œuvre la démarche qualité dans les établissements sanitaires y compris les laboratoires de biologie médicale
	Action 5.5.3 : Renforcer les capacités des gestionnaires en management de la qualité, de l'hygiène et de la sécurité en milieu de soins
	Action 5.5.4 : Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé
	Action 5.5.5 : Etendre la CMU et les autres achats stratégiques au niveau du secteur privé de la santé
Produit 5.6 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer une offre de services de nutrition de qualité	Action 5.6.1 : Renforcer les interventions de promotion des bonnes pratiques nutritionnelles et de prévention de la malnutrition à travers les actions essentielles en nutrition
	Action 5.6.2 : Etendre l'offre de service de dépistage et de prise en charge de la malnutrition
<b>Effet 6 : Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique</b>	
Produit 6.1 : Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de préparation aux situations d'urgences et de prévention des événements de santé publique	Action 6.1.1 : Renforcer la préparation aux urgences de santé publique
	Action 6.1.2 : Renforcer la prévention des événements de santé publique
Produit 6.2 : Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique	Action 6.2.1 : Renforcer les capacités de détection des urgences de santé publique
	Action 6.2.2 : Renforcer les capacités de riposte aux urgences de santé publique
	Action 6.2.3 : Assurer la continuité des services essentiels
<b>Effet 7 : Les populations en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé</b>	
Produit 7.1 : Les populations notamment les plus défavorisés et vulnérables disposent de capacités renforcées pour la demande de services de santé de qualité et la prévention des maladies	Action 7.1.1 : Généraliser les bonnes pratiques d'hygiène publique, la prévention des maladies et la promotion de la santé
	Action 7.1.2 : Renforcer la promotion des PFE et des mesures préventives
	Action 7.1.3 : Renforcer les capacités des COGES et autres organisations communautaires sur les approches de participation et l'engagement communautaire
	Action 7.1.4 : Renforcer l'éducation pour la santé et la prévention des différents problèmes de santé
	Action 7.1.5 : Renforcer l'évaluation de la satisfaction des communautés aux interventions de santé
	Action 7.1.6 : Renforcer la communication sur les interventions de santé
Produit 7.2 : Les autorités administratives, les leaders politiques, communautaires, religieux et syndicaux, les responsables de groupements d'intérêts économiques, les parents et autres acteurs de la société civile disposent de capacités renforcées pour favoriser la demande et l'utilisation des services de santé	Action 7.2.1 : Renforcer les capacités des acteurs communautaires à la sensibilisation des populations défavorisées et vulnérables sur les approches de participation communautaire
	Action 5.3.1 : Renforcer les interventions de promotion et de prévention contre les maladies transmissibles au sein des ménages
	Action 5.3.1 : Renforcer les interventions de promotion et de prévention contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque
	Action 7.2.2 : Renforcer les capacités des Organisations de la société civile pour l'évaluation de la qualité des services et la satisfaction des bénéficiaires
	Action 7.2.3 : Renforcer les capacités techniques et opérationnelles des acteurs communautaires notamment sur les déterminants de la santé



## Annexe 3 : Matrice des Projets Prioritaires

N°	PROGRAMMES PRIORITAIRES PND 2021 -2025	%	BUDGET 2021-2025
A	<b>Positionner la Côte d'Ivoire comme une destination médicale de premier ordre en Afrique de l'Ouest et offrir des soins de santé dans des secteurs de pointe</b>	<b>15,50%</b>	<b>365 800 000 000</b>
A-1	Faire des travaux d'extension du CNRAO (Abidjan)		15 000 000 000
A-2	Construire le CNROM (Grand Bassam) et compléter le plateau technique		97 470 250 000
A-3	Equiper l'ICA en équipement de pointe pour le diagnostic et le traitement		25 000 000 000
A-4	Transformer le Laboratoire Nationale de la Santé Publique (LNSP) en un laboratoire de pointe pour le diagnostic et la recherche		30 000 000 000
A-5	Construire l'Hôpital International de Yamoussoukro incluant un laboratoire de niveau P4		114 763 034 412
	<b>Sous total A</b>		<b>282 233 284 412</b>
B	<b>Améliorer l'efficacité et la performance des établissements sanitaires de deuxième et de troisièmes niveaux et du système de santé</b>	<b>5,00%</b>	<b>118 000 000 000</b>
B-1	Construire le CHU de Korhogo		70 000 000 000
B-2	Réhabiliter équiper et mettre à niveau les CHU de Cocody, Treichville, Bouaké y compris le ICA et les Urgences groupés de BOUAKE		100 000 000 000
B-3	Réhabiliter équiper et mettre à niveau le CHU de Yopougon		72 627 657 879
B-4	Réhabiliter équiper et mettre à niveau 10 hôpitaux (Touba, Agboville, Gagnoa, Bondoukou, Abengourou, Odienné, Bouaflé, Dimbokro, Aboisso, Séguéla)		60 000 000 000
B-5	Compléter les équipements du CHU d'Angré		8 000 000 000
B-6	Réhabilitation et rééquipement de l'INSP et ses antennes (Abidjan, Bouaké et Bouaflé)		7 500 000 000
B-7	Développer des dispositifs de dématérialisation des principales actions des structures de santé (logiciels, équipements, manuels, etc)		40 000 000 000
B-8	Doter les DRS et DDS d'infrastructures, d'équipements et de moyens logistiques adéquats		42 022 500 000
B-9	Réhabiliter et équiper l'Institut Raoul Follereau (IRF)		2 500 000 000
B-12	Réhabiliter et équiper 8 HG/CHR (Adjamé, Daloa, Yamoussoukro, Korhogo, Yopougon Attié, Grand Bassam, Abobo Nord, Abobo Sud)		133 013 585 827
B-13	Réhabiliter et équiper (Hôpital Psychiatrique de Bingerville, HG de Bingerville, HG d'Anyama, HG de Koumassi, HG de Port-Bouet, HG de Dabou)		65 595 700 000
	<b>Sous total B</b>		<b>601 259 443 706</b>
C	<b>Généraliser les bonnes pratiques d'hygiène publique, la prévention des maladies et la promotion de la santé</b>	<b>15,00%</b>	<b>354 000 000 000</b>
C-1	Projet de promotion de l'hygiène publique		6 147 161 191
C-2	Gestion et traitement des déchets médicaux (contractualisation & acquisition d'équipements)		6 000 000 000
C-3	Appui aux programmes de santé		100 000 000 000
C-4	Renforcer le parc auto des programmes, EPN et des Directions centrales		5 750 000 000
C-5	Construction de l'institut national de recherche de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle à Agou		24 300 000 000



N°	PROGRAMMES PRIORITAIRES PND 2021 -2025	%	BUDGET 2021-2025
	<b>Sous total C</b>		<b>142 197 161 191</b>
<b>D</b>	<b>Accroître l'accessibilité, la proximité et la qualité des soins avec un accent particulier sur les zones d'accessibilité réduite dans le cadre de la mise en place des pôles de continuum de soins (PCS)</b>	<b>50,00%</b>	<b>1 180 000 000 000</b>
D-1	Construire un immeuble de la santé (directions centrales et programmes) et la cité administrative de la santé		30 000 000 000
D-2	Construire et équiper 8 CHR (Divo, Soubré, Sassandra, Bongouanou, Odienné, Agboville, Touba, Ferké)		240 000 000 000
D-3	Construire et équiper 6 HG (Kong, Taï, Bingerville, Daloa, Doropo, Anyama)		132 000 000 000
D-4	Construction de 2 CRIEM (Bouaké, Odienné) et achever les travaux du CRIEM de Korhogo		3 200 000 000
D-5	Réhabilitation et équipement de 6 CRIEM (Abidjan, Man, Daloa, San Pedro, Abengourou, Bondoukou) et des 2 AMD (Guiglo, Toumodi)		7 500 000 000
D-6	Construction et équipement de 1'hôpitaux psychiatriques (Bouaké)		15 000 000 000
D-6	Gestion des ambulances		2 400 000 000
D-7	Construire 11 antennes du SAMU et réhabiliter le SAMU Abidjan		8 774 600 000
D-8	Construction/ réhabilitation de cabinet dentaire et d'imagerie dans les établissements de référence des 33 régions sanitaires		25 000 000 000
D-9	Construction/réhabilitation des services d'ophtalmologie et ORL dans les établissements de référence des 33 régions sanitaires		32 850 000 000
D-10	Construire 2 agences régionales de la NPSP (Korhogo, Abengourou)		20 000 000 000
D-11	Couverture maladie universelle (CMU) (formation, production des documents, outils de gestion, ateliers, équipements matériels roulants & bureau)		10 000 000 000
D-13	Mettre à niveau les plateaux techniques de 62 établissements sanitaires (maternité, bloc gynéco-obstétrical, etc)		107 852 000 000
D-14	Projet de renforcement du système de santé en Côte d'Ivoire / KFW		10 318 300 000
D-15	Projet d'extension du centre national de transfusion sanguine (CNTS)		6 000 000 000
D-17	Construction, équipement des CHR de Boundiali, de Bouake, de Minignan, de Katiola et des HG de Kouto et de Ouangolodougou		207 078 386 271
D-18	Construction, équipement et mise en service de 4 établissements sanitaires à Man, San Pedro, Méagui et Danané		53 187 103 023
D-19	Réhabilitation, mise aux normes, équipement d'infrastructures hospitalières (Duékoué, Guiglo, Soubré, San Pedro)		8 400 000 000
D-20	Réhabiliter et équiper 720 ESPC		99 292 321 397
D-21	Construire et équiper 330 ESPC		105 000 000 000
D-22	Mise en place de contrat de maintenance et de renouvellement des équipements		50 000 000 000
D-23	Renforcement de la fourniture et secours en électricité des HG, CHR et CHU		6 000 000 000
D-24	Renforcement de la fourniture et secours en électricité des ESPC (500)		5 000 000 000
D-25	Amélioration de l'accès à l'eau potable des centres de santé (1 500)		10 000 000 000
D-26	Sécurisation foncière		5 000 000 000
	<b>Sous total D</b>		<b>1 199 852 710 691</b>
<b>E</b>	<b>Réduire la mortalité maternelle et infantile</b>	<b>10,00%</b>	<b>236 000 000 000</b>

N°	PROGRAMMES PRIORITAIRES PND 2021 -2025	%	BUDGET 2021-2025
E-1	Mise en œuvre du cadre d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale		5 000 000 000
E-2	Construction du pôle mère /enfant du CHU de Cocody		28 157 400 000
E-3	Construction du pôle mère /enfant du CHU de Bouaké		22 000 000 000
	<b>Sous total E</b>		<b>55 157 400 000</b>
<b>F</b>	<b>Renforcer les capacités, développer les ressources humaines, planifier et rationaliser leur déploiement</b>	<b>4,00%</b>	<b>94 400 000 000</b>
F-1	Construction/réhabilitation et équipement de 5 INFAS (Abidjan, Agboville, Abengourou, Man et Daloa)		35 500 000 000
F-3	Construction et équipement de centre de simulation à Yamoussoukro		10 000 000 000
F-4	Programme pluriannuel de leadership et de management des directeurs centraux, régionaux et départementaux ;		2 000 000 000
F-5	Programme pluriannuel de renforcement des compétences techniques des personnels de santé		15 000 000 000
F-6	Financement de la formation des spécialistes (1 000)		5 000 000 000
	<b>Sous total F</b>		<b>67 500 000 000</b>
G	Améliorer la communication, la publication, l'échange et le partage des connaissances et des expériences et suivre et évaluer	0,50%	11 800 000 000
	<b>Sous total G</b>		<b>11 800 000 000</b>
	<b>Total A, B, C, D, E, F, G</b>		<b>2 360 000 000 000</b>
	<b>TOTAL BUDGET PLAN</b>	<b>100%</b>	<b>2 360 000 000 000</b>

**Annexe 5 : Membres de l'équipe technique**

N°	Nom et Prénoms	Structures	Fonction	E-mail
1	ADANHO Comlan Théophile	DPPS	Sous-Directeur	acomthe@gmail.com
2	AKOAHIN Adjoumani Hervé Magloire	DGS	Chargé d'étude	adjoumani_herve@yahoo.fr
3	ALLOUKOU Akadje Richard	INSP	Médecin chef e-learning	alloukouar@gmail.com
4	ASSI Kouamé Poquelin	UCP-FM	Médecin	poquelinassi@ucp-fm.ci
5	BASSALIA Diawara	DFRS	Directeur	dbassalia3@gmail.com
6	BODO Guede Nazaire	Expert	CONSULTANT SE	bodo_nazaire@yahoo.fr
7	BOLLY Ballou Landry	Ministère du Plan et du Développement	Expert planification	landrybolly@yahoo.fr
8	DIABATE Tiayou	DPPS	Chargé d'études	dtiayou@gmail.com
9	DJE Siehé Enguerran	DPPS	Sous-Directeur	dsieheng@gmail.com
10	DRAMEY Mohamed Lamine	Expert	Consultant PNDS	mldramey@succes-in-africa.com
11	EFFOLY Carène	UCPS-BM	Assistance de suivi évaluation	c.effoly@ucpsante.bm.org
12	GBAYORO Christelle Natacha	DAF	Ex-Sous directrice Etude eco	gbchristelle1@yahoo.fr
13	GBOKOU Konan	OMS	Consultant	K.gbokou@sante.gouv.ci
14	GUEBO Alexandre G.	Cabinet MSHPCMU	Conseiller Technique	agnebro@yahoo.fr
15	KABORE Nestor Léandre	Expert OneHealth	Consultant	kaneleandre@gmail.com
16	KANHON Serges	OMS	Consultant	kkserges@gmail.com kankons@who.int
17	KONATE N'Gadia	DPPS	Economiste de la Sante	ngadiakonate@gmail.com
18	KOUADIO Marius Melaine Aymar	DPPS	Sous-Directeur	melenaymar@gmail.com
19	KOUAME Konan Morris	Expert	Personne ressource	morrisdekouame@yahoo.fr
20	LATTAH- ASSEKA Monique	DIIS	Médecin	lattahasseka@yahoo.fr
21	NAHOUNOU Noël	OMS	Consultant renforcement Du système OMS	noelnahounou@gmail.com
22	TIAN BI Rodolphe	UNICEF	Chargé Planification	rtianbi@unicef.org
23	TONDOH Hayha Isabelle Epouse KOUI	DPPS	Directrice	kouisabelle@gmail.com
24	TOURE Lancina Dit Tot	PNPMT	Chef de Service	touretot@hotmail.com
25	WOI Messe Lynda	UNICEF	Spécialiste Sante / RSS	lmess@unicef.org
26	YAO kouakou Franck Hervé	DPPS	Charge d'études	franckyaobethel@gmail.com
27	YEO Tiélougo Chantal	DPPS	Economiste de la santé	yeotielougochantal@gmail.com

**Annexe 6 : Liste des participants**

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
1	ABA Ange Elvis	FHI 360	M & E	aaba@fhi360.org
2	ABLO Yao Alfred	DR KABADOUGOU	DR Kabadougou	yapomboya@yahoo.fr
3	ABOU Nankan Pauline EPSE KONE	UCPS BM	Charge de projet	pauline.abouk@gmail.com
4	ABOUA Nicole	PNLT	Sage-femme, suivi-évaluation	aboanicou89@yahoo.fr
5	ACHI Apie Blandine	ONG ONEF	Charge de programme	blandachi@yahoo.fr
6	ACHY Amour	PNSME	Chargé d'étude	achyamour@gmail.com
7	ACHY Sohousa grégoire	DR BAGOUE	DR BAGOUE	drachygregoire@yahoo.fr
8	ACKA Joseph	Cabinet MSHPCMU	Ex-Directeur cabinet MSHP	josepheacka@yahoo.fr
9	ADAHOURMAN Aman Paul	DDS Toumodi	DDS	adahourmand@yahoo.fr
10	ADANHO Comlan Théophile	DPPS	Sous-Directeur	acomthe@gmail.com
11	ADIA Chy N'cho Synthia Carine	DR SAN PEDRO	CSE	nchocarine09@gmail.com
12	ADJE Alloua Genevieve	DPPS	Informaticienne	adjeallouagenevieve@gmail.com
13	ADJE KADJO NANOMAN Marie Joseph	DAJC	CS	2kmajo@gmail.com
14	ADOPO Adopo Philippe	Conseil Reg GONTOUGO	Dir Planif Conseil Reg Gontougo	adopoa2p@gmail.com
15	ADOU Abo Dominique	HG Sassandra	Directeur Hôpital General	adoukrahmarc@gmail.com
16	ADOU Amankon Prusse Remane	DR ME	CSAC	remsdou@gmail.com
17	ADOU Felix Martin	AIRP	Pharmacien	f.adou@airp.ci
18	ADOUBI Innocent	PNLCA	DC	iadoubi@yahoo.fr
19	AGUIA Seka	DAF	Chef de service	aguiaseka7@gmail.com
20	AGNIMAN Kouassi Franck Hermann	DR KABADOUGOU	CSE	akofherthebest@gmail.com
21	AGO Kouamé Lazare	DR IFFOU	CSE	agolazare331@yahoo.fr
22	AGOU Cyrille	DR GOH	CSE	cyrilleagou@gmail.com
23	AGUIA Raphael	CHR MAN	Gestionnaire CHR MAN	raphael.aguia@hotmail.fr
24	AHI Moro Janus	DC PEV	Charge de la planification	janusmoro2005@yahoo.fr
25	AHOTY Franck Alex	DIIS	Chef de service	afadseba@yahoo.fr

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
26	AHOUA Privat Arcadius	DMHP	Médecin	ahouapriv@yahoo.fr
27	AIMAIN Alexis Serge	PNLP	Médecin, Chef de service suivi/évaluation	sergealex2013@gmail.com
28	AKA Agnui Joseph	DDSHV VAVOUA	DD SANTE	akaagnuijoseph@yahoo.fr
29	AKA Aimé Sandrine	PNSO	Chef de service	sandrineaime@pnso.ci.org
30	AKA Aka Bekroudjobehon	PNN	Chef de service	bekroudjoaka@gmail.com
31	AKA Dieket Apollinaire	District Sanitaire ANYAMA	DD Sante	akadieket@yahoo.fr
32	AKA Rita Ahou	PNSM	Médecin	rita_aka@yahoo.fr
33	AKAFFOU Koffi Fulgence	DR BAFING	CSER	fulgenceakaffou@gmail.com
34	AKE Akoto Florentin	DR AGNEBY TIASSA	CSE	akeflo83@gmail.com
35	AKOAHIN Adjoumani Hervé Magloire	DGSHPCMU	Chargé d'étude	adjoumani_herve@yahoo.fr
36	AKOSSI Ehouo	DR ABIDJAN 2	Economiste Santé chargé de planification	akossi2007@gmail.com
37	AKPESSÉ ESSO Guillaume Germain	SYNACASS CI	SG	akpessé2004@yahoo.fr
38	AKPOUE Koua Eloge Paterné	DDSHV Cocody-Bingerville	CSAS	akoupee.pa@gmail.com
39	AKUI Okamou	DR SUD COMOE	DR	Drs_akui@yahoo.fr
40	ALLO Richard	AIBEF	Directeur Exécutif	richard-allo@yahoo.fr
41	ALLOUKOU Akadje Richard	INSP	Médecin chef e-learning	alloukouar@gmail.com
42	AMAN Boni Aimé	DR GUEMON	DR GUEMON	bonnie123@live.fr drsguemon@gmail.com
43	AMAN Salomon François	DRH	S/Directeur	amansalomon@gmail.com
44	AMANY Ahou Armande	PNSME	Chargé Suivi -Evaluation	aahouarmande@yahoo.fr
45	AMANY Aya Debora	PNEL	Chargé de surveillance Epidémiologique	pnel_ci@yahoo.fr
46	AMIDJO Alla Séraphin	PNSSU-SAJ	Assistant suivi évaluation	seraphinalla5@gmail.com
47	AMINLIN Betioh	DAP	Pharmacien	abttiohtele@gmail.com

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
48	ANE Missa Claude Fabrice	DAP	Economiste de la santé	fane@dap.ci
49	ANGAMAN Ekponou Dominique	DR SAN PEDRO	DR	dangaman@live.fr
50	ANGUI Pierre	IGSHPCMU	Inspecteur	peterangui@gmail.com
51	ANKEMAN Raymond	DD YOP EST	DD YOP EST	rayankeman@yahoo.fr
52	Annick-Eloi VLEHI Epouse N'ZI	UCP FM	Chargé de suivi et Evaluation	<a href="mailto:annick.vlehi@ucp-fm.ci">annick.vlehi@ucp-fm.ci</a>
53	ANOUAN N'Guessan Jean	DGSHPCMU	DGASS	jeananouan2002@yahoo.fr
54	ASSI Kouamé Poquelin	UCP-FM	Médecin	poquelinassi@ucp-fm.ci
55	ASSIE Koffi Justine	CHR Yamoussoukro	Directrice	ayabahkan@hotmail.com
56	ASSIE N'DA Kouassi Marcellin	PNEL	DCA	assierend@yahoo.fr
57	ASSIRI Kolia	DR SUD COMOIE	CSER	assirikolia@gmail.com
58	ASSOHOU Adje Guy Marcel	LNSP	Responsable qualité adjoint	<a href="mailto:marcelassohou@gmail.com">marcelassohou@gmail.com</a> / <a href="mailto:marcel.assohou@lnsp.ci">marcel.assohou@lnsp.ci</a>
59	ASSOUAN Marie Chantal	Cabinet MSHPCMU	Conseiller Technique secteur pharmaceutique	m.assouan@yahoo.fr
60	ATSE N'Tamon Innocent	PNLTA	Chef de Service	atseinoce@yahoo.fr
61	ATSE Seka simplice	PNSME	Charge de suivi évaluation	simplice1976@gmail.com
62	ATTE Flora Carine	DDSHP Jacqueville	DD	atte.flora.1@gmail.com
63	ATTIOUA Akissi Pélagie	DRH	CE	attiouapel@gmail.com
64	ATTOUBOU Amond S.	DS Yopougon EST	Médecin	attouson@gmail.com
65	ATTRI Jean Cyrille	Préfecture TONKPI	Préfet Tonkpi	attrijeancyrille@gmail.com
66	ATTRO	DMHP	Médecin	
67	AYE Alain	DR N'ZI	CSAS	ayealain7@gmail.com
68	BADIE Yao	DRH	Sous-directeur	badiyao@yahoo.fr
69	BAHOUA Ange Cecilia	DPPS	Secrétaire stagiaire	bahouaange70@gmail.com
70	BAKARY Coulibaly	DR TCHOLOGO	CSER	coubak007@gmail.com
71	BAMBA Fatoumata Noura	DR GBEKE	DRS	bambaffsit@yahoo.fr
72	BAMBA Souleymane	DR BERE	DR	bambasouleymane@yahoo.fr

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
73	BAMOUAN BOYALA Jean Pierre	UVICOCI	Conseiller technique DG	bamouanjp@yahoo.fr
74	BAROUAN Marie Cathérine	OMS	Chargé Programme	barouanma@who.int
75	BASSALIA Diawara	DFRS	Directeur	dbassalia3@gmail.com
76	BAYOKO Adama	DR BAGOUE	CSE	pamoutche@gmail.com
77	BEDOU Sylveste	Personne ressource	Expert consultant	sbedou@yahoo.fr
78	BEHIBRO Rostand	DPPS	Économiste de la santé	behibro@yahoo.fr
79	BERTHE Abdramane	DMHP	Sous-Directeur	bertheyas@gmail.com
80	BEUGRE Keke Parfait	DR BELIER	CSAS	kekebeugre@gmail.com
81	BITTY Marie Josephe	DEPS	Directrice	bittyafila@yahoo.fr
82	BLEDI Benedicte Annie Josée	NPSP-CI	Conseiller technique plan stratégique et RM	b.bledi@npsp.ci
83	BLEHIRI Franck S	Cabinet MSHPCMU	Coordonnateur National CNDTIC SANTE	blehir@sante.gouv.ci
84	BLEHOUE Bléoué	Personne ressource	Personne ressource	blehoue@gmail.com
85	BLEOUE Eba Marie HELENE Epse Zahiri	PNEL	Charge de suivi-évaluation	emhzahiri@gmail.com
86	BLYO Djagouri Armel	DR INDENIE DJUABLIN	CSAS	armelblyo1@yahoo.fr
87	BOBY Bernadette	DGSHP	Charge d'études	bernadetteboby@yahoo.fr
88	BODO Guede Nazaire	Expert	Consultant SE	bodo_nazaire@yahoo.fr
89	BOGUI Emient Henri	DR GRANDS PONTS	DR	emient@yahoo.fr
90	BOGUI N'drin Elysée P.	DSIM	Charge de programmes et des projets	ndrinelysee@gmail.com
91	BOHOUSSOU Koffi Kan Marc	MINEDD	Directeur de la planification	bkoffimarc@yahoo.fr
92	BOLLY Ballou Landry	MPD	Expert planification	landrybolly@yahoo.fr
93	BONI Konan Maruis	DIEM	CE	bkm.maruis01@gmail.com
94	BOSSO Patrice	UNICEF	Spécialiste SE	pbosso@unicef.org
95	BOTTI YORO Clotaire Arnaud Komenan	PNLHV	Pharmacien	bottiarnaud@yahoo.fr



## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
96	BOUA Kouao Hermann	DDS ABOISSO	DDS ABOISSO	bouah@yahoo.com
97	BOUAFO Ettien Alexis	DC PEV	Médecin	bouafo.alexis@gmail.com
98	BOZOU Ahoussi	Cabinet MSHPCMU	Directeur Police Sanitaire	bozoumermoz@yahoo.fr
99	BREDE DIZO Romuald	DDS Alepe	DDS	brededizoromuald@yahoo.fr
100	BROU Gbotto Raymond	DR WORODOUGOU	DRS Worodougou	brougbotto_dr@yahoo.fr
101	BROU Inès Akassi	DR ABIDJAN 1	CSER	inesakassi.brou@gmail.com
102	BROU Kouakou	DS BOCANDA	DD Sante	broukouakou20@yahoo.fr
103	BROU Kouame	Société civile CRDH-Bélier	Président	kouameb@gmail.com
104	BROU Yao Leopold	DIEM	ITS Biomédical	leopolbrou@yahoo.fr
105	CAMARA Gninlinnagbanni Marie-Noelle	URSSCI	Religieuse et sage-femme	marienoellecamara@yahoo.fr
106	COULIBALY Kalifa	DR SAN PEDRO	CSE-R Ing SP	stkalif73@gmail.com
107	COULIBALY Kone Soltie Aminata	DR ME	DR	soltieamy@yahoo.fr
108	COULIBALY Mamourou Abib	DCRP	Chef de service	e_abib23@yahoo.fr
109	COULIBALY Ruth	DC PEV	Médecin	coulibaly_ruth@yahoo.fr
110	COULIBALY Seydou	OMS AFRO		<a href="mailto:coulibalyse@who.int">coulibalyse@who.int</a>
111	D'ALMEIDA Epse Tiakpa Audree	DR SUD COMOE	Médecin Suivi Evaluation	adenikealmeida@gmail.com
112	DAGNOGO Levotlchin Amara	DR BOUNKANI	DR Bounkani	dlevolamara@yahoo.fr
113	DAGNOGO Ramatou	PNLT	Médecin Suivi -Evaluation	dognogoramatou@yahoo.fr
114	DAGNOKO Salimata	AIRP	Pharmacien	salidag@hotmail.com
115	DAKOURI Armand	ACPCI	Directeur exécutif	dakouriarmand01@yahoo.fr
116	DIABAGATE Abdramane	PNLS	Chef de Service SE	diabagate.abdrmane@pnls-ci.com
117	DIABAGATE Aminata	PNDC	SSE	aminatad29@yahoo.fr
118	DIABATE Tiayou	DPPS	Chargé d'études	dtiayou@gmail.com
119	DIABY Moritié	NPSP-CI	Directeur stratégies	m.diaby@npsp.ci

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
120	DIBI Kouakou Jean-Louis	SAMU	Médecin	jlhervdibi@gmail.com
121	DIDIKOKO COULIBALY Judith	CNRAO	Directrice Générale	didi_coulibaly@yahoo.fr
122	DIOMANDE Abou	DDSHS Agboville	DD Sante	aboudiom2@yahoo.fr
123	DIOMANDE Jean -Louty	DR GBEKE	SCAS	loutyd@yahoo.fr
124	DIOMANDE Monkeh Elvis	PNLMM/ PMNT	Médecin Sce évaluation	diomandeevils@gmail.com
125	DIOMANDE S Kadidia	MBPE	Chargé d'études (DGBF)	kadidia.diom@gmail.com
126	DIZOE Ligue AGUI Sylvestre	PNLUB	Médecin	drdizoe@yahoo.fr
127	DJANHOUE Bi Irie	Conseil Régional Gbeke	Directeur Planification	irienesti@gmail.com
128	DJE N'Goran Norbert	PNLMTN-CP	Directeur coordonnateur Adjoint	ngorannobert@gmail.com
129	DJE Siehé Enguerran	DPPS	Sous-Directeur	dsieheng@gmail.com
130	DJIRE Djenebou Epse SIDIBE	PNLT	Informaticien	zenab.djire@yahoo.fr
131	DJRO Agba A.	PNLP	Médecin Suivi -Evaluation	agbdjro@yahoo.fr
132	DOSSO Ali	SE CONNAPE	Chef de service suivi et évaluation	stpcnnad@gmail.com
133	DOSSO Fanta	UCP-FE	Chargée de RSS	Fantadosso46@yahoo.fr
134	DOUBA Alfred	INHP	Médecin	alfreddouba1@gmail.com
135	DOUHOU Zebah Rhode	DAF	Economiste de la santé	rhodadriel@gmail.com
136	DOUKOURE Abdoulaye	DR GUEMON	CSER	doukablo2804@gmail.com
137	DOUMBIA Diemory	SYNAMEPCI	Membre BEN	diemoryd@yahoo.com
138	DRAMEY Mohamed Lamine	Expert	Consultant PNDS	mldramey@succes-in-africa.com
139	DZADE Koffi Benjamin	PNLMM/ PMNT	Médecin	koffidzade@gmail.com
140	EFFOLY Carène	UCPS-BM	Assistance de suivi évaluation	c.effoly@ucpsante.bm.org
141	EHUI EBOI	PNLS	Directeur Coordonnateur	ehui.eboi@pnls-ci.com
142	EKONG Serge Gaspard Hilaire	DD KOUN-FAO	DD Koun-Fao	sergesainhilaire@yahoo.fr
143	EKPONON Assoumou André	Préfecture PORO	Préfet Poro	ekpononandre@gmail.com
144	ETTIEN Assale Guy Omer	ANADER	Chef de division	guyomer625@gmail.com
145	FAGNIDI Kessié Fabrice	DR WORODOUGOU	CSAS	kffagnidi106@gmail.com

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
146	GALLA Bi Koffi Jules	DDSHP Dimbokro	DDS	gallajules@yahoo.fr
147	GAUDET Tania	UCPS BM	Chef PSE	taniagaudet@yahoo.fr
148	GBAYORO Christelle Natacha	DAF	Ex-Sous directrice Etude eco	gbchristelle1@yahoo.fr
149	GBOKOU Konan	OMS	Consultant	<a href="mailto:K.gbokou@sante.gouv.ci">K.gbokou@sante.gouv.ci</a>
150	GNAHATIN Franck	PNLCA	Chargé RCA	
151	GNAMIEN Ekanza Gilbert	DIEM	Chef de cellule suivi/évaluation	egg_ekanza@yahoo.fr
152	GNAMON Achy Christian Martial	DR Indenié Djuablin	Pharmacien région	achygnamon@gmail.com
153	GNANGORAN Roger	Conseil Régional Agneby Tiassa	Président Commission Sante éducation	rgnangoran@yahoo.fr
154	GNEBA Hubert	INHP	Chef suivi-évaluation	gh49526273@gmail.com
155	GNOANROU Alex	CHR Agboville	Médecin	drgnoanroualex@gmail.com
156	GNONSIO Georges Rolland	PNSSU-SAJ	Assistante Suivi -Evaluation	
157	GNOUMOU Gilchrist	UCPS BM	Analyste de donné	<a href="mailto:gilcnoumou@gmail.com">gilcnoumou@gmail.com</a>
158	GOH ANDRE	DDSHP Agnibilékro	DDS	gohtia@yahoo.fr
159	GOKOU Oboho Sébastien	DR PORO	DR Poro	sebastiengokou@yahoo.fr
160	GOUANTOUHEU Kenan Lucette Epse GNAN	DEPS	Chargée suivi-évaluation	gnanlucette@yahoo.fr
161	GOULIA Ruedakan Vincent	MPJIPSC	Suivi-évaluation (DPS)	kuedakan@yahoo.fr
162	GOURO Godo Eloi	MPD	Expert en planification stratégique	gouroeloi@yahoo.fr
163	GUEBO Alexandre G.	Cabinet MSHPCMU	Conseiller Technique	agnebro@yahoo.fr
164	GUEDE Cataud Marius	IPCI	Chercheur	mariuscataud.pasteure.ci
165	GUEDE G. Abel	DR GOH	DR	guede.abel@yahoo.fr
166	GUEHI Calixte Haba Hebane	DC PEV	Médecin	guehical@yahoo.fr
167	GUEU Doua Judith	DR MARAHOUE	CSASR Marahoue	judithgueu@gmail.com
168	HIE Klegayegnan Arnaud	DHPSE	Chargé d'étude	hiekarnaud@gmail.com
169	HIEN Solange	DR HAMBOL	DR	<a href="mailto:hiensolange@yahoo.fr">hiensolange@yahoo.fr</a>

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
170	HYDA Jules	CNTS	Médecin/Coordonnateur des services	hada_j@yahoo.fr
171	KABA Aboudramane	Alliance Cote d'Ivoire	Responsable Info. Stratégique	akaba@allianceciv.org
172	KABLAN Bilé Blaise	DR GRANDS PONTS	CSER	kablanbileblaise@gmail.com
173	KABORE Nestor Léandre	Expert OneHealth	Consultant	kaneleandre@gmail.com
174	KABUG Emery	OMS	PMO	<a href="mailto:kabug@who.int">kabug@who.int</a>
175	KADJO Florence	INHP	MEDECIN	judyflo5@yahoo.fr
176	KADJO Lionel			
177	KALOGA Mamadou	PNLUB	DC	kalogonas@yahoo.fr
178	KANHON Serges	OMS	Consultant	<a href="mailto:kkserges@gmail.com">kkserges@gmail.com</a> <a href="mailto:kankons@who.int">kankons@who.int</a>
179	KARAMOKO Fofana	DR HAUT SASSANDRA	DR	ifofkara@yahoo.fr
180	KASSI Manasse	Save the Children	Directeur Projet Fonds Mondial	manasse.kassi@savethechildren.org
181	KINIFFO Josee E.	HG Port Bouet	Médecin	estherkiniffo@yahoo.com
182	KIPRE Malan Serge Roméo	PNLT	Economiste de la santé	romeokipre@gmail.com
183	KOBENAN Fiéni Ambroise	Cabinet MSHP-CMU	Officier de liaison GFF	fienykob@yahoo.fr
184	KODJI Ekribo Florent	DR LOH DJIBOUA	DD	kodjiekriboflorent@gmail.com
185	KOFFI Aka Charles	Cabinet MSHPCMU	Directeur de Cabinet	koffiakacharlys@gmail.com
186	KOFFI Hamany Christian	DAJC/ MSHP	Chargé d'étude	hamanychristian@gmail.com
187	KOFFI Jean Claude	DR Iffou	DR	camakov01@gmail.com
188	KOFFI Koidio Marcel Venance	DR BERE	CSER	venancek53@gmail.com
189	KOFFI Kouakou Eugène	DR AGNEBY TIASSA	DRS	eugnekoff@yahoo.fr
190	KOFFI Kouamé	PNEVGEA	Directeur	kofi_doubleh@yahoo.fr
191	KOFFI N'Dri Martial	DR GBOKLE	CSE	koffindrimartial8@gmail.com
192	KOFFI N'Gbain Augustin	DIIS	Médecin	kaugustin55@yahoo.fr
193	KOFFI Oura Affi Yao Olivier	DD MINIGNAN	DD Minignan	koffioura80@yahoo.fr

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
194	KOFFI Yao Joachim	CNAM	Directeur	joachim.koffi@ipsnam.ci
195	KOHO Bilé Sylvain	DR BELIER	CSE	kohobs@yahoo.fr
196	KOHO Mathieu	DC PEV	Chargé des projets	mathieukoho1504@gmail.com
197	KONAN Allongbo Afoue Simone	DPPS	Secrétaire Médical	simonekonan47@gmail.com
198	KONAN Kouakou Fidèle	DDS Cocody	CSAS	konanfidele015@gmail.com
199	KONAN Kouame Mathias	DS Bongouanou	DD	docteurkonan@yahoo.fr
200	KONAN Kouassi Kouakou Clement	CARITAS CI	Charge des Urgences	kouaclement@YAHOO.FR
201	KONAN M'moba Larissa Elodie	PNLTA	Economiste de la sante	konanmmobalarissaelodie@gmail.com
202	KONAN N'Dri Delphine	DSC	Chef de service	ndridelphine17@gmail.com
203	KONAN N'Gatta Amenan Flora Epse BAZE	DPPS	Chargé de Communication	florangatta@gmail.com
204	KONATE N'Gadia	DPPS	Economiste de la Sante	ngadiakonate@gmail.com
205	KONE Aboubakar Sidiki	Conseil Reg TCHOLOGO	Dir Planif Conseil Reg TCHOLOGO	moyaabou2@yahoo.fr
206	KONE Bouaké	DAF	Chef de service	kbouake2010@yahoo.fr
207	KONE Siaka	Cabinet MSHPCMU	Conseiller Technique	siakakone21@yahoo.com
208	KONE Vazoumana	DD TEHINI	DD Tehini	Konevaz1979@gmail.com
209	KONGOZA Marie-Laure Epse ACHY	DPPS	Stagiaire	laureachy@gmail.com
210	KOSSOUBOLY Dagbo Sylvain	DR MARAHOUE	CSE	kossougboly@gmail.com
211	KOTCHI Elvis Agenor	DSC	Charge S/E	
212	KOUADIA N ZI Alphonse	DS DABOU	DDS	nzikouadia@yahoo.fr
213	KOUADIO Aboh Hugues	PNETHA	CE	abohhugues@gmail.com
214	KOUADIO Bah Ives	OMS	IHM	kouadiob@who.int
215	KOUADIO Bienaimé Israel	DRH	Informaticien	kouadio.bienaime@gmail.com
216	KOUADIO Jean Marc	MBPE	Chef de service	jeanmarck77@yahoo.fr

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
217	KOUADIO Konan Mathurin	DD FERKE	DD Ferke	matkouadio4@yahoo.fr
218	KOUADIO Konien Maurice	DR MORONOU	CSE	maricekoniank@gmail.com
219	KOUADIO KOUADIO Yves Maxime	USAID	Economiste de la sante	ykouadiokouadio@usaid.gov
220	KOUADIO Marius Melaine Aymar	DPPS	Sous-Directeur	melenaymar@gmail.com
221	KOUADIO N'Zue	DR ABIDJAN 2	DR	kouadio1956@gmail.com
222	KOUADIO Songbré Ange	DIIS	Assistante Suivi -Evaluation	angedkouadio90@gmail.com
223	KOUAKOU Ahou Philomène	MIS/DGDDL	Sous/Directeur (DG DDL)	philomenekouakou@yahoo.fr
224	KOUAKOU Englosran Roger	PNSO	DCA	roger.englosran@pnsoci.org
225	KOUAKOU Flore Souholy	DDSHP Bouake-Ouest	DDS	ksouholy@gmail.com
226	KOUAKOU Koffi Lucien	DR INDENIE DJUABLIN	CSER	kluc2005@yahoo.fr
227	KOUAKOU Konan Albert	DD MAN	DD MAN	albertkk_10@yahoo.fr
228	KOUAKOU Lingué	PNETHA	Directeur Coordonnateur	linguek@yahoo.fr
229	KOUAKOU Paulin	UCPS BM	Chargé de projet	paulinkouassi@ucpsante-bm.org
230	KOUAKOU Yao Raoul	DDS Bassam	Médecin	kyryaho@gmail.com
231	KOUAKOUSSUI Konan Lambert	DR TCHOLOGO	DR Tchologo	Konanlambert8@gmail.com
232	KOUAME Badou Benjamin	ONMCI	Médecin	kbadou10@gmail.com
233	KOUAME Dié J.	PNLTA	Médecin	diejkouame@yahoo.fr
234	KOUAME Fulgence Djourou	AIRP	Pharmacien CSE	kf.djourou@airp.ci
235	KOUAME Jean Baptiste	DDS Mankono	DDSHPCMU	jb_kwam@yahoo.fr
236	KOUAME Konan Morris	Personne ressource	Expert	morrisdekouame@yahoo.fr
237	KOUAME Kouakou Baudelaire	PNSSU-SAJ	Economiste de la santé	baudelaire892@gmail.com
238	KOUAME Kouassi Benjamin	DDS Bouafle	CSAS	kouassiben223@gmail.com
239	KOUASSI Armand M	PNN	Economiste de la santé	arnaudmamiey@gmail.com
240	KOUASSI Bath Yao Crépin	DR CAVALLY	DR Cavally	bathkouassi@yahoo.fr
241	KOUASSI Edith Clarisse	Cabinet MSHPCMU	Conseiller Technique	editclak@yahoo.fr

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
242	KOUASSI Jean Pierre	ANADER	Directeur coordonnateur PALP	kouassidebo@tahoo.fr
243	KOUASSI Kouadio	DHPSE	Chef de service	kouassikben@gmail.com
244	KOUASSI Kouakou Charlemagne	PNSBD	Economiste de la sante	etranemenzula@gmail.com
245	KOUASSI N'Guessan N'Fiéni Louis	DR Haut Sassandra	CSER	louiskouassinguessan@yahoo.fr
246	KOUASSI Ponou Armand Noel	CTN PBF	Coordonnateur adjoint	ponouarmandk@gmail.com
247	KOUASSI Yapo Arsène Gérard	DR LOH DJIBOUA	CSE	gk01872158@gmail.com
248	KOUDOU OUREGA JULES	DD BOUNDIALI	DD Boundiali	Juleslkoudou@gmail.com
249	KOULOU Alla Edmond	DR ABIDJAN 1	DRS	koulou_edmond@yahoo.fr
250	KOUMI Angaman Kassi	MFFE/PNOEV	Resp/Sce/P	kassyroger@yahoo.fr
251	KPAHO Bernard	IGSHPCMU	Inspecteur Technique	bkpaho@gmail.com
252	KRA Koffi Lazare	DR N'ZI	DRS	kkoffilazare@gmail.com
253	KRA Kouakou Eugene	UCP FM	Coordonnateur adjoint	<u>eugenekouakoukra@yahoo.fr</u>
254	KRELO Kouassi	DD GUIGLO	DD Guiglo	kouassikrelo@yahoo.fr
255	KWASSY Rostand Behibro	DPPS	Chargé d'étude	behbro@yahoo.fr
256	LAGO Gouali David	DAF	S/D	goualidavidlago@gmail.com
257	LASSANA BAMBA	DMHP	ITS/Chef de service	lassanabamba69@yahoo.fr
258	LATTAH- ASSEKA Monique	DIIS	Médecin	lattahasseka@yahoo.fr
259	M'BAHIA Crystel Andrée Hantaie EPSE YAO	PNN	DCA	ybaham@yahoo.com
260	M'BRA Vincent De Paul	DR SUD COMOÉ	CSAS Sud Comoé	vincentdepaulmbra@gmail.com
261	MAMA DJIMA Adam	PNLMTN-CP	CE/SE	dcmda@yahoo.fr
262	MAMADOU Krama	DR BAFING	DR Bafing	ddkrama@yahoo.fr
263	MANOUAN Bile Adou Philipe	DDSHD Daloa	DD Sante Daloa	ddshpdaloa2020@gmail.com
264	MANOUAN KOUAME Alfred	UNPPCI	Président de section	pharmagnoia@yahoo.fr
265	MANOUAN Koumi Etienne	PNLS	Assistant Suivi -Evaluation	manouan.etienne@pnls-ci.com



## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
266	MANOUAN Nougou Jean Marc	DDS Daoukro	DD	manouanjm@yahoo.fr
267	MEL Ambroise	DR GOH	CSASR	ambroisemel@rocketmail.com
268	MEMEL Hugues	MIS/DGDDL	Chargé d'études (MATED/DGDDL)	hugues.borgia@yahoo.fr
269	MIAN Boua Moise	DDS Tabou	DDSHP	bouamoise@yahoo.fr
270	MIEZAN Egnakou Bingancon Eugène Wenceslas	DR BELIER	Directeur régional	miezanegnakou@yahoo.fr
271	MOROKANT Minaugo Ismaïl	CTN-FBP	Médecin S&E	morokantim.ctnpbf@gmail.com
272	MOUSSA Mamadou	DR ME	CSE	moussamadou@yahoo.fr
273	MOUSSA Meite	DDSHP KATIOLA	DD	docmemous68@yahoo.fr
274	MY Serge De Lamourd	DR NAWA	Médecin CSAS	sergedelamourd@gmail.com
275	N'DJOMON Franck Angodji	DMHP	S/D Réf Hospitalière	ndjomonaf@yahoo.fr
276	N'DRI ROGER	DR NAWA	DR Sante	ndriroger@yahoo.fr
277	N'GUESSAN Konan Hyppolite	Conseil Régional Bélier	S/D Planification	nguessanhypo@yahoo.fr
278	N'GUESSAN Kouadio Raphaël	DD DUEKOUE	DD Duekoue	docraphnguessan@yahoo.fr
279	NAHOUNOU Noël	OMS	Consultant renforcement Du système OMS	nahounouz@who.int
280	NAMOU Dekai Jean Luc	DFRS	Chef de Service	namou.dfrs@gmail.com
281	N'DA Alleche Prosper	DR GBOKLE	DRS	prosperallechinda@yahoo.fr
282	N'DRAMAN Kassi	DIIS	ITS Sante Publique	adjouankassi@yahoo.fr
283	N'DRI Akissi Nathalie Epse YAO	AIBEF	Directrice programmes	akisndry@yahoo.fr
284	N'DRI KOUAME Mathias	IPCI	Médecin	mathiasndri@pasteur.ci
285	N'GORAN Brou Kouadio	DR HAMBOL	CSER	namakaoh@yahoo.fr
286	N'GORAN Cicacy Bezhom	OMS	Consultant e-learning	<a href="mailto:ngoran@who.nt">ngoran@who.nt</a>
287	N'GUESSAN Affoue MC	PNLMM/ PMNT	Chargée d'études, Pharmacien	boussoumc@gmail.com
288	N'GUESSAN Ahou Reine Félicité Epse Kofi	AIMAS	Responsable Marketing	reinengessan@aimas.org
289	N'GUESSAN koffi Blaise	DIIS	Médecin	docblaisse291102@yahoo.fr

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
290	N'GUESSAN Konan Norbert	DR LOH DJIBOUA	CSASR	hotchonguessan@gmail.com
291	N'GUESSAN Kouamé Boskau	DPPS	Pharmacien	boskau.nguessan@gmail.com
292	NIAMIEN Gnanon Denis	DDSHP Gagnoa	DD	niamienden@gmail.com
293	NIAMIEN M'Bandama N'Goran	DR TONKPI	CSER	mbandama64@gmail.com
294	NOGBOU Aka Mathieu	PNLCA	Médecin	nogbouakamathieu@gmail.com
295	N'SOUHO Ayobe R.	PNLS	Médecin Suivi -Evaluation	adouko-nsouho.rosine@pnls-ci.com
296	N'TAMON Florentin	INFAS	Chef de service	ntamonflorentin@gmail.com
297	OBIO Ouraga Mathias	INHP	PFN-POE/SIMR/RSI	obiomathias@yahoo.fr
298	ODY Timothée	DGS	Chargé d'études	odytimothee@yahoo.fr
299	OGA Agbaya S.	ICA	Cds info médicale	ass_oga@yahoo.fr
300	OHOUO Brou Samuel	OMS	Consultant Santé Mère Enfant	ohouob@who.int
301	ORY ODY Armel	Association Diabétique	Vice-Président	armelory@gmail.com
302	OUATTARA Djamanatigui	Conseil Reg CAVALLY	Dir Planif Conseil Reg Cavally	odjamanatigui@yahoo.fr / massanguie@yahoo.fr
303	OUATTARA Massanguie	DR ABIDJAN 2	CSE	massanguie@yahoo.fr
304	OUATTARA Seydou	PNSSU-SAJ	Directeur coordonnateur	seydouxfr@yahoo.fr
305	OULAI Yagnan Pelagie	FENOSCI	Chef de Projet	oulaipelagie1@gmail.com fenosci@yahoo.fr
306	PODE Thierry	JICA	Consultant Sante	blehine-podethierryjoel@jica.go.jp
307	PRUDENCIO Ange-Aldric Kenneth	FENOSCI ASAPSU	Responsable plaidoyer	kprudencio001@gmail.com
308	RAUX –YAO Serge Patrice Nestor	DR MARAHOUE	DRS	serjraux@gmail.com
309	SAHANDE Vakaba	DD ODIENNE	DD Odienne	abourayanne5sy@gmail.com
310	SAMBA Mamadou	DGSHPCMU	DGS	m.samba@sante.gouv.ci
311	SANGARE Seydou Hamad	DR BOUNKANI	CSER	hamadcse@yahoo.fr
312	SANGARE Sory	Préfecture du GONTOUGO	Préfet Gontougo	sorysangar@yahoo.fr

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
313	SANOGO Epse KONE Pete Solange	FENOSCI	PCA	konesol@yahoo.fr
314	SANOGO OUSMANE	DS ADZOPE	DDS	dr_sanogo@yahoo.fr
315	SANOGO Yaya	DR N'ZI	CSE	yaya_sanogo@yahoo.fr
316	SEKA Elvis Fabien Desire Abbe	DR MORONOU	CSAS	elvisseka@gmail.com
317	SERI Biatenodou	DMHP	S/D	sjbraud@gmail.com
318	SERI Kanon Yehiri Jean	MINAS	Directeur de la planification	jean-seri@hotmail.com
319	SIDJE Leontine Gaty	RIP+	PCA	sidjeleontine@yahoo.fr
320	SILOMANE Ouattara	COSCI	CSE	silououattara@yahoo.fr
321	SILUE ALY	DMHP	Chef service qualité	jobsil2004@yahoo.fr
322	SILUE Kanyatou	DDS Sikensi	DD	Letkan@yahoo.fr
323	SILUE Nagnon	District Grand-Bassam	DDSH	nagnonsilue@yahoo.fr
324	SILUE Nonthé Agathe	DPPS	Chargée d'études	silueramaelle@gmail.com
325	SOHOU André	ARDCI	Directeur	latranscendance@gmail.com
326	SOME Jean Francois	ONUSIDA	Conseiller Technique	somek@unaids.org
327	SORO Dofanga Abou	DR FOLON	CSE	soro.dofanga.abou11@gmail.com
328	SORO Doh Djibril	DR BERE	CSAS	sorodoh87@gmail.com
329	SORO Kountélé Gona Bakary	Cabinet MSHPCMU	Directeur de Cabinet Adjoint	go.soro@sante.gouv.ci
330	SQUARE Ousmane	PNLS	Assistant Suivi -Evaluation	souare.ousmane@pnls-ci.com
331	SOUNGALO Koné Bawa	Ordre des sage-femmes	Secrétaire générale	bawakone@yahoo.fr
332	TAHI Alain	FACACI Consommateur	PCA	infosfacaci@gmail.com
333	TALL Mamadou	DR NAWA	CSER Intérimaire	tallmamadou67@gmail.com
334	TANO Melissa	AIRP	Pharmacienne	taniosamelissa@yahoo.fr
335	TANOH Gnou	PNSME	Directeur coordonnateur	gnoutanoh@gmail.com
336	TCHIMOU Dote Luc	DDS KANI	DDS	luctchimou02@gmail.com
337	TIA Mamadou	DR TONKPI	DR Tonkpi	tiamadou@yahoo.fr
338	TIA Yao Gboko	UCPS BM	Consultant	tiayao@yahoo.fr

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
339	TIAN BI Rodolphe	UNICEF	Chargé Planification	<a href="mailto:rtianbi@unicef.org">rtianbi@unicef.org</a>
340	TOKOU Kacou Armand	DSC	Sous-directeur	<a href="mailto:tokou.kacou@dsc.com-ci.org">tokou.kacou@dsc.com-ci.org</a>
341	TOLO Fatouma EPSE Diakite	MIS/DGDDL	S/D	<a href="mailto:tolofatoumatadiakite@gmail.com">tolofatoumatadiakite@gmail.com</a>
342	TONDOH Hayha Isabelle Epouse KOUI	DPPS	Directrice DPPS	<a href="mailto:kouisabelle@gmail.com">kouisabelle@gmail.com</a>
343	TOURE ABOU	Coordination de la société civile	Président	<a href="mailto:toureaou37@yahoo.com">toureaou37@yahoo.com</a>
344	TOURE Alacagny	DPPS	Gestionnaire	<a href="mailto:alacagnytoure2@gmail.com">alacagnytoure2@gmail.com</a>
345	TOURE Lancina Dit Tot	PNPMT	Chef de Service	<a href="mailto:touretot@hotmail.com">touretot@hotmail.com</a>
346	TRAORE Abdoulaye	Conseil Régional sud Comoé	Directeur de Planification	<a href="mailto:traorevarale@gmail.com">traorevarale@gmail.com</a>
347	TRAORE kadjatou	CNRAO	Médecin	<a href="mailto:kadytraore1003@gmail.com">kadytraore1003@gmail.com</a>
348	TRAORE Métogara Mohamed	DPPS	Chargé d'études	<a href="mailto:traoremotogaramohamed@gmail.com">traoremotogaramohamed@gmail.com</a>
349	TRAORE Seydou	DSC	Chef de service com et info	<a href="mailto:seydou.traore1@dsc.com.ci.org">seydou.traore1@dsc.com.ci.org</a>
350	TRAORE Wapori	INS	Chargé d'étude	<a href="mailto:traore63wapori@gmail.com">traore63wapori@gmail.com</a>
351	TRAORE Youssouf	INHP	Medecin	<a href="mailto:traore_youl@yahoo.fr">traore_youl@yahoo.fr</a>
352	TRE Pouame Alphonse	DR GONTOUGO	CSER	<a href="mailto:pouamealphonse@gmail.com">pouamealphonse@gmail.com</a>
353	VANIE Bi Banou Aristide	DD TOUBA	DD Touba	<a href="mailto:eugenekoff@yahoo.fr">eugenekoff@yahoo.fr</a>
354	WOGNIN Kraibouet Venance	Personne ressource	Consultant	<a href="mailto:wogninvenance@yahoo.fr">wogninvenance@yahoo.fr</a>
355	WOI Messe Lynda	UNICEF	Spécialiste Sante / RSS	<a href="mailto:lmess@unicef.org">lmess@unicef.org</a>
356	YAH Colette Epse KOKRASSET	PNLP	DCA	<a href="mailto:coletyah@yahoo.fr">coletyah@yahoo.fr</a>
357	YAO Fulbert	KFW	Coordonnateur secteur santé	<a href="mailto:brou_fulbert.yao@kfw.de">brou_fulbert.yao@kfw.de</a>
358	YAO Koffi	DR PORO	CSER	<a href="mailto:cseregionporotchobag@yahoo.fr">cseregionporotchobag@yahoo.fr</a>
359	YAO Kouakou Augustin Saakul	DDSHD Divo	CSE	<a href="mailto:saakuldoc@yahoo.fr">saakuldoc@yahoo.fr</a>
360	YAO kouakou Franck Hervé	DPPS	Charge d'études	<a href="mailto:franckyaobethel@gmail.com">franckyaobethel@gmail.com</a>
361	YAPI N. Sylvain	CHU-Cocody	Chef de service Qualité	<a href="mailto:lebennyvann@yahoo.fr">lebennyvann@yahoo.fr</a>
362	YAPI Timothée	DR CAVALLY	CSER	<a href="mailto:yaptim77@gmail.com">yaptim77@gmail.com</a>
363	YAPO Bekwin Ismael	DR AGNEBY TIIASSA	CSAS	<a href="mailto:ismaelb.yapo@yahoo.fr">ismaelb.yapo@yahoo.fr</a>

## Annexes

N°	Nom et Prénoms	Structure	Fonction	E-mail
364	YEBOUE Jean-Jacques	DEPS	Sous-directeur	jeanjackyeb@gmail.com
365	YEDESS Nee Memel Yei Jeanne	DR MORONOU	DRS	jeanneyedess@gmail.com
366	YEO Fatoumata	DR GBEKE	CSER	kadofann@yahoo.fr
367	YEO Souleymane	DD KORHOGO 1	DD Korhogo 1	soulyeo@hotmail.com
368	YEO Tiélougo Chantal	DPPS	Economiste de la santé	yeotielougochantal@gmail.com
369	YOBOUA Nango Bilé Paul	NPSP-CI	Analyste stratégie	p.yoboua@npsp.ci
370	YOBOUE Ahuilie Delicat	DRH	Sous-directeur Informatique	delicatyoboue@gmail.com
371	YOBOUET N'guessan Herve	PNN	Chargé de suivi	hyobouet@gmail.com
372	YOBOUET Simplicie	MENA DSPS	Chef de service	ygrekess@gmail.com
373	YOFFO Gboboto Jérôme	PNSSU-SAJ	Chargé d'étude suivi/évaluation	dryoffo@yahoo.fr
374	ZALLA Dekao	DS Tiebissou	DDSHP	dr.dekao@gmail.com
375	ZIKETO Arnaud	PNSBD	Chargé d'études	abziketo@yahoo.fr
376	ZOKORA Firmin	DSC	Médecin	firmin.zokora@dscm-ci.org
377	ZOMBRE D. Sosthème	OMS	Chargé HSS	zombres@who.int
378	ZONI Kouakeu Patrice	District Soubre	DDSHP	Kouakeu2014@gmail.com
379	ZOROBİ Ali	DR FOLON	DR Folon	ali_zorobi@yahoo.fr