



Côte d'Ivoire

**Cadre d'Accélération de l'Objectif 5 du
Millénaire pour le Développement (OMD 5) :
Améliorer la santé maternelle**



**Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie,
chaque enfant naît en bonne santé et chaque personne vit une
sexualité et une reproduction saines**

Côte d'Ivoire

Cadre d'Accélération de l'Objectif 5 du Millénaire pour le Développement (OMD 5) : Améliorer la santé maternelle



Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie, chaque enfant naît en bonne santé et chaque personne vit une sexualité et une reproduction saines

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-------------------------------------|
| TABLE DES MATIERES | 5 |
| SIGLES ET ABREVIATIONS..... | 6 |
| LISTE DES TABLEAUX | 8 |
| LISTE DES GRAPHIQUES | 8 |
| LISTE DES CARTES | 8 |
| LISTE DES IMAGES | 8 |
| LISTE DES ENCADRES | Error! Bookmark not defined. |
| REMERCIEMENTS..... | 9 |
| PREFACE | 10 |
| RESUME EXECUTIF | 11 |
| INTRODUCTION..... | 19 |
| Chapitre 1 : PROGRES ET DEFIS DANS L'ATTEINTE DE L'OMD5..... | 21 |
| 1.1. - Aperçu global des OMD en Côte d'Ivoire | 21 |
| 1.2. - Situation de la santé maternelle en Côte d'Ivoire | 29 |
| 1.3. – Impact de l'amélioration de la santé maternelle (OMD5) sur les OMD 1, 3, 4 et 6...34 | |
| 1.4. – Actions entreprises et défis en matière de santé maternelle..... | 35 |
| Chapitre 2 : INTERVENTIONS STRATEGIQUES | 39 |
| 2.1. - Cadre stratégique des interventions relatives à la santé maternelle..... | 39 |
| 2.2. - Sélection des interventions prioritaires susceptibles d'accélérer les cibles 5.A et 5.B | 41 |
| Chapitre 3 : ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT..... | 55 |
| Chapitre 4 : LES SOLUTIONS D'ACCELERATION..... | 64 |
| Chapitre 5 : CADRE D'ACCELERATION DE L'OMD 5..... | 77 |
| 5.1. – Plan d'Action Pays | 77 |
| 5.2. – Plan de mise en œuvre et de suivi | 87 |
| 5.3. – Conditions de succès (risques et hypothèses) de la mise en œuvre du CAO 5..... | 97 |
| ANNEXES..... | 99 |
| Annexe 1 : Références et sources de données..... | 99 |
| Annexe 2 : Processus de préparation du CAO en Côte d'Ivoire et leçons apprises..... | 102 |
| Annexe 3 : Critères de priorisation des solutions retenues..... | 104 |
| Annexe 4 : Costing des actions spécifiques aux solutions prioritaires | 109 |

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|----------------|---|
| AIBEF | : Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial |
| AIMAS | : Agence Ivoirienne pour le Marketing Social |
| AMD | : Atelier de Maintenance du District |
| APD | : Aide Publique au Développement |
| ARV | : Antirétroviraux |
| ASAPSU | : Association pour l'Autopromotion de la Santé Urbaine |
| ATPE | : Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi |
| BNS | : Besoins Non Satisfaits |
| CCP | : Comprehensive Condom Programming /Programmation Complète des : Condoms |
| CDMT | : Cadre de Dépense à Moyen Terme |
| CAO | : Cadre d'Accélération des Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| CHR | : Centre Hospitalier Régional |
| CHU | : Centre Hospitalier Universitaire |
| CNO | : Centre, Nord et Ouest |
| CNTS | : Centre National de Transfusion Sanguine |
| COGES | : Comité de gestion |
| CPN | : Consultation Prénatale |
| CPoN | : Consultation Post Natale |
| CREM | : Centre Régional d'Equipeement et de Maintenance |
| DC- PNSR/PF | : Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la : Reproduction / Planification Familiale |
| DIEM | : Direction des Infrastructures, de l'Equipeement et de la Maintenance |
| DIPE | : Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation |
| DPPS | : Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies |
| DRH | : Direction des Ressources Humaines |
| DSRP | : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté |
| EDS-CI | : Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire |
| EIF | : Enquête Ivoirienne sur la Fécondité |
| EIS-CI | : Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire |
| ENV | : Enquête sur le Niveau et les conditions de Vie des Ménages |
| ESPC | : Etablissement Sanitaire de Premier Contact |
| FAP | : Femme en âge de procréer |
| FDR | : Feuille de route |
| HG | : Hôpital Général |
| IDH | : Indice du Développement Humain |
| INS | : Institut National de Statistiques |
| ISF | : Indice Synthétique de Fécondité |

| | |
|----------|---|
| MEF | : Ministère de l'Economie et des Finances |
| MEMPD | : Ministère d'Etat Ministère du Plan et du Développement |
| MFFE | : Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant |
| MICS | : Enquête à Indicateurs Multiples par grappes |
| MSLS | : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida |
| NV | : Naissances Vivante |
| OMD | : Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONUSIDA | : Programme conjoint des Nations Unies sur le Sida |
| PEPFAR | : Plan d'Urgence Présidentiel américain pour la lutte contre le Sida |
| PF | : Planification Familiale |
| PNDS | : Plan National de Développement Sanitaire |
| PNLP | : Programme National de Lutte contre le Paludisme |
| PNPEC | : Programme National de Prise En Charge Médicale des personnes vivant avec le VIH |
| PPP | : Partenariat Public Privé |
| PPTE | : Pays Pauvres Très Endettés |
| PSP | : Pharmacie de la Santé Publique |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH |
| RASS | : Rapport Annuel des Activités des Services de Santé |
| REPMASCI | : Réseau des Professionnels des Médias, des Arts et du Spectacle en Côte d'Ivoire |
| SMI | : Santé Maternelle et Infantile |
| SONU | : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence |
| SR | : Santé de la Reproduction |
| SSR | : Santé Sexuelle et Reproductive |
| TAMR | : Taux Annuel Moyen de Régression (TAMR) |
| UNFPA | : Fonds des Nations Unies pour la Population |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VIH | : Virus de l'Immunodéficience Humaine |

LISTE DES TABLEAUX

| | <u>Page</u> |
|---|--------------------|
| Tableau 1 : Situation des indicateurs OMD en 2008 et objectifs visés en 2013 – 2015..... | |
| Tableau 2 : Evolution du taux de couverture des structures offrant des services de PTME | |
| Tableau 3 : Récapitulatif des interventions clés | |
| Tableau 4 : Evolution du taux de production en kits d'accouchement | |
| Tableau 5 : Récapitulatif des principaux goulots d'étranglements | |
| Tableau 6 : Récapitulatif des solutions identifiées..... | |
| Tableau 7 : Plan d'Action du cadre d'accélération de l'OMD 5..... | |
| Tableau 8 : Liste des principaux indicateurs de suivi évaluation du CAO 5..... | |
| Tableau 9 : Plan de mise en œuvre et de suivi des activités du cadre d'accélération de l'OMD 5 | |
| Tableau 10 : Processus de préparation du CAO en Côte d'Ivoire et leçons apprises..... | |
| Tableau 11 : Critères de priorisation des solutions retenues | |
| Tableau 12 : Costing des actions spécifiques aux solutions prioritaires..... | |

LISTE DES GRAPHIQUES

| | |
|---|--|
| Graphique 1 : Tendence de régression du taux de mortalité maternelle | |
| Graphique 2 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié..... | |
| Graphique 3 : Proportion des naissances assistées par un professionnel de santé ou par des accoucheuses traditionnelles et parents | |
| Graphique 4 : Couverture des soins prénatals de rang un..... | |

LISTE DES CARTES

| | |
|---|--|
| Carte 1 : Prévalence contraceptive en Côte d'Ivoire, de 2007 à 2009..... | |
| Carte 2 : Répartition des sages femmes selon les régions..... | |

LISTE DES PHOTOS

| | |
|--|--|
| Photo 1 : Des relais communautaires en séance de travail de groupe au cours d'une formation | |
| Photo 2 : Vue d'une saynète au cours d'une activité de sensibilisation de masse..... | |
| Photo 3 : Des personnels de santé au cours d'un atelier de formation..... | |
| Photo 4 : Bloc opératoire de gynéco-obstétrique du CHR de Touba réhabilité..... | |
| Photo 5 : Une naissance assistée à la maternité du CHR de Dimbokro..... | |
| Photo 6 : Moyens logistiques pour des interventions de santé maternelle en stratégie mobile et avancée..... | |
| Photo 7 : Une consultation prénatale de 3 ^e rang..... | |
| Photo 8 : Une cérémonie de remise de médicaments et de kits de santé maternelle..... | |

REMERCIEMENTS

Le processus d'élaboration du Cadre d'Accélération de l'OMD 5, moyen systématique de repérer les goulots d'étranglement qui ralentissent la mise en œuvre des stratégies et politiques axées sur les OMD et de formuler des solutions à impact rapide, traduit l'engagement du Gouvernement à matérialiser sa volonté d'atteindre l'OMD 5 (Améliorer la santé maternelle). Aligné sur le Plan National de Développement 2012-2015 et le PNDS 2012-2015, le CAO 5 est le fruit de la parfaite collaboration entre le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida et les partenaires techniques et financiers de ce secteur.

Aussi, le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida voudrait-il sincèrement remercier l'ensemble des Experts nationaux et ceux des agences de coopération internationales en matière de santé qui ont hautement contribué à la réalisation du CAO 5.

Ces remerciements vont tout particulièrement :

- aux membres de l'équipe technique nationale de rédaction, issus du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (Direction de Prospective, de Planification et de Stratégie ; Direction de l'Information ; de la Planification ; et de l'Evaluation et Direction-Coordination du Programme National de Santé de la Reproduction) ; du Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement (Direction de la Stratégie et de la Réduction de la Pauvreté), du Système des Nations Unies (Unité de Coordination ; PNUD, UNFPA, OMS ; UNICEF ; ONUSIDA). Cette équipe a bénéficié de l'appui de deux consultants nationaux pour élaborer le CAO 5 ;
- aux différents Experts des autres Directions et Services émanant du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, pour leur entière disponibilité et les efforts qu'ils n'ont ménagés pour contribuer à l'élaboration de ce document ;
- aux Experts des autres Ministères techniques pour leurs contributions appréciables, notamment le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement (Direction de la Stratégie et de la Réduction de la Pauvreté), le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant (MFFE), le Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Solidarité, le Ministère de la Promotion de la Jeunesse et du Service Civique (Direction de la Protection des Jeunes) ;
- aux structures décentralisées telles que l'UVICOCI, l'ADDCI ;
- aux Ordres et Syndicats des professionnels du secteur de la santé ;
- aux Experts du secteur privé à travers, la Chambre de Commerce et d'Industrie de Côte d'Ivoire, l'ACPCI, la Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI), la Fédération Ivoirienne des Petites et Moyennes Entreprises (FIPME) et la Coalition des Entreprises pour la Lutte contre le Sida et les autres pandémies en Côte d'Ivoire (CECI) ;
- aux Partenaires associatifs du secteur de la santé notamment l'Association Ivoirienne pour le Bien Être Familial (AIBEF), l'Association pour l'Autopromotion de la Santé en milieu Urbain (ASAPSU), l'Agence Ivoirienne de Marketing social (AIMAS) et l'Alliance Nationale Côte d'Ivoire ;
- à l'ensemble de nos Partenaires techniques et financiers, multilatérales ; bilatérales ; Système des Nations Unies ; ONGs internationales et nationales pour leur grande mobilisation, et leur participation pleine et active tout au long du processus consensuel d'élaboration du CAO 5.

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida reste convaincu de l'engagement de tous ses partenaires à l'aider à atteindre l'OMD 5 (Améliorer la santé maternelle avec ses 2 cibles) au terme de la mise en œuvre du CAO 5

PREFACE

La réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) est au centre des politiques globales et sectorielles en Côte d'Ivoire. Le Gouvernement a pris conscience en concertation avec les partenaires sociaux et au développement lors de la préparation du Plan National de Développement (PND 2012-2015) des efforts supplémentaires qu'il fallait consacrer pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Cet engagement est en phase avec l'appel, lancé lors de la réunion plénière de Haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) tenue à New York en septembre 2010. Les pays membres étaient invités à mettre en œuvre des politiques et approches ayant donné des résultats probants en matière d'atteinte des OMD afin d'accélérer leur atteinte. Le Gouvernement de Côte d'Ivoire a entrepris la formulation du Cadre d'accélération des OMD à la lumière des méthodologies élaborées dans le cadre des Nations Unies pour identifier les goulets d'étranglement aux interventions prioritaires dont la levée a des effets multiplicateurs et rapides.

L'OMD 5 a été retenu pour faire l'objet d'un cadre d'accélération des OMD pour sortir la santé maternelle, de par ses répercussions sur les enfants, la scolarisation et bien d'autres domaines, de la mauvaise situation dans laquelle elle se trouve surtout après ces longues années de crise politico-militaire qui ont gêné les progrès dans l'atteinte des OMD en Côte d'Ivoire.

Le Cadre d'Accélération de l'OMD5 est un outil d'actions et de partenariat pour surmonter les goulets d'étranglement qui jusqu'ici ont empêché la réalisation de l'OMD5. La mise en œuvre effective du cadre d'accélération de l'OMD5 avec la participation du Gouvernement, de la Société civile, du Secteur privé et des Partenaires au développement aura un effet d'entraînement sur les autres OMD, car la santé maternelle est la base de l'épanouissement de la cellule familiale.

Tous les acteurs nationaux et internationaux sont invités à soutenir et à s'inscrire dans cette initiative aux côtés du gouvernement.

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Ndolamb N'Gokwey Coordonnateur Résident des Activités Opérationnelles du Système des Nations Unies en Côte d'Ivoire</p> | <p style="text-align: center;">Dr Raymonde Goudou Coffie Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida</p> |
| <p>Dr Albert Mabri Toikeusse Ministre d'Etat, Ministre du Plan et du Développement</p> | |



RESUME EXECUTIF

1. Contexte de l'initiative du Cadre d'Accélération de l'OMD 5 (CAO 5)

La Côte d'Ivoire a réalisé des progrès relativement lents en matière d'amélioration de la santé maternelle. Au regard de l'objectif fixé à 149 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (DSRP 2009-2013) d'ici 2015, le taux de mortalité maternelle n'a pas significativement baissé entre 1994 et 2008. En effet, le taux de mortalité maternelle est passé de 597 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS-1994) à 470 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2008 (Estimations Nations Unies, 2008). Ce taux élevé de la mortalité maternelle s'explique par le fait que le chemin qui mène vers une maternité à moindre risque est entravé par des facteurs endogènes et exogènes responsables de trois ordres de retard que sont: (i) le retard dans la prise de décision pour le recours à des soins au niveau de l'individu et de la communauté (faible pouvoir de décision de la femme, faible revenu des ménages et pesanteurs socioculturelles) ; (ii) le retard dans l'accès à une structure sanitaire (état défectueux des routes, éloignement des établissements sanitaires, manque/insuffisance de moyens de transport, faible revenu des ménages), et (iii) le retard dans l'administration des soins dans les structures de santé d'accueil (faible plateau technique, insuffisance/absence de personnels, mauvaise organisation des services). Ces retards ont pour conséquences une insuffisance de la surveillance de la grossesse, de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé, de la prise en charge des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, des services et soins postnataux et une faible utilisation des services de planification familiale.

L'objectif de ramener la proportion de décès maternels à 149 pour 100 000 naissances vivantes (DSRP 2009-2013) requiert donc des efforts supplémentaires sur la période 2012-2015 en Côte d'Ivoire

Dans ce contexte, le Cadre d'accélération de la réalisation des OMD offre un moyen systématique de repérer les goulots d'étranglement qui ralentissent la mise en œuvre des stratégies et politiques axées sur les OMD et de formuler des solutions à impact rapide, structurées sous la forme d'un plan d'action assurant la mise en cohérence et la création de synergies dans les interventions des pouvoirs publics et des partenaires au développement pour permettre à la Côte d'Ivoire de réaliser ses OMD prioritaires.

Au regard de la gravité de la situation de la santé maternelle, la Côte d'Ivoire a choisi de se focaliser sur l'**OMD5 «Améliorer la santé maternelle»** avec ses deux cibles, à savoir «Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle» et «Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015». Par ce choix, la Côte d'Ivoire accorde une priorité à sauver la vie des femmes, mais également à accroître leur bien-être économique et social, améliorer la vie de leurs enfants et de leur famille et réduire la pauvreté. Cette volonté politique du Gouvernement se traduit entre autres par la gratuité des soins de santé pour les populations pauvres et du bénéfice à investir dans les programmes de santé maternelle.

2. Progrès et défis dans l'atteinte de l'OMD5

L'aperçu global des OMD en Côte d'Ivoire montre que les probabilités pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) restent hypothétiques si des efforts vigoureux ne sont pas entrepris. En effet, de nombreux obstacles demeurent encore sur le chemin de l'atteinte des cibles des OMD. Leur progression demeure encore trop lente pour inverser la tendance. Avec un tel rythme et au regard des perspectives de croissance, il sera difficile d'atteindre les cibles fixées à l'horizon 2015 par le gouvernement.

Face à la gravité la situation de la santé maternelle, plusieurs actions ont été menées au double plan institutionnel et opérationnel malgré le contexte de crise sociopolitique que vit la Côte d'Ivoire depuis le 19 septembre 2002 : élaboration et mise en œuvre de documents de politiques et de stratégies (Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et

néonatale en 2008, Plan stratégique de Santé de la Reproduction 2010-2014, Plan pour la Survie de la mère et de l'enfant, Plan de passage à échelle de la PTME, Plan d'action de Maputo, Plan de sécurisation des produits de la Santé de la Reproduction, Plan de Programmation complète des préservatifs féminins et masculins pour la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées en Côte d'Ivoire – CCP), redéploiement du personnel de santé, réhabilitation des maternités et blocs opératoires, fournitures de médicaments, équipements et matériels médicaux, et renforcement des capacités des prestataires.

Malgré les progrès réalisés, plusieurs défis restent à relever afin d'améliorer significativement la santé maternelle dans la perspective de l'atteinte de l'OMD5 d'ici 2015 ; notamment (i) l'accroissement des fonds alloués à la santé et en particulier la santé maternelle ; (ii) l'amélioration de la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé maternelle, en particulier les services de PF, CPN, de maternité et de SONU ; (iii) le renforcement de la participation communautaire et (iv) le renforcement de la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de la santé maternelle.

3. Interventions susceptibles d'accélérer les cibles de l'OMD5

Face aux nouveaux besoins engendrés par les crises socio politiques successives, aux enjeux de l'atteinte des OMD, aux objectifs de la vision 2010 des Premières Dames d'Afrique de l'ouest et du centre et au plan d'action de Maputo, la politique de la Santé de la reproduction a été révisée en 2008. Parmi les composantes essentielles de cette politique figurent au premier plan la planification familiale et la maternité sans risque (consultation prénatale, accouchement surveillé par personnel qualifié et les SONU). C'est dans ce contexte que les trois (3) domaines d'interventions [**Planification Familiale (PF), Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et Surveillance de la grossesse et suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum**] - répertoriés dans les différents documents cadres nationaux - ont été choisis dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle.

Dans une vision d'accélération de l'atteinte de l'OMD 5 en Côte d'Ivoire, six (6) interventions clés préalablement alignées sur les objectifs des documents cadres nationaux, sont répertoriées ci-après, selon les domaines d'intervention choisis :

Planification Familiale (PF)

A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans

B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pédro, et dans les zones à forte densité de population

Surveillance de la grossesse et suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum

E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population

F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits et intrants stratégiques et des produits sanguins dans les zones non desservies

4. Analyse des goulots d'étranglement

Les travaux du CAO 5 en Côte d'Ivoire, ont permis d'identifier et de classer les goulots par interventions prioritaires. La priorisation de ces goulots s'est basée notamment sur l'ampleur de leur impact et la possibilité de les lever à travers l'existence de solutions concrètes. Ainsi 13 goulots ont été identifiés et répartis en 4 catégories : (i) Politique et planification, comportant 4 goulots ; (ii) Budget et Financement, avec 1 goulot ; (iii) Prestation (offre) de services, renfermant 7 goulots ; (iv) Utilisation (demande) des services, comportant 1 goulot.

Les 13 goulots se répartissent comme suit, selon les sept interventions clés (A à G) :

A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans

(A.1) Insuffisance des ressources pour l'acquisition et la gestion des produits contraceptifs en rapport avec la catégorie « budget et financement » ;

(A.2) Insuffisance de couverture des services de PF y compris le VIH, relatif à la catégorie de goulot « offre des services ».

B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain

(B.1) Faible participation communautaire dans la gestion des activités de PF et persistance des obstacles socio-culturels, appartient à la catégorie « utilisation/demande de services ».

C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

(C.1) Faiblesse du dispositif de gestion, de suivi et de contrôle de la mesure de gratuité relève de la catégorie de goulot « politique/planification/gouvernance ».

D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pédro, et dans les zones à forte densité de population

(D.1) Etat de vétusté et de dégradation très avancé des maternités et blocs opératoires aggravé par la crise plus particulièrement dans les régions du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, et du Gboklé-Nawa-San Pédro et les zones à forte densité de population, goulot appartenant à la catégorie « offre de services » ;

(D.2) Inégale répartition et insuffisance de stratégie de motivation de personnel formé en SONU;

(D.3) Faible disponibilité des données sanitaires représente un goulot de la catégorie « politique/planification/gouvernance » ;

(D.4) Faiblesse du système de référence et contre-référence des urgences obstétricales, appartient à la catégorie du goulot « offre de services ».

E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population

(E.1) Insuffisance de personnel formé, de moyens logistiques pour l'organisation des services intégrés de santé maternelle y compris les stratégies avancées et mobiles, goulot relatif à la catégorie « offre de services » ;

(E.2) Faible coordination et synergie des interventions SR/VIH, goulot relevant de la catégorie « offre de services ».

F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits et intrants stratégiques et des produits sanguins dans les zones non desservies

(F.1) Insuffisance de financement pour l'achat des produits et intrants stratégiques, relatif à la catégorie « budget/financement » ;

(F.2) Faiblesse de l'approvisionnement en produits sanguins par rapport aux besoins, goulot appartenant à la catégorie « offre de service » ;

(F.3) Faible capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement y compris les produits contraceptifs, s'inscrit dans la catégorie de goulot « offre de services ».

5. Solutions identifiées

Seize (16) solutions clés ont été identifiées et priorisées sur la base des documents de stratégies et des plans nationaux existants. Elles s'inscrivent toutes dans le court et moyen terme pour leur mise en œuvre. Trois des vingt trois solutions qui portent sur le plaidoyer sont regroupés en une seule solution transversale dénommée : « mener des plaidoyers efficaces et novateurs en vue de l'accroissement des ressources financières pour les interventions de santé maternelle ».

Les seize (16) solutions sont présentées en fonction des six interventions clés (A à F) ci-après :

A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans

(A.1.1) Accroître les ressources de l'Etat allouées à l'achat des produits contraceptifs ;
(A.1.2) Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources auprès du secteur privé, des partenaires bi et multilatéraux en faveur de la PF ; (A.2.1) Rendre fonctionnels 200 points de prestation par an pour l'offre de services de PF y compris le VIH, à raison de 150 structures de santé publiques et 50 centres de santé des entreprises privées.

B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain

(B.1.1) Former 400 relais communautaires par an et les équiper en kits et moyens logistiques pour la DBC et les activités de sensibilisation ; (B.1.2) d'organiser des campagnes d'information et de sensibilisation adaptées diffusées à travers les médias en langue locale avec l'implication des leaders communautaires et religieux.

C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

(C.1.1) Renforcer la gestion, le suivi et le contrôle pour une meilleure efficacité de la mesure de gratuité.

D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pédro, et dans les zones à forte densité de population

(D.1.1) réhabiliter et/ou équiper 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique, 200 maternités, et construire 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique par an dans les régions défavorisées et à forte densité de population ; (D.2.1) améliorer le redéploiement et les capacités en SONU des sages-femmes, infirmiers et médecins dans les régions défavorisées ; (D.2.2) Renforcer le système de motivation du personnel à travers le financement basé sur la performance et- les concours maternités accueillantes et cercles d'or; (D.3.1) renforcer les capacités de collecte, d'analyse, et de diffusion des structures en charge de la gestion des données de santé maternelle, à travers la formation et la fourniture en matériels informatiques ; (D.4.1) doter chaque district des zones défavorisées et à forte densité de population d'une ambulance et établir des partenariats incluant la contractualisation avec des compagnies de téléphonie mobile et des sociétés locales de transport pour les évacuations des urgences obstétricales.

E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population

(E.1.1) Renforcer les capacités des structures sanitaires dans le cadre de la réorganisation des services (personnel qualifié et moyens logistiques) pour l'offre des services intégrés de CPNr, PTME et CPoN y compris les stratégies avancée et mobile; en particulier dans les zones les plus défavorisées, d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population; (E.2.1) améliorer la coordination des interventions.

F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits et intrants stratégiques et des produits sanguins dans les zones non desservies

(F.1.1) Mobiliser des ressources additionnelles auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques ; (F.2.1) mettre en place 5 antennes de transfusion sanguine par an dans 5 régions sanitaires (à raison de 1 antenne par région), associant un système de collecte mobile ; (F.3.1) renforcer les capacités logistiques de la PSP à travers la formation, l'équipement, la dotation d'entrepôts décentralisés et de matériel informatique

6. Plan d'action et de mise en œuvre du CAO 5

Le Plan d'actions qui s'inscrit dans la continuité de la Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles néonatale et infantile 2008-2015, est l'un des principaux résultats du processus du cadre d'accélération de l'OMD 5. Il couvre une période de quatre ans allant de 2012 à 2015. Le montant total du budget du plan d'action du CAO 5 est estimé à **quatre vingt milliards neuf cent seize millions neuf cent soixante quatre mille (80 916 964 000) F CFA, soit 161 833 928 US Dollars ou 123 537 349 Euros.**

En 2012, le financement nécessaire s'élève à 19,5 milliards de FCFA. Il augmente à 21,8 milliards FCFA en 2013 du fait surtout que de nombreuses actions sont des préalables à des investissements ultérieurs. Il chute ensuite à 19,8 milliards en 2014 pour rester au même niveau (19,6 milliards) en 2015. Le financement des actions retenues dans le CAO 5 sera mobilisé auprès de nombreux acteurs diversifiés mais complémentaires. Ce sont : l'Etat, le secteur privé ivoirien, les Partenaires au développement dont les ONG internationales. La mobilisation des ressources financières auprès de ces différentes sources devra être effectuée dans une démarche concertée. Le Gouvernement de Côte d'Ivoire compte sur l'appui technique de l'équipe pays des Nations Unies, particulièrement les agences en charge de la santé, pour la formulation et les modalités de mise en œuvre des solutions identifiées.

Des ressources additionnelles seront nécessaires, spécialement pour les soins obstétricaux néonataux d'urgence, qui pourraient être satisfaits avec l'aide des bailleurs bilatéraux et multilatéraux. Les ONG et les organisations de la société civile soutiendront la mise en œuvre des solutions, spécialement celles visant la sensibilisation et le plaidoyer pour le changement de comportement, aussi bien que le suivi de la prestation des services. Le secteur privé sera aussi sollicité pour compléter l'offre des services du secteur public où existent des besoins additionnels non satisfaits.

Actions prévues dès 2012 :

La mise en œuvre du plan d'action 2012-2015 du CAO 5 repose sur un certain nombre de principes : (i) une forte appropriation du Gouvernement et des partenaires, (ii) un engagement fort des partenaires identifiés à mobiliser les financements requis, (iii) un système de suivi-évaluation du processus, (iv) la prise en considération du document du CAO 5 par tous les acteurs au développement intervenant dans le secteur de la santé maternelle (Agences du Système des Nations Unies, Banque Mondiale, Round 9 du Fonds Mondial, Union Européenne, PEPFAR, Coopération Française, Coopération Belge,...) comme une référence pour bien cibler leurs appuis financiers et techniques relativement aux six (6) interventions clés identifiées dans le CAO 5, (v) et le recentrage des stratégies et plans nationaux dans le domaine de la santé maternelle, pour tenir compte des priorités définies en matière d'accélération de l'OMD 5.



INTRODUCTION

La réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) s'effectue en Côte d'Ivoire dans un contexte de crise politico-militaire depuis septembre 2002. A cause de ce contexte, les progrès se sont avérés lents en dépit de ses fortes potentialités économiques et humaines, comme le souligne le rapport national 2010 sur les OMD. Avec un indice de développement humain (IDH) de 0,400 en 2011, la Côte d'Ivoire est classée à la 170^{ème} place sur 187 pays.

La crise post électorale de décembre 2010 à avril 2011, a causé de nombreuses pertes en vie humaine, (3000 décès selon les Nations Unies) et la destruction de biens publics et privés. Ses conséquences ont été marquées par le déplacement interne de 322 277 personnes réparties dans 163 localités du pays et 206 674 réfugiés dans les pays de la sous région (HCR, juin 2011). Au plus fort de la crise, ces déplacements internes ont concerné plus d'un million d'habitants. Le retour des déplacés se fait progressivement.

L'activité économique qui a progressé en termes réels au taux de 3% en 2009 a connu un léger recul en 2010 avec un taux de croissance économique de 2,4% contre une prévision de 3%. En 2011 le taux de croissance était de - 4,7%. La baisse des activités économiques a un impact négatif sur les progrès vers l'atteinte des OMD. Le taux de pauvreté qui était passé de 38,4% en 2002 à 48,9% en 2008 s'est probablement aggravé en 2011. Dans un tel contexte, les ménages ont eu encore du mal à subvenir à leurs besoins essentiels, notamment ceux liés à la santé, l'éducation et l'alimentation.

L'économie nationale enregistre néanmoins quelques signes encourageants caractérisés principalement par la reprise des activités d'exportation surtout agricole et l'importation de produits de grande consommation, la fourniture des services publics aux usagers et le paiement de la dette intérieure aux entreprises. Concernant la santé, des mesures urgentes ont été prises par le Gouvernement consistant en la gratuité des soins et la fourniture de médicaments. La restauration de l'autorité de l'Etat se fait progressivement avec le redéploiement des services de l'administration publique, l'adoption d'un programme de travail gouvernemental de juillet à décembre 2011. Malgré ces efforts de normalisation, la réconciliation et la cohésion sociale restent à construire.

La Côte d'Ivoire a réalisé des progrès relativement lents en matière d'amélioration de la santé maternelle. Au regard de l'objectif fixé à 149 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015 (DSRP 2009-2013), le taux de mortalité maternelle est passé de 597 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS-1994) à 543 (EIS 2005) puis 470 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Estimations Nations Unies, 2008). Ainsi, chaque jour, 16 femmes meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement en Côte d'Ivoire, le plus souvent en raison de problèmes médicaux pouvant être évités ou soignés. Pour chaque femme qui meurt, 20 autres femmes souffrent de blessures ou d'invalidités qui peuvent perdurer toute leur vie, leur faisant perdre leur bien-être physique et leurs moyens de subsistance.

L'objectif de réduire de trois quart le taux de mortalité maternelle à l'horizon 2015 requiert donc des efforts supplémentaires sur la période 2012-2015 en Côte d'Ivoire. Dans ce contexte, le **Cadre d'accélération de la réalisation des OMD (CAO) offre un moyen systématique** de repérer les goulots d'étranglement qui ralentissent la mise en œuvre des stratégies et politiques axées sur l'OMD 5. Le CAO permet également de formuler des solutions à impact rapide, structurées sous la forme d'un plan d'action assurant la mise en

cohérence et la création de synergies dans les interventions des pouvoirs publics et des partenaires au développement pour permettre à la Côte d'Ivoire d'atteindre l'OMD 5.

En se focalisant sur l'**OMD5 «Améliorer la santé maternelle »**, avec deux cibles à savoir «Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle» et «Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015», la Côte d'Ivoire accorde une priorité à sauver la vie des femmes, mais également à accroître leur bien-être économique et social, améliorer la vie de leurs enfants et de leur famille et réduire la pauvreté. Cette volonté politique du Gouvernement se traduit entre autres par la gratuité des soins de santé pour toutes les populations en particulier les plus vulnérables et du bénéfice à investir dans les programmes de santé maternelle.

Sous le leadership du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) et avec l'appui technique et financier des partenaires au développement, le Gouvernement a entrepris la formulation du Cadre d'accélération de l'OMD 5 (CAO 5) suivant un processus participatif et itératif d'élaboration et de validation. Ce processus a impliqué, outre les structures nationales, des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le secteur privé et la société civile. Une équipe technique nationale composée du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (Direction de Prospective, de Planification et de Stratégies, Direction de la Coordination du Programme National de Santé de la Reproduction) ; du Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement (Secrétariat Technique Permanent du DSRP) ; de l'UNFPA ; du PNUD ; et de l'Unité de Coordination du Système des Nations Unies a été mise en place et deux personnes ressources ont été recrutées au niveau national pour mener au quotidien, au sein de l'équipe, la rédaction du CAO 5.

Un atelier méthodologique d'élaboration du CAO 5 a été organisé du 23 au 25 Novembre 2011 par le MSLS. L'atelier qui a vu la participation de 42 personnes issues de la Présidence de la République, de la Primature, du Ministère d'Etat Ministère du Plan et Développement, Ministère de Santé et Lutte contre le Sida, Ministère de la Femme, de la Famille et de l'enfant, Ministère de l'Economie et des Finances, des collectivités territoriales, du secteur privé, des organisations de la société civile, et des partenaires au développement (SNU, PEPFAR, Banque Mondiale) a été animé principalement par une personne ressource du Bureau Régional du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) de Dakar. Il a servi de cadre d'information et de sensibilisation des acteurs sur le processus d'élaboration du CAO, de renforcement de leurs capacités sur la méthodologie de formulation du CAO (identification et analyse des interventions prioritaires, des goulots d'étranglements, proposition de solutions).

Le rapport préliminaire rédigé par les consultants a permis de passer en revue les interventions proposées ainsi que les goulots d'étranglements et les solutions à la levée de ces goulots. Enfin, des recommandations et orientations ont été formulées en vue de la finalisation du CAO. Selon ces recommandations, plusieurs rencontres et consultations ont eu lieu en vue de recueillir les contributions des structures impliquées dans la santé maternelle dans le but d'améliorer le CAO 5. Ainsi, au moyen du **Cadre d'accélération de l'OMD5 retenu**, la Côte d'Ivoire a déterminé les facteurs qui entravent leurs progrès et élaboré des solutions d'accélération. Pour chacune de ces solutions, un ensemble d'interventions est défini et les partenaires les mieux positionnés pour les mettre à exécution identifiés.

Le présent document s'articule autour des points suivants :

- i. Progrès et défis dans l'atteinte de l'OMD 5 en Côte d'Ivoire ;
- ii. Interventions stratégiques ;
- iii. Analyse des goulots d'étranglement des interventions prioritaires ;
- iv. Solutions d'accélération ;
- v. Plan d'action pour la mise en œuvre des solutions et dispositif de suivi-évaluation.

Chapitre 1 : PROGRES ET DEFIS DANS L'ATTEINTE DE L'OMD5

1.1. - Aperçu global des OMD en Côte d'Ivoire

La Déclaration du Millénaire adoptée par la Communauté Internationale en septembre 2000, s'inscrit dans une approche consensuelle et participative du développement des Etats.

En Côte d'Ivoire, les tendances observées montrent que les probabilités pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) restent hypothétiques si des efforts vigoureux ne sont pas entrepris.

En effet, concernant ***l'OMD 1*** qui vise à *réduire l'extrême pauvreté et la faim*, l'évolution des indicateurs révèle des tendances peu encourageantes, avec un taux de pauvreté qui est passé de 38,4% en 2002 à 48,9% en 2008.

En ce qui concerne ***l'OMD 2*** (*assurer l'éducation primaire pour tous*), le taux net de scolarisation (TNS) s'est maintenu autour de 56% entre 2002 (56,5%) et 2008 (56,1% avec 58,8% chez les garçons et 53,1% chez les filles).

L'OMD 3 visant à *promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes* montre que dans l'enseignement primaire, des progrès ont été enregistrés au niveau de la parité entre les sexes qui est passée de 0,81 en 2000 à 0,88 en 2008.

L'OMD 4 relatif à *la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans*, enregistre une régression du taux de mortalité infantile (enfants de moins de 5 ans) de 1998 à 2005, passant de 181 pour 1.000 naissances vivantes à 125 pour 1.000 naissances vivantes.

Quant à ***l'OMD 5***, il concerne *l'amélioration de la santé maternelle* dont les données révèlent une lente amélioration des indicateurs (de 597 pour 100.000 naissances vivantes en 1994-EDS à 543 pour 100.000 naissances vivantes en 2005-EIS, et 470 pour 100.000 naissances vivantes en 2008- Estimation Nations Unies 2008).

Pour ce qui est de ***l'OMD 6*** qui vise à *combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies*, les indicateurs relatifs au VIH/sida affichent une progression favorable, tandis que ceux de la tuberculose demeurent préoccupants.

L'OMD 7 portant sur *les mesures à prendre pour assurer un environnement durable*, montre que le couvert forestier est en décroissance continue et que les émissions de CO2 sont en croissance du fait de l'entrée en service des centrales thermiques, de l'utilisation accrue de fertilisants agricoles et de l'augmentation du parc automobile. Les ressources en eau sont menacées par des problèmes de pollution et de dégradation globale des sols dus aux activités humaines.

Concernant ***l'OMD 8***, il vise à *mettre en place un partenariat mondial pour le développement*. Celui-ci requiert le respect des engagements de Copenhague et l'accroissement de l'aide publique au développement (APD). Bien que les indicateurs relatifs à l'accès aux marchés montrent une présence diversifiée de produits ivoiriens sur les marchés internationaux, des mesures demeurent nécessaires pour intensifier les échanges surtout avec les pays de la sous-région. Dans le secteur des technologies de l'information et de la communication, les tarifs et les coûts d'accès à la téléphonie mobile restent relativement élevés malgré son expansion remarquable.

Au vu de ce qui précède, de nombreux obstacles demeurent encore sur le chemin de l'atteinte des cibles des OMD. Leur progression demeure encore trop lente pour inverser la tendance. Avec un tel rythme et au regard des perspectives de croissance, il sera difficile d'atteindre les cibles fixées à l'horizon 2015 par le gouvernement, comme le montre le tableau de synthèse sur les progrès vers les OMD.

Tableau 1 : Situation des indicateurs OMD en 2008 et objectifs visés en 2013 – 2015

| OBJECTIFS ET CIBLES | INDICATEURS DE SUIVI DES PROGRES | SOURCES | Unité | 1994 | 1998 | 2002 | 2005 | 2008 | 2013 | 2015 |
|--|--|---------|---------|----------|------------|------------|------|------------|------|------|
| Objectif 1: Éliminer l'extrême pauvreté et la faim | | | | | | | | | | |
| Cible 1A: Réduire de moitié entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour | 1.1 Proportion de la population vivant avec un revenu annuel inférieur au seuil national de pauvreté | INS | (p 100) | | 33,6 (ENV) | 38,4 (ENV) | | 48,9 (ENV) | 33,6 | 16,2 |
| | 1.2 Indice d'écart de la pauvreté | INS | (p 100) | | 10,3 (ENV) | 12,9 (ENV) | | 18,2 (ENV) | | |
| | 1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale | INS | (p 100) | | 6,9 (ENV) | 5,1 (ENV) | | 06 | | |
| Cible 1B: Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif | 1.4 Taux de croissance du PIB par personne occupée | INS | (p 100) | | 2,4 | 1,4 | -3,0 | | | |
| | 1,5 Ratio emploi/population | INS | (p 100) | | 37,2 | 37,8 | 35,6 | | | |
| | 1.6 Proportion de la population occupée disposant de moins de 1 dollar PPA par jour | INS | (p 100) | | | | | 46,9 | | |
| | 1.7 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée | INS | (p 100) | | | | | 77 | | |
| Cible 1C: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim | 1.8. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale | INS | (p 100) | 23,8 | 21,2 | 21,7 | | 20,2 | 15 | 10 |
| Objectif 2: Assurer l'éducation primaire pour tous | | | | | | | | | | |
| Cible 2A: D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires | 2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire | INS | (p 100) | 54,6 EDS | 52,6 ENV | 56,5 ENV | | 56,1 ENV | 60 | 70 |
| | 2.1.a Masculin | INS | (p 100) | 59,3 EDS | 52,4 ENV | | | | | |
| | 2.1.b Féminin | INS | (p 100) | 50 EDS | 48,4 ENV | | | | | |
| | Taux Brut d'Admission au CP1 | MEN | (p 100) | | | 66,4 | | 76,9 | | |
| | a. Masculin | MEN | (p 100) | | | 69,9 | | 83,9 | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------|----------------|--|--------------|---------------|-------------|------|------|
| | b. Féminin | MEN | (p 100) | | | 62,8 | | 70,0 | | |
| | 2.2.1 Taux d'achèvement du cycle primaire | MEN | (p 100) | 45,7 | | 45 | | 51,1 | 48 | 60 |
| | 2.2.1.a Masculin | | | | | 52,7 | | 59,8 | | |
| | 2.2.1.b Féminin | | | | | 36,8 | | 42,2 | | |
| | 2.3 Taux d'alphabétisation des 15-24 ans, femmes et hommes | INS | (p 100) | | | 47,1 ENV | 58,9 ENV | 52,8 ENV | 60 | 65 |
| | 2.3.a Masculin | INS | (p 100) | | | 54,4 ENV | | | | |
| | 2.3.b Féminin | INS | (p 100) | | | 39,8 ENV | | | | |
| Objectif 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes | | | | | | | | | | |
| Cible 3A: Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard | 3.1.a Indice de parité entre sexes dans l'enseignement primaire | INS/MICS | | | | 0,76 | | 0,88 | 0,9 | 1,0 |
| | 3.1.b Rapport filles/garçons dans l'enseignement secondaire | MEN/DIPES Routines | (p 100) | 48,0 | | 52,1 | | 63,9 | 65,0 | 75,0 |
| | 3.1.c Rapport filles/garçons dans l'enseignement supérieur | MESRS/DIPE Routines | (p 100) | | | 37,0 | | 56,1 | | |
| | 3.2 Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole | INS/ENV 2008 | (p 100) | | | 20 (ENV) | 22,3 (ENV) | | | |
| | 3.3 Proportion des sièges occupés par les femmes au parlement national | Assemblée Nationale (JO) | (p 100) | 4,6 | | 8,0 | 8,5 | | 8,50 | 17,0 |
| Objectif 4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans | | | | | | | | | | |
| Cible 4A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans | 4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans | INS | (p 1000) | 149,5 (EDS) | | 181 (EDS) | | 125 (EIS) | 88 | 50 |
| | 4.2 Taux de mortalité infantile | INS | (p 1000) | 88,5 (EDS) | | 112 (EDS) | | 84 (EIS) | 62 | 32 |
| | 4.3 Proportion d'enfants d' 1 an vaccinés contre la rougeole | PEV(Rapport activité- Données de Routine) | (p 1000) | | | 66,0 | 056 | 50 | | |
| Objectif 5: Améliorer | | | | | | | | | | |

| la santé maternelle | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-------------|--------------|------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|------|------|
| Cible 5A: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle | 5.1 Taux de mortalité maternelle | EIS, EDS, UN | (p 100 000) | 597 (EDS) | | | 543 (EIS) | 470 (UN) | 345 | 149 |
| | 5.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié | INS, EDS, ENV, EIS | (p 100) | 45 (EDS) | 47 (EDS) | 51,9 (ENV 2008) | 55 (EIS) | 56,8 (ENV 2008) | 80 | 90 |
| Cible 5B: Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 5.3 Taux de contraception | 5.3 Taux de contraception (méthode moderne) | EDS, MICS | (p 100) | 4 (EDS) | 7 (EDS) | | | 8 (MICS 2006) | | |
| | 5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes | INS | (p 100) | | | | 24 (EIS) | | | |
| | 5.5 Couverture des soins prénatals (au une moins une visite et au moins quatre visites) | MICS AS 2009 EDS AS 2008 | (p 100) | | 84 (CNP1) 35 (CNP4) | | 87 (EIS CNP1) 45 (EIS) | 55 (CNP1) 17 (CNP4) | | |
| | 5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale | EDS MICS- | (p 100) | | 49 | | 29 | | | |
| Objectif 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies | | | | | | | | | | |
| Cible 6A: D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle | 6.1 Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans | EIS Enquête de | (p 100) | | | | 1,4 (EIS) | | | |
| | Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes vues en consultation prénatale | (Séro surveillance sentinelle) UNGASS-EIS UNGASS-EIS | (p 100) | | 10,5 | 9,7 | 8,2 | | 4,00 | 2,00 |
| | Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes vues en consultation prénatale âgé de 15 à 24 ans | (Sérosurveillance sentinelle) UNGASS-EIS | (p 100) | | 8,84 | 6,28 | | 3,3% | | |
| | Taux de prévalence du VIH/Sida | Estimation (UNGASS) | (p 100) | 6 | 7,4 | 6,1 | 4,7 (EIS) | 3,7 | 2,5 | 1,8 |
| | 6.2 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque | INS-EIS | (p 100) | | | | 39,4 (EIS) | | | |
| | 6.3 Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida | INS-EIS | (p 100) | | | | 18 (EIS) | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------|-------|--------|--------|----------------|------------|-----|----------------------|
| | Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans | UNGASS | (p 100) | | | | | | | |
| Cible 6B: D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida | 6.5 Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux | UNGASS DIPE | (p 100) | | | | | 31,6 | | |
| | Population sous ARV | UNGASS DIPE | (p 100) | | | | 17 404 | 51820 | | |
| Cible 6C: D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle | 6.6.a Incidence du paludisme | PNLP (Routine) | (p 1000) | | 92,77 | 78,84 | 77,29 | 80,3 | 120 | 110 |
| | 6.6.b Létalité hospitalière du paludisme | PNLP (Routine) | (p 100) | | 3,4 | 4,4 | | 4,4 | 3 | 0 |
| | 6.7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires | PNLP (Routine) | (p 100) | | | | | | | |
| | Taux d'utilisation de la moustiquaire imprégnée | PNLP (Routine) | (p 100) | | | 7 | | 14,8% | 15 | 60 |
| | 6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens | PNLP (Routine) | (p 100) | | | | | | | |
| | 6.9.a Incidence de la tuberculose | PNLT/DIPE | (p 100.000) | 77 | 97 | 95 | 111 | 125 | | |
| | 6.9.b Taux de mortalité pour la forme la plus contagieuse de la tuberculose | PNLP (Routine) | (p 100.000) | | | 4 | 6 | 7 | | |
| | 6.10 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à | PNLT (Stratégie DOTS) | (p 100.000) | | | | 94% | 100% | | |
| Objectif 7: Assurer un environnement durable | | | | | | | | | | |
| Cible 7A: Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources | 7.1 Proportion de zones forestières | INS / FAO / SODEFOR | (p 100) | | | | 19,77 2005) | (GFRA(PDF | | 20 1988- 2015) |
| | 7.2 Emissions de CO2 (total, par habitant et pour un dollar du PIB, en parité du pouvoir d'achat) | MINEEF/Projet changements climatiques (Données de routine) | Giga gramme | | | | | | | |
| Cible 7B: Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative | 7.3 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone | MINEEF/ Projet ozone (Données de routine) | Tonne | 350,6 | 420,71 | 156,44 | 178,5 | 217 | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| du taux de perte | 7.5 Proportion de ressources d'eau totales Utilisées | MINEEF/Direct ion des Ressources en Eau | (p 100) | | | | 5,6 | | | 8,4 |
| | 7.6 Proportion de zones terrestres et marines Protégées | MINEEF / OIPR(Données de routine) | | 19,42 | 19,42 | 19,42 | 19,43 | 19,43 | 19,45 | 19,45 |
| | Proportion des zones protégées pour préserver la Biodiversité | MINEEF/OIPR/ SODEFOR (Données de routine) | (p 100) | | | 7,2 | | | | |
| | 7.7.a Proportion des Reptiles menacés d'extinction | MINEEF/ Direction de la Faune (Données de routine) | (p 100) | | | | | | | |
| | 7.7.b Proportion des Oiseaux menacés d'extinction | | (p 100) | | | | | | | |
| | 7.7.c Proportion des Mammifères menacés d'extinction | | (p 100) | | | | | | | |
| Cible 7C: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base | 7.8.1 .Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau meilleure | MIE/ ONEP/ | (p 100) | | 46 | 51,2 | | 61 | 76,50 | 82,50 |
| | 7.8.1.a Urbain | | (p 100) | | 55,7 | 61 | | 50 | | 70,2 |
| | 7.8.1.b Rural | | (p 100) | | 38,1 | 43,8 | | 73 | | 66,7 |
| | 7.9.1 Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement | MCUH/INS /MPD | (p 100) | | 67,4 | 60,9 | | 57,00 | | 81 |
| | 7.9.1.1 Urbain | MCUH/ ENSEA/ INS / | (p 100) | | 96,1 | 91,5 | | | | 97 |
| | 7.9.1.2 Rural | MCUH/ INS/ ENSEA/ MPD | (p 100) | | 44,1 | 37,5 | | | | 69,5 |
| Cible 7D: Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis | 7.10.1 Proportion des ménages ayant accès à un logement décent | MCUH / INS (ENV | (p 100) | | 26,4 | 27,1 | | 30,0 | | |
| | 7.10.1.a Urbain | | (p 100) | | 39,7 | 43,8 | | | | |
| | 7.10.1.b Rural | | (p 100) | | 15,1 | 13,6 | | | | |

| Objectif 8: Mettre en place un partenariat mondial pour le développement | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------|---------|-------|-------|-------|------|-------|--|--|
| <p>Cible 8A: Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire.</p> <p>Comprend un engagement en faveur d'une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, au niveau tant national qu'international</p> <p>Cible 8B: Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés</p> <p>Suppose l'admission en franchise et hors contingents des produits exportés par les pays les moins avancés, l'application d'un programme renforcé d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTÉ) et l'annulation des dettes publiques bilatérales, ainsi que l'octroi d'une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté</p> | Proportion de l'APD consacrée aux services sociaux de base | MEF(2010) | (p 100) | 0,00 | 10,98 | 5,76 | 4,00 | 50,00 | | |
| | 8.2.a Proportion de l'APD bilatérale totale des pays du CAD/OCDE consacrée au secteur "éducation de base" | MEF(2010) | (p 100) | 0,00 | 9,22 | 1,85 | 0,00 | 0,00 | | |
| | 8.2.b Proportion de l'APD bilatérale totale des pays du CAD/OCDE consacrée au secteur "soins de santé primaires" | MEF(2010) | (p 100) | 0,00 | 1,76 | 3,90 | 0,00 | 0,00 | | |
| | 8.2.c Proportion de l'APD bilatérale totale des pays du CAD/OCDE consacrée au secteur "eau salubre" | MEF(2010) | (p 100) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 4,00 | 50,00 | | |
| | Proportion de l'APD qui est déliée (non affectée) (2010) | MEF | (p 100) | 80,49 | 0,25 | 12,97 | 1,26 | 0,00 | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------------|-------|-------|-------|---------|--------|--|--|
| <p>Cible 8C: Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits Etats insulaires en développement (en appliquant le Programme d'action pour le développement durable des petits Etats insulaires en développement et les décisions issues de la vingt - deuxième session extraordinaire de l'Assemblée Générale)</p> <p>Cible 8D: Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement viable à long terme</p> | 8.11 Allègement de la dette annoncé au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) | MEF | (milliard fca) | | | | | | | |
| | 8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services | MEF | (p 100) | 36,17 | 21,30 | 14,08 | 12,75 | 9,50 | | |
| | 8.12 Service de la dette, en pourcentage des exportations de biens et services | MEF/BCEAO (2010) | | 43,41 | 23,14 | 22,60 | 12,75 | 9,50 | | |
| Cible 8E: En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement | 8.13.1 Indice de satisfaction de la demande en médicaments des formations sanitaires publiques, religieuses et communautaires | MSHP (PSP) | (p 100) | | 87,00 | 89,00 | 97,60 | 92,40 | | |
| | Taux de rupture de stock | MSHP (PSP) | (p 100) | | | | 13,00 | 46,00 | | |
| | Valeur du stock | MSHP (PSP) | (million de FCFA) | | | | 7872,93 | 4858,1 | | |
| Cible 8F: En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous | 8.14 Nombre de lignes fixes, pour 100 Habitants | ATCI | (p 100) | | 0,50 | 1,90 | 1,36 | 1,71 | | |
| | 8.15 Abonnés à un service de téléphone mobile, pour 100 habitants | ATCI | (p 100) | | 0,60 | 5,90 | 11,86 | 50,11 | | |
| | 8.16 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants | ATCI | (p 100) | | | 0,10 | | | | |

(Source : Rapport National OMD 2010)

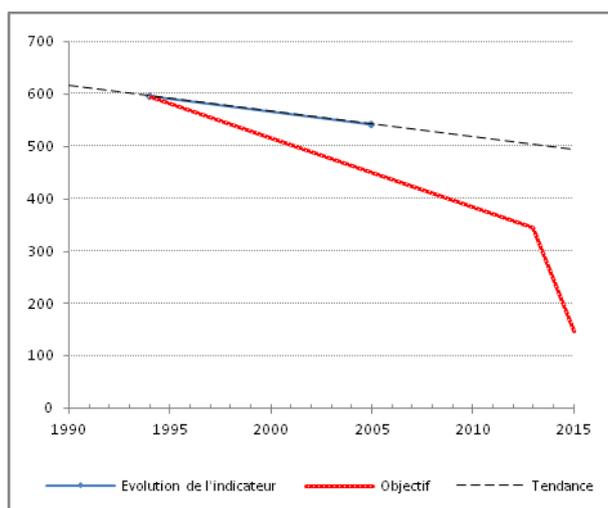
1.2. - Situation de la santé maternelle en Côte d'Ivoire

L'OMD5 «Améliorer la santé maternelle » a deux cibles, notamment «Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle» et «Rendre l'accès à la santé reproductive universel d'ici à 2015»

Cible 5 A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le ratio de mortalité maternelle.

Mortalité maternelle : La mortalité maternelle se définit par « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni accidentelle ni fortuite* ».

De par son niveau élevé (543 décès pour 100 000 NV en 2005 et 470 en 2008), la mortalité maternelle demeure une préoccupation constante en Côte d'Ivoire. Et cela, malgré d'importants efforts entrepris par le gouvernement avec l'appui des partenaires au développement pour inverser les tendances. Il en est de même pour la mortalité néonatale (41 ‰), la mortalité infantile (84 ‰)¹ et la séroprévalence du VIH/Sida chez la femme enceinte (4,5%)².



Graphique 1 : Tendence de régression du taux de mortalité maternelle (INS)

Comme l'indique le graphique ci-dessus relatif à la tendance de régression du taux de mortalité maternelle, **le Taux Annuel Moyen de Régression (TAMR) de la mortalité maternelle au cours de la période de 1994 à 2008 est de 1,5%**. A ce rythme, le taux de mortalité maternelle sera de 441 décès maternels pour 100 000 NV en 2015. Ce qui est loin de la **cible 5A** (149 décès maternel pour 100 000 naissances vivantes).

En considérant le taux actuel de mortalité maternelle de 470 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, **le TAMR de la mortalité maternelle au cours de la période de 2012-2015 devrait être de 17,1%**, si l'on veut atteindre la cible 5A en 2015.

Le taux élevé de la mortalité maternelle s'explique par des causes obstétricales directes

¹ Source : EIS 2005

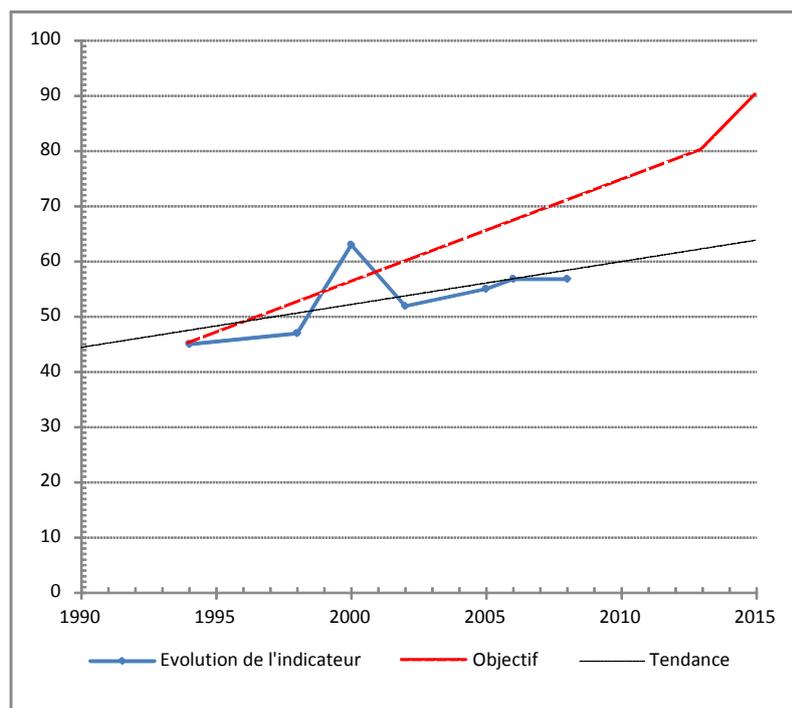
² Source : MSLS/DIPE 2008

(hémorragie de la délivrance, infection, éclampsie, travail dystocique et complication d'avortement) et indirectes (paludisme, anémie, HTA, VIH/Sida)
 Hormis ces deux types de causes la maternité à moindre risque est entravée par des facteurs endogènes et exogènes se traduisant par quatre TROP et trois RETARDS.

Les quatre TROP sont : (i) les grossesses trop nombreuses (plus de 6 enfants), (ii) les grossesses trop rapprochées (moins de 2 ans), les grossesses survenues trop tard (plus de 35 ans), (iv) les grossesses survenues trop tôt (moins de 20 ans).

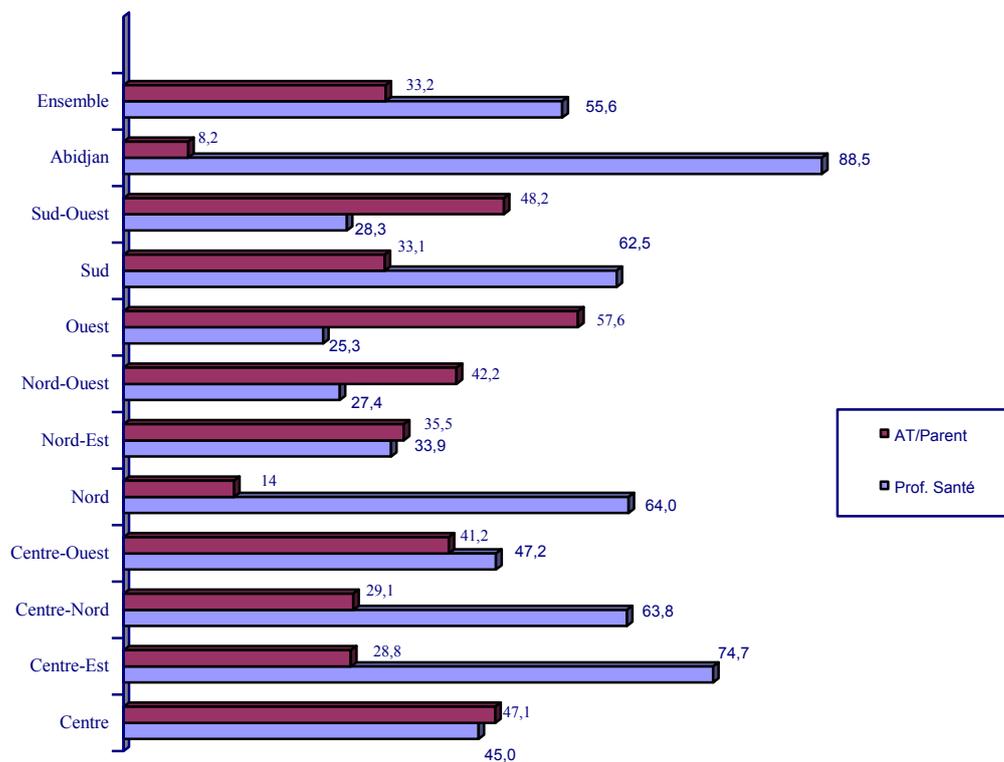
Les trois RETARDS sont: (i) le retard dans la prise de décision pour consulter le service de santé (faible pouvoir de décision de la femme, faible revenu des ménages et pesanteurs socioculturelles) ; (ii) le retard pris pour arriver à une structure sanitaire (état défectueux des routes, éloignement des établissements sanitaires, manque/insuffisance de moyens de transport, faible revenu des ménages), et (iii) le retard pris dans la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales (faible plateau technique, insuffisance/absence de personnels, mauvaise organisation des services).

Assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié : La couverture des accouchements assistés par un personnel de santé a été choisie dans le secteur de la santé comme un des indicateurs déclencheurs de l'initiative PPTe. Cet indicateur a progressé mais reste faible. Il est évalué à 56% (EIS-2005) avec une inégale répartition dans le pays.



Source : DIPE

Graphique 2 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié



Graphique 3 : Proportion des naissances assistées par un professionnel de santé ou par des accoucheuses traditionnelles et parents.
Source: EIS 2005

Les disparités régionales pour l'accouchement assisté par un personnel qualifié sont très importantes passant de 88,5% à Abidjan, à 33,9% dans la zone Nord-est, 27,4% et 25,3% respectivement dans le nord-ouest et l'ouest (EIS 2005).

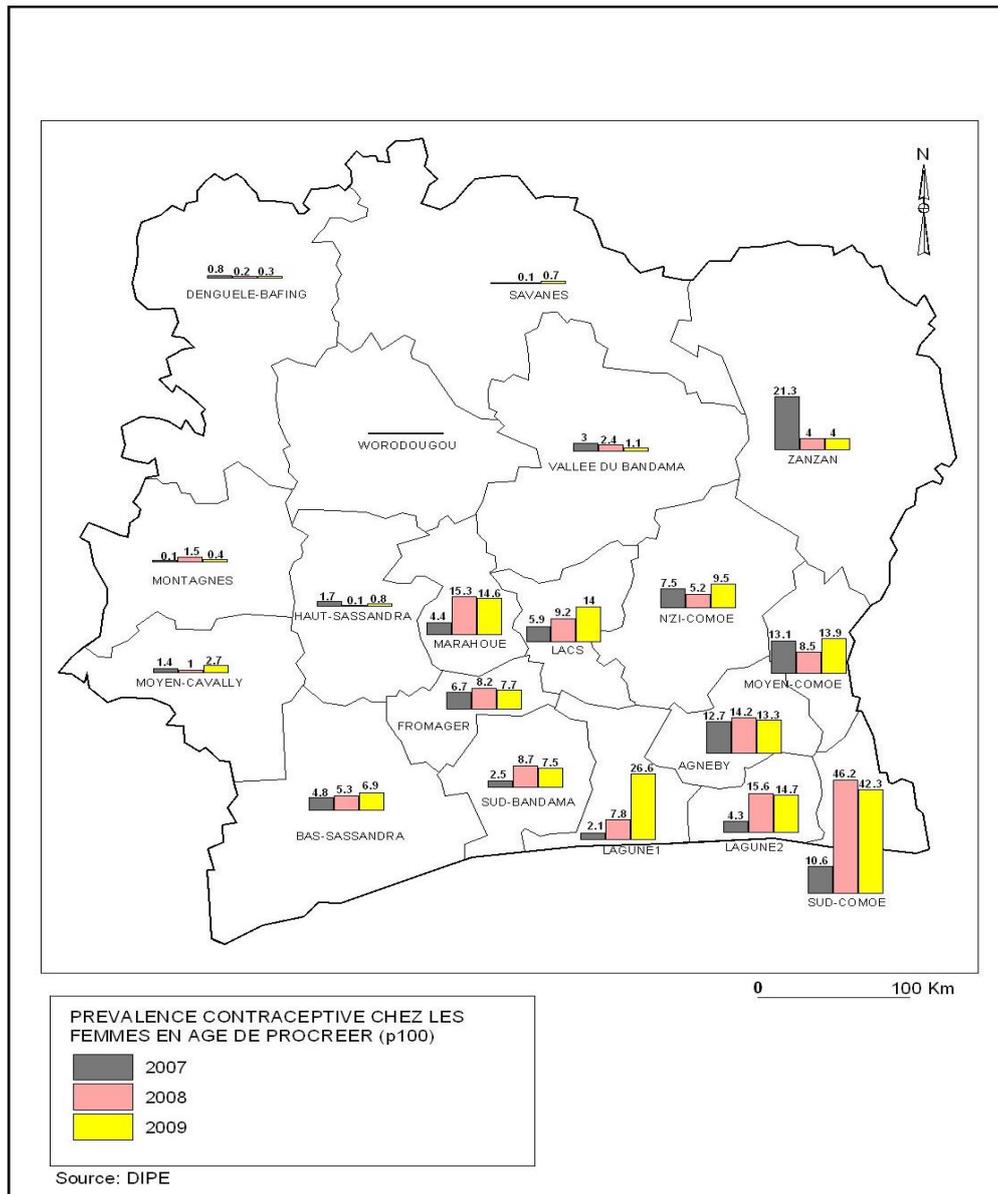
Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) : Les besoins satisfaits en matière de SONU sont faibles. Seules 39,5% (Enquête SONU 2010) des complications obstétricales attendues en 2010 ont été prises en charge. Par ailleurs, la pratique de la césarienne reste peu courante et se situe en 2010 à 1,8% (Enquête SONU 2010) contre un minimum de 5% et un maximum de 15% que préconisent les directives de l'OMS. De même, le taux de létalité lié aux complications obstétricales est de 3% en 2010 (Enquête SONU, 2010) contre moins de 1% selon l'OMS. Parmi les décès enregistrés dans les structures de santé dans la ville d'Abidjan, 8% représentent les femmes enceintes arrivées trop tard dans les établissements sanitaires (DC-PNSR, 2006).

Avortement : Selon l'enquête AIBEF 2008, 5000 cas de grossesses par an sont rapportés parmi les filles scolarisées. Plus de deux femmes sur cinq ayant déjà contracté une grossesse déclarent avoir avorté au moins une fois. La plupart de ces avortements a lieu durant l'adolescence (15-19 ans) et entre 20 et 30 ans, chez les femmes célibataires, sans niveau d'instruction ou de niveau d'instruction primaire ou secondaire premier cycle, qui n'ont jamais utilisé la contraception. Plus de la moitié (55,8 %) de ces femmes ont déclaré avoir déjà eu des complications suite à ces avortements à risque.

Cible 5 B : L'accès universel à la santé de la reproduction d'ici à 2015.

Utilisation des moyens modernes de contraception : En Côte d'Ivoire, l'utilisation des méthodes modernes de contraception chez les femmes en union demeure très restreinte. Le taux de prévalence contraceptive est passé de 4% à 10% de 1994 à 1998 (EDS, 98), puis de 5,37% en 2007 à 9,5% en 2009 (RSS, 2007-2009).

Carte 1: Prévalence contraceptive en Côte d'Ivoire, de 2007 à 2009



La carte ci-dessus montre les disparités régionales au niveau de la prévalence contraceptive. Elle varie de 42% dans la région du Sud Comoé et à moins de 5 % dans les régions du Kabadougou-Bafing-Folon, du Poro-Tchologo-Bagoué, du Tonkpi, du Haut Sassandra, du Cavally-Guémon, du Boukani-Gontougou, du Gbêkè et du Hambol en 2009.

Les taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes confondues) de la Côte d'Ivoire (13%), du Sénégal (11,8%) et du Mali (8,2%) font partie des taux les plus bas de la sous région ouest africaine en comparaison à ceux du Ghana (23,5%) et du Cap Vert (61,3%) selon les statistiques sanitaires de l'OMS en 2011.

L'évolution du taux de prévalence contraceptive (de 4% à 9.5%) explique notamment la baisse de l'indice synthétique de fécondité qui est passé de 7,2 enfants par femme en 1981 [Enquête Ivoirienne sur la Fécondité 1980-81] à 4,6 enfants en 2005 (EIS 2005). Cependant, il existe des différences frappantes entre les catégories sociales. En effet, le niveau de la fécondité est nettement plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural (3,6 contre 5,5 enfants) et chez les femmes des ménages les plus riches (3,2) que chez les femmes des ménages les plus pauvres (6,1) (EIS 2005).

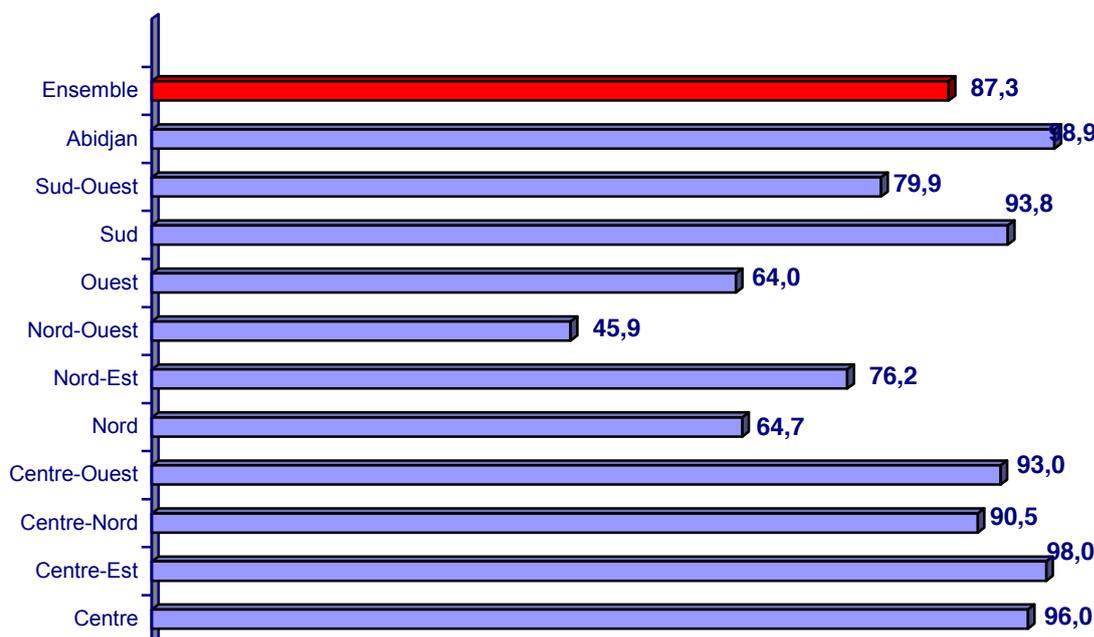
Ce faible niveau de la prévalence contraceptive résulte de l'insuffisance d'intégration de la planification familiale dans le paquet minimum d'activités des établissements sanitaires (33%) et de la faible mobilisation des populations pour la maîtrise de la fécondité.

L'accès à la planification familiale peut réduire les décès maternels de 25 % à 40 % (OMS) et permettre une diminution allant jusqu'à 20 % des décès chez les enfants de moins de 1 an. En effet, la planification familiale diminue le taux de mortalité maternelle en (i) réduisant le nombre absolu de complications, de grossesses non désirées et d'avortements, (ii) évitant les grossesses précoces, tardives, trop fréquentes ou trop rapprochées.

Entre 1998 et 2006, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale ont enregistré une réduction notable en passant de 49% à 29% (Plan Stratégique SR 2010-2014). Toutefois, les besoins demeurent importants, d'où la nécessité de multiplier les efforts pour le passage à échelle de la Planification Familiale.

Taux de natalité chez les adolescents : Le taux de natalité parmi les adolescentes était de 24 % en 2005 (EIS 2005). On note que trois jeunes femmes de 15-19 ans sur dix (30 %) ont déjà commencé leur vie féconde ; 24 % ont déjà eu au moins un enfant et 6 % sont enceintes pour la première fois. À 17 ans, cette proportion est déjà d'un tiers (33 %) et à 19 ans elle concerne 48 % des jeunes filles dont la grande majorité (41 %) a déjà eu au moins un enfant (EIS 2005). Cette situation s'explique par la précocité des rapports sexuels (en moyenne à 14 ans) et aux mariages précoces (avant l'âge de 18 ans - 35% chez les filles et 4% chez les garçons). En outre 48% des enseignants ont avoué avoir des rapports sexuels avec leurs élèves (Enquête CAP, DMOSS 2010).

Surveillance de la grossesse : La couverture en soins prénatals de premier rang est de 87 contre 45% (EIS-2005) pour les consultations prénatales de rang quatre. Ces proportions sont inégalement réparties. En effet, le graphique 2 ci-dessous montre des disparités de la CPN 1 allant de 98,9% à Abidjan, à 64,7% dans le nord et 45,9% dans le Nord-ouest (EIS 2005). La proportion de femmes qui consultent les accoucheuses traditionnelles est de 4% (EIS-2005), tandis que celles qui ne consultent personne au cours de la grossesse représente 7%.



Graphique 4: Couverture des soins prénatals de rang un
Source: EIS 2005

1.3. – Impact de l'amélioration de la santé maternelle (OMD5) sur les OMD 1, 3, 4 et 6

Les interventions visant à améliorer la santé maternelle (OMD 5) ont une incidence sur le cycle de la pauvreté (OMD 1) et permettent également de réaliser l'autonomisation des femmes (OMD 3), d'améliorer la santé de l'enfant (OMD 4) et de lutter contre l'infection à VIH, le paludisme et la tuberculose (OMD 6).

Extrême pauvreté et faim (OMD 1) : La mortalité maternelle et néonatale entraîne une perte de productivité importante qui constitue une charge énorme pour un pays en développement comme la Côte d'Ivoire. Quand les femmes et les nouveaux nés survivent, les familles, les communautés, les nations prospèrent. La réduction de la mortalité maternelle s'accompagne d'un ensemble d'autres avantages pour le développement, notamment la réduction de la pauvreté et un développement économique accru dans les pays pauvres.

Égalité des sexes et autonomisation des femmes (OMD 3) : La disparité entre les sexes est l'un des déterminants sociaux qui sont au cœur de l'inégalité en matière de santé. Des faits notent que l'investissement dans la santé maternelle non seulement améliore la santé de la mère mais aussi accroît le nombre de femmes en activité et favorise le bien être économique des communautés.

Santé maternelle et santé infantile (OMD 4) : Dans la majorité des cas, les complications qui menacent la vie de la mère mettent en danger celle de l'enfant. Par conséquent, en intervenant sur la santé de la mère, on agit indirectement sur celle de l'enfant. Par exemple, l'utilisation des méthodes contraceptives permet à la femme d'éviter des grossesses à risque. En évitant les grossesses nombreuses, trop rapprochées et aux âges extrêmes, elle améliore sa santé tout en permettant à son enfant d'accroître ses chances de survivre et d'avoir un développement harmonieux. De même, en surveillant la grossesse, l'accouchement et en prenant en charge les complications obstétricales, on agit sur la santé de l'enfant. Les enfants ayant perdu leur mère sont jusqu'à dix fois plus exposés à une mort prématurée que les autres enfants. En effet les enfants sans mère ont moins de chance de recevoir une nutrition, des soins de santé et une éducation appropriée. Ainsi, les actions de lutte contre la mortalité maternelle menées au cours de ces dernières années contribuent à l'atteinte de l'OMD 4.

Santé maternelle et VIH (OMD 6) : La prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, les grossesses non désirées chez les femmes infectées, la transmission du VIH des mères infectées à leurs enfants au cours de la grossesse, la fourniture de soins, le soutien aux femmes infectées, à leurs enfants ainsi qu'à leurs familles contribuent à la réduction de la prévalence du VIH dans la population générale. Ces interventions participent à l'atteinte de l'OMD 6 à travers la baisse de la prévalence nationale du VIH.

Santé maternelle et Paludisme (OMD 6) : Quant au paludisme, il est plus fréquent et grave chez la femme enceinte. En effet, pendant la grossesse, le paludisme est responsable de 42% des états morbides, 36,1% des causes d'hospitalisation, 20% des causes d'anémie et de 7% d'hypotrophie du nouveau-né. De ce fait, la prévention du paludisme au cours de la grossesse constitue une intervention prioritaire de lutte contre la mortalité maternelle. En prévenant la survenue du paludisme chez la femme enceinte on contribue indirectement à l'atteinte de l'OMD 6.

1.4. – Actions entreprises et défis en matière de santé maternelle

Face à la gravité de la situation de la santé maternelle, plusieurs actions ont été menées malgré le contexte de crise sociopolitique que vit la Côte d'Ivoire depuis le 19 septembre 2002.

Au niveau institutionnel, une Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles a été élaborée et adoptée en 2008 (FDR RMMNI 2008) et sa mise en œuvre est en cours. En plus, plusieurs autres documents de politiques, protocoles et normes ont été adoptés et sont aussi en cours de mise en œuvre pour la plupart : plans stratégiques de la Santé de la Reproduction, pour la Survie de la mère et de l'enfant, plan de passage à échelle de la PTME, plan d'action de Maputo, plan de sécurisation des produits de la Santé de la Reproduction, plan de programmation complète des préservatifs féminins et masculins pour la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées en Côte d'Ivoire (CCP).

Des directives en matière de SONU, CPN et CPoN ont été prises pour soutenir la feuille de route. Des actions en vue de l'intégration des SONU, la technologie contraceptive, la PTME dans le curricula de formation de base du personnel de santé ont été entreprises. Aussi l'ouverture de nouvelles écoles de formation de base des sages-femmes et infirmiers diplômés d'état a été enregistrée. Des activités de mobilisation de ressources en direction du gouvernement et des partenaires au développement ont été menées.

Au niveau opérationnel, des actions en faveur du renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité, de la qualité et de l'utilisation des services de la santé de la mère et du nouveau-né ont été menées. Il s'agit entre autres, du redéploiement du personnel de santé sur l'ensemble du territoire, des actions de réhabilitation des maternités, des blocs opératoires, de fournitures de médicaments, d'équipements et de matériels médicaux et de renforcement des capacités des prestataires. Par ailleurs, des actions de mobilisation, d'information et de sensibilisation des communautés en vue de leur implication effective dans les activités de santé maternelle ont été menées.

Malgré les progrès réalisés, plusieurs défis restent à relever afin d'améliorer significativement la santé maternelle dans la perspective de l'atteinte de l'OMD5 d'ici 2015 ; notamment (i) l'accroissement des fonds alloués à la santé et en particulier la santé maternelle ; (ii) l'amélioration de la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé maternelle, en particulier les services de PF, CPN, de maternité et de SONU ; (iii) le renforcement de la participation communautaire et (iv) le renforcement de la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de la santé maternelle.

Financement de la santé maternelle : La santé maternelle est essentiellement soutenue par le budget de l'Etat auquel s'est ajouté en 1992 le recouvrement des coûts auprès des usagers du système de soins. Avec le contexte de crise sociopolitique que traverse le pays, le budget alloué à la santé maternelle est resté faible et la paupérisation croissante de la population rend difficile le recouvrement des coûts. A ces deux sources, s'ajoutent les appuis extérieurs directs. Il s'agit entre autres des agences du système des Nations Unies (UNFPA, UNICEF, OMS...), des coopérations multilatérales (Banque mondiale, BAD, UE...), des coopérations bilatérales (Coopération française, Coopération belge...etc.).

Concernant la planification familiale, bien que les produits contraceptifs soient sur la liste des médicaments essentiels, ils ne sont pas encore achetés sur le budget de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP). L'UNFPA reste la principale source de financement des produits contraceptifs dans le secteur public, tandis que l'IPPF et KFW le sont pour le secteur privé et associatif.

Face aux nombreux besoins d'une part et au faible budget de l'Etat alloué à la santé maternelle d'autre part, les financements demeurent insuffisants malgré les appuis extérieurs. D'où la nécessité de renforcer les actions de mobilisation des ressources financières.

Disponibilité et qualité des services offerts : le Paquet Minimum d'Activités (PMA) offert dans les établissements publics aux différents niveaux de la pyramide sanitaire comprend des soins curatifs, préventifs et promotionnels. Il existe des normes et standards définis pour une meilleure prise en charge des patients. Cependant, on note une insuffisance dans l'application de ces normes et standards en raison de leur faible diffusion et du manque de formation du personnel de santé à leur utilisation. Certaines composantes du PMA demeurent insuffisamment mises en œuvre. C'est le cas, selon l'enquête SONU 2010, de la planification familiale (60%) et de la PTME (49%) qui ne sont pas suffisamment intégrées dans le PMA des établissements sanitaires. Bien qu'adoptée et autorisée, la stratégie des CPN recentrées n'est pas appliquée dans toutes les structures et le passage à échelle de l'utilisation de la ventouse pour faciliter certains accouchements dystociques n'est pas encore effectif. Il importe donc de renforcer la disponibilité et la qualité des services offerts dans la perspective de l'atteinte de l'OMD 5 d'ici 2015.

Participation communautaire : Il faut noter que les communautés constituent un maillon essentiel dans l'utilisation des services de santé en général et de la santé maternelle en particulier. La capacité de mobilisation des différents leaders communautaires, religieux, chefs traditionnels n'est plus à démontrer. Cependant, leur participation à la promotion de la

santé maternelle demeure faible. Cette situation serait due à leur faible adhésion aux activités de santé maternelle en raison de l'inadaptation des techniques et des messages aux cibles visées. Des efforts doivent être entrepris pour renforcer davantage la participation communautaire.

Coordination, suivi-évaluation des interventions de santé maternelle : La création de la Direction de Coordination du Programme National de Santé de la Reproduction/Planification Familiale (DC-PNSR) marque l'engagement du Gouvernement ivoirien en faveur de la santé maternelle. Cependant, le mécanisme institutionnel de coordination des interventions des partenaires techniques et financiers en santé maternelle est peu performant. Par ailleurs, la gestion du Système National d'Information Sanitaire est confrontée à certaines difficultés. Il s'agit entre autres des faibles taux de promptitude et de complétude des données sanitaires surtout au niveau central. Les conséquences qui en découlent sont principalement la faible disponibilité des données et de l'information sanitaires pour la prise de décision et la planification. L'amélioration de la coordination, du suivi-évaluation des interventions de santé maternelle s'avère donc nécessaire.



Chapitre 2 : INTERVENTIONS STRATEGIQUES

2.1. - Cadre stratégique des interventions relatives à la santé maternelle

La Côte d'Ivoire a participé à plusieurs rencontres internationales qui ont reconnu les droits à l'accès universel aux services de santé de la reproduction. Deux de ces rencontres ont marqué l'évolution des droits humains en rapport avec la santé en matière de sexualité. Il s'agit de (i) la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire en Egypte en 1994 qui a permis d'adopter le concept de "Santé de la Reproduction"³ ; (ii) la quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing (Pékin) en Chine, en 1995 qui a recommandé aux Gouvernements la révision des textes de lois qui consacrent la différence des droits des femmes en relation avec leur sexualité et la reproduction.

Suite à ces conférences internationales, la Côte d'Ivoire s'est engagée dans un processus de développement des services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Les premiers actes de son engagement ont été (i) la création en 1996 d'un Programme National de Santé de la Reproduction et de la planification Familiale, (ii) l'organisation d'un symposium national sur la Santé de la Reproduction (SR), (iii) l'adoption d'un plan national de développement sanitaire (PNDS) en juin 1996 accordant une place de choix à la santé de la reproduction et (iv) l'adoption d'une politique nationale en matière de population (mars 1997). Ce processus a abouti en 1998 à l'adoption en Conseil des Ministres d'une première déclaration de politique nationale de la santé de la reproduction. La mise en œuvre de cette politique à travers le développement des projets et programmes de santé maternelle avec l'appui technique et financier des partenaires au développement, a permis d'obtenir des résultats positifs ayant abouti à la baisse de la mortalité maternelle (de 597 décès à 470 pour 100 000 naissances vivantes -respectivement EDSCI 1994 et estimations des Nations Unies, 2008).

Face aux nouveaux besoins engendrés par les crises socio politiques successives, aux enjeux de l'atteinte des OMD, aux objectifs de la vision 2010 des Premières Dames d'Afrique de l'ouest et du centre et au plan d'action de Maputo, la politique de la santé de la reproduction a été révisée en 2008. Parmi les composantes essentielles de cette politique figurent au premier plan la planification familiale et la maternité sans risque (consultation prénatale, accouchement surveillé par personnel qualifié et les SONU).

Enjeux particuliers de la Planification Familiale (PF), des Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et de la surveillance de la grossesse en matière d'accélération des progrès

Les domaines d'interventions choisis (PF, SONU, Surveillance de la grossesse) dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle ont été répertoriés dans les différents documents cadres nationaux. Il s'agit notamment du DSRP 2009-2013, du PNDS 2009-2013, de la Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015 (FDR-RMMNI), de la Feuille de route de la Planification Familiale 2011-2015, de la Politique Nationale de Santé Reproductive 2008, et du Plan stratégique de Santé de la Reproduction 2010-2014

³ La Santé de la Reproduction, concept plus globalisant, se définit comme "le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement, l'absence de maladies ou d'infirmités" (CIPD, 1994).

La planification familiale réduit les décès maternels de 25 % à 40 % (OMS) et permet une diminution allant jusqu'à 20 % des décès chez les enfants. En effet, la planification familiale diminue le taux de mortalité maternelle en : (i) réduisant le nombre absolu de complications, de grossesses non désirées et d'avortements, (ii) évitant les grossesses précoces, tardives, trop fréquentes ou trop rapprochées. Au demeurant, l'espacement des naissances réduit notablement la probabilité de mortalité maternelle.

Concernant les **SONU**, cette stratégie se fonde sur le fait que les complications surviennent chez environ 15% des femmes enceintes et que la plupart des décès maternels causés par les complications directes peuvent être traités. Les SONU contribuent ainsi à réduire considérablement les risques de décès maternels liés à la grossesse et à l'accouchement.

S'agissant de la **Surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum**, certaines maladies telles que le paludisme, les IST/VIH/SIDA, l'anémie, et les maladies métaboliques affectent la santé de la mère. La plupart de ces causes indirectes de mortalité maternelle peut être prévenue ou traitée si elle est détectée précocement. Vu le poids de ces causes indirectes sur la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles, la surveillance de la grossesse, à travers la consultation prénatale, permet de prévenir, détecter, prendre en charge ces causes indirectes et préparer les futures mères à l'accouchement. La consultation post natale joue également un rôle important dans la survie de la mère et de l'enfant car elle permet de détecter les éventuelles complications pouvant survenir après l'accouchement (hémorragies et infections du post partum, infections et détresses respiratoires du nouveau-né).

Les interventions stratégiques relatives aux trois domaines clés sus cités, figurent également dans les documents cadres nationaux.

Concernant le domaine d'intervention « *Planification familiale* » (PF), les interventions existantes portent sur (i) l'extension des services de PF dans les zones non desservies, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans ; (ii) le renforcement de l'offre et de l'approvisionnement en produits contraceptifs ; et (iii) la promotion de l'utilisation des services de PF auprès des femmes et des hommes sexuellement actifs particulièrement en milieu rural et périurbain.

Au niveau du domaine « *Amélioration de l'accès aux SONU* », les interventions existantes concernent (i) le maintien de la mesure de gratuité relative aux SONU afin de lever les barrières financières à leur accès ; (ii) l'amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées et dans les zones à forte densité de population ; (iii) le renforcement de la mise en œuvre des directives sur la surveillance des accouchées pendant 48 à 72 heures suivant l'accouchement, et (iv) le renforcement de la promotion des accouchements dans les structures sanitaires.

S'agissant du domaine « *Amélioration de la surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum* », les interventions existantes sont relatives au (i) développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population ; (ii) renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits et intrants stratégiques et des produits sanguins dans les zones non desservies et (iii) renforcement de la promotion des services de CPN et de la participation communautaire.

Si certaines de ces interventions sont nouvelles, la plupart d'entre elles est en cours de mise en œuvre depuis au moins dix ans.

2.2. - Sélection des interventions prioritaires susceptibles d'accélérer les cibles 5.A et 5.B

Parmi les interventions stratégiques identifiées dans les documents cadres nationaux, celles susceptibles d'accélérer l'OMD 5 ont été sélectionnées sur la base des critères suivants : (1) le statut de mise en œuvre de l'intervention, (2) l'ampleur de l'impact sur l'OMD 5, (3) les bénéficiaires, (4) la rapidité de l'impact et (5) les preuves de l'impact. **Les six (6) interventions stratégiques** retenues sont énumérées ci dessous en fonction de leurs domaines d'intervention.

DOMAINE 1. : PLANIFICATION FAMILIALE

A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans

Les bénéficiaires de cette intervention sont les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). Elles sont au nombre de 5 648 429 (INS-2011) avec, parmi elles, un nombre de grossesses attendues s'élevant à 903 769 (INS 2011).

Dans le cadre de l'extension de l'offre de services de PF, des activités ont été menées au cours de la période récente. Elles comportent, entre autres, des plaidoyers en vue de l'intégration de la technologie contraceptive dans les curricula de formation de base du personnel de santé, la formation continue (mise à niveau) des prestataires. Ces interventions ont permis d'obtenir un taux de couverture des structures offrant des services de PF de 33% en 2002 (DCPNSR) à 60% en 2010 (Enquête SONU 2010).

Du fait de la crise et de ses conséquences néfastes sur le système de santé, le taux de prévalence contraceptive a baissé de 11% en 2002 à 5,37% en 2007. Cependant l'augmentation du taux de couverture des services de PF a contribué à l'amélioration sensible du taux de prévalence contraceptive (de 5,37% en 2007 à 9,5% en 2009). Toutefois on note d'importantes disparités régionales qui reflètent également des écarts dans la distribution spatiale des structures offrant des services de PF.

B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain

Cette promotion s'appuie principalement sur des activités de sensibilisation et de formation auprès des personnels de santé et autres acteurs communautaires.



Photo 1 : Des relais communautaires en séance de travail de groupe au cours d'une formation

De 2005 à 2009, les activités de sensibilisation ont consisté en l'organisation de 1576 causeries de groupe, 2051 visites à domicile, 28 émissions radio et télé. De même, des sensibilisations de masse, des spots publicitaires radio et télé, des affiches publicitaires, et des téléfilms ont été produits sur la même période.

Ces activités de sensibilisation ont eu un impact sensible sur les taux d'utilisation des services de PF. En effet, selon les résultats de l'évaluation du plan stratégique 2005-2009 de l'AIBEF, 22 993 nouveaux utilisateurs des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) de qualité ont été enregistrés sur 12 627 attendus, soit un taux de réalisation de 182% et 44 691 couples protégés contre une grossesse non désirée (Couples Année Protection) sur 41 083 attendus, soit un taux de réalisation de 109%. Les autres services de SSR (CPN, soins après avortement, CPoN) ont enregistré 19 986 nouveaux utilisateurs sur 26 349 attendus, soit un taux de réalisation de 76% (AIBEF, Plan Stratégique 2005-2009).

Au total, ces activités de sensibilisation ont permis sur la même période, à 284 286 anciens et nouveaux utilisateurs soit 77,81% de la cible (365 335), de bénéficier des services de PF, réduisant ainsi le risque de survenue d'avortements provoqués pouvant à leur tour occasionner des risques de décès maternels.

Suite aux campagnes de sensibilisation, les besoins non satisfaits (BNS) en PF ont enregistré une réduction notable en passant de 49% (1998) à 29% (2006), traduisant ainsi une amélioration de l'offre et de la couverture des services de PF.

Par ailleurs, les activités de distribution à base communautaire ont été initiées en 2011 avec le soutien de l'UNFPA dans les aires de santé des formations sanitaires réorganisées des districts de Toumodi et Yamoussoukro. Au total 60 animateurs ont été formés pour couvrir 143.261 femmes en âge de procréer dans 35 villages en termes de sensibilisation, réapprovisionnement en produits contraceptifs et la référence vers les centres de santé. Cette stratégie a permis en trois semaines d'activités de recruter 270 femmes nouvelles utilisatrices référées par les agents de distribution à base communautaire.

Malgré ces résultats encourageants, les cibles en termes d'utilisation des services de PF et de couples années protection, n'ont pu être atteintes. Des efforts sont donc nécessaires pour améliorer l'efficacité et la mise à échelle des interventions.



Photo 2 : Vue d'une saynète au cours d'une activité de sensibilisation de masse

DOMAINE 2. : AMELIORATION DE L'ACCES AUX SONU

C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Depuis plus d'une décennie, la Côte d'Ivoire traverse une période de turbulence marquée par des crises sociopolitiques successives. Ces crises ont eu un impact négatif sur tous les secteurs d'activités, notamment le secteur de l'économie qui a enregistré un taux de croissance négatif (- 4.7%) en 2011. La baisse des activités économiques a un impact négatif sur les progrès vers l'atteinte des OMD. Le taux de pauvreté qui était passé de 38,4% en 2002 à 48,9% en 2008 s'est aggravé en 2011. Quant au système sanitaire, il a connu un grave dysfonctionnement du fait de l'absence de personnel de santé, du manque des médicaments, des pillages des structures et du manque de moyens de référence vers les hôpitaux fonctionnels. Dans un tel contexte de pauvreté généralisée, de désorganisation du système sanitaire aggravée par l'absence de couverture maladie universelle, les ménages auront encore de mal à subvenir à leurs besoins de santé.

Face à cette situation de pauvreté et de besoins croissants en matière de santé, en particulier la santé maternelle, le gouvernement a pris la décision d'instaurer l'exemption de paiement, à titre exceptionnel, des frais de prise en charge médicale des usagers. Lancée officiellement le 16 avril 2011, la mesure de gratuité concernait toutes les couches de la population et portait sur les activités de soins dans les établissements sanitaires publics sur l'ensemble du territoire national (consultations et admissions en urgence, hospitalisations, actes chirurgicaux, accouchements normaux, accouchements par césarienne, et autres prestations); les activités para cliniques (examen de laboratoire, examen de radiographie) et les médicaments et intrants.

Concernant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la mesure de gratuité des soins a fait observer, selon les résultats de la première évaluation de la gratuité des soins de santé en Côte d'Ivoire (Juin 2011), une augmentation (par rapport à l'année 2010) du nombre des accouchements normaux (10 860, soit 31% d'augmentation), et de celui des

accouchements par césarienne dans les hôpitaux de référence des districts (726, soit 15% d'augmentation). On constate donc une augmentation de 94% du taux des accouchements assistés par du personnel qualifié du fait de la gratuité dans les établissements sanitaires de deuxième niveau de référence (CHU). Au niveau des établissements sanitaires de premier niveau de référence (CHR/HG), cette augmentation est de 17,29%. Quant aux établissements sanitaires de premier contact (ESPC), l'augmentation du taux des accouchements assistés par du personnel qualifié est de 17,38%. Ce qui donne un taux d'augmentation global de 31,25% en l'espace d'un mois (Mai 2011). Cette mesure de gratuité a permis d'accroître l'utilisation des services SONU qui pourrait contribuer à réduire considérablement les risques de décès maternels liés à la grossesse et à l'accouchement.



La mesure de gratuité ouverte à toute la population et portant sur toutes les activités de soins a été appliquée pendant 9 mois et 15 jours (du 16 avril 2011 au 31 janvier 2012). L'évaluation finale de cette mesure a montré quelques résultats significatifs : (i) un réel besoin de santé des populations limité par l'accessibilité financière, (ii) une augmentation de toutes les prestations, (iii) une surcharge de travail des prestataires, (iv) une surutilisation des services de santé, (v) une surexploitation des plateaux techniques qui étaient dans un état de dégradation avancée et (vi) une estimation du coût mensuel à 4 100 000 000 F.CFA, faisant un total de 38 950 000 000 F. CFA au terme des 9 mois et 15 jours de mise en œuvre de la mesure.

A l'analyse des points forts et des points faibles de la mesure, la décision a été prise par le gouvernement de mettre fin à la gratuité des soins généralisée au profit d'une gratuité ciblée. Celle-ci concernera les populations vulnérables et les populations démunies. Il s'agit précisément du couple mère-enfant (chez la femme enceinte : le suivi de la grossesse, l'accouchement avec ses complications et la césarienne ; chez l'enfant de 0 à 5 ans : les pathologies courantes). Outre le couple mère enfant, la mesure s'applique à toute la population pour ce qui concerne le paludisme et tous les actes d'urgence médico-chirurgicale. Par ailleurs un rabatement de l'ordre de 30% est appliqué à toutes les tarifications dont le coût est supérieur à 1000 F. CFA. (Circulaire N° 0731/MSLS/CAB du 27 février 2012).

Afin d'apprécier les conditions d'application de cette mesure pour une mise en œuvre réussie, une réunion sous régionale sur la gratuité ciblée s'est tenue à Abidjan du 10 au 11 janvier 2012. Elle a réuni plusieurs experts en matière de gratuité et de couverture maladie universelle de la sous région ouest africaine et de l'université de Montréal (Canada) ainsi que les partenaires au développement. Elle avait pour objectif de tirer les leçons des expériences des autres pays en la matière afin d'affiner la mesure de gratuité ciblée en Côte d'Ivoire. Par exemple en Mauritanie, un forfait obstétrical a permis d'augmenter l'utilisation des services (CPN, CPoN et accouchements). Au Mali, la gratuité mise en place le 23 juin 2005 porte sur la césarienne. Elle a permis une augmentation de la demande et du taux de césarienne de 0,94% à 1,86% et réduit le délai de prise en charge médicale. Au Sénégal, la mesure de gratuité concerne l'accouchement et la césarienne. Après 2 ans de mise en œuvre elle a enregistré une augmentation du taux d'utilisation des services, une réduction du nombre de morts nés et du nombre d'accouchements à domicile.

Une autre réunion de réflexion sur la gratuité ciblée regroupant les acteurs nationaux et les partenaires au développement s'est tenue du 2 au 3 février 2012 à Abidjan. Il a été question au cours de cet atelier de définir les modalités pratiques de mise en œuvre de cette mesure. Il s'agit notamment du paquet de services à offrir selon le niveau de la pyramide sanitaire, des mécanismes de financement, de gestion, de suivi et évaluation de ladite mesure.



D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pédro, et dans les zones à forte densité de population

Du fait des conséquences de la crise sociopolitique de ces dix dernières années, l'amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale demeure une intervention stratégique majeure. Elle porte à la fois sur (i) les ressources humaines où les besoins sont estimés à 307 personnel de santé (médecins non compris) avec une répartition régionale de 79 pour la région du Denguélé-Bafing, 56 pour le Worodougou-Béré, 115 pour la région du Tonkpi et 57 pour le Cavally-Guémon ; (ii) les ressources matérielles (infrastructures et équipements) dont 52% de Centres de Santé et de 62% d'hôpitaux dans les régions du Tonkpi et du Cavally-Guémon sont non fonctionnels ; et (iii) la réorganisation des services de santé maternelle.

Face à ces besoins, des activités ont été menées, notamment la mise en œuvre de 2003 à 2005 du projet de prévention de la surmorbidity et de la surmortalité maternelles, au cours duquel le renforcement des capacités (formation, équipement et approvisionnement en médicaments) des structures de référence dans la région de l'ouest a permis l'augmentation de 64% du taux de césarienne en 3 ans s'accompagnant d'une baisse du taux de décès maternels de 54% au cours de la même période.

De même, de 2008 à 2010, 1130 prestataires des services de santé maternelle ont été formés en SR sur 1875 prévus soit 60,2% de la cible inscrite dans la FDR RMMNI 2008.



Photo 3 : Des personnels de santé au cours d'un atelier de formation

Sur la même période (2008-2010) 47 maternités et 18 blocs opératoires (65 structures) ont été réhabilités sur 100 prévues, soit 65% de la cible de la FDR RMMNI 2008. Quant à l'équipement des structures sanitaires, 262 structures ont été équipées en 3 ans sur 562 prévues, soit 46,6% de la cible de la FDR RMMNI 2008.



Photo 4 : Bloc opératoire de gynéco-obstétrique d'un CHR réhabilité



Ces activités ont permis d'augmenter de 4.5 points la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié entre 2008 (62,9%) et 2010 (67,5%).



Photo 5 : Une naissance assistée par du personnel qualifié

Par ailleurs, en 2011, la stratégie de la réorganisation des services de santé de la reproduction a été mise en œuvre. Elle est basée sur l'introduction pratique des normes et procédures de SR couplée avec la formation en gestion indiscriminée de tout le personnel du centre de santé du technicien de surface au directeur de l'hôpital. Cette formation porte sur la gestion du personnel, du temps, de l'espace de travail (circuit de consultation en vue d'une intégration des activités), du matériel, des médicaments et des données. En 6 mois d'activités, 1243 personnels de 63 structures sanitaires dans 13 districts ont été formés, 14 structures sanitaires ont été réhabilitées et équipées dans les districts sanitaires de Marcory, Toumodi et Yamoussoukro. Ces structures ont bénéficié d'un renforcement de leur système de référence et de contre-référence interne pour matérialiser la notion «A chaque passage de la mère, un paquet complet de services à la mère et à l'enfant».

Les effets immédiats montrent à l'Hôpital Général de Marcory une augmentation du taux de fréquentation des services de 10% et 13% en CPN 4 en un semestre.

Au vu de ce qui précède, on peut affirmer que les ressources humaines qualifiées, les infrastructures réhabilitées et équipées avec une bonne organisation ont visiblement un impact important sur la réduction de la mortalité maternelle. Cependant, les efforts réalisés en matière d'amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale se sont poursuivis au cours de la période récente sans toutefois atteindre les cibles fixées par la Feuille de Route de la SR.

DOMAINE 3 : SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE ET SUIVI DE LA MERE ET DE L'ENFANT AU COURS DU POST-PARTUM

E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population

Le défi de la réduction de la mortalité maternelle passe entre autres, par l'amélioration du suivi de la grossesse. En effet les consultations prénatales recentrées (CPNr) permettent de surveiller le bon déroulement de la grossesse et de préparer le plan d'accouchement.

Cependant, les résultats de l'enquête sur la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services de santé de la mère et de l'enfant (enquête SONU 2010) montrent que les services de consultation prénatale ne sont pas suffisamment utilisés.

Si 72% des femmes enceintes ont réalisé la CPN 1, l'on constate que seulement 22% font la CPN 4. C'est dire que seules 31% des femmes enceintes font toutes les quatre consultations prénatales conseillées, ce qui donne une déperdition de 69%.

D'importantes disparités sont observées d'une région à l'autre. Concernant les CPN 1, les couvertures varient de 97% dans le Haut Sassandra à 40% dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé. S'agissant de la CPN 4, les couvertures varient de 43% dans la région sanitaire d'Abidjan 2, à 9% dans la région du Tonkpi. La couverture en consultation postnatale est également faible (5,79% en 2009).

Afin de palier à l'insuffisance d'infrastructures sanitaires et de rapprocher les services de santé maternelle des populations, un système de prestation de services en stratégie avancée et mobile a été développé dans les zones d'accès difficiles ou reculées.

Cette intervention figure dans la plupart des documents stratégiques de la SR et constitue une stratégie prioritaire du projet intitulé « prévention de la surmortalité et surmorbidity maternelles parmi les populations affectées par la crise » développé de 2006 à 2008.

Dans le cadre de ce projet, du personnel a été formé, un système logistique ambulatoire a été mis en place et des médicaments et autres consommables ont été fournis pour mener les activités dans 6 localités du district sanitaire de Duékoué et 5 dans le district sanitaire de Katiola. Par ailleurs des sensibilisations au sein de la communauté sont menées pour augmenter le taux de fréquentation des services de santé maternelle.

Ces stratégies dans ces districts (Katiola et Duekoué) ont permis d'améliorer l'utilisation des services de CPN passant de 60% des grossesses attendues en 2006 à 119% en 2008. Ces consultations ont permis de prévenir, diagnostiquer et prendre en charge des cas de paludisme et d'autres causes indirectes de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale chez les parturientes.



Photo 5 : Zone d'accès difficile et/ou reculée pour des interventions de santé maternelle en stratégie mobile et avancée

Chez la femme enceinte la prévalence de l'infection à VIH est de 4,5% (sérosurveillance VIH 2008). Face à cette situation, l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et VIH constitue une intervention incontournable dans l'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 4, 5 et 6) en rapport avec la santé maternelle, néonatale et infantile et le VIH, la tuberculose et le paludisme. Conscient de ce fait, le gouvernement de Côte d'Ivoire a adopté en 2008 un plan de passage à l'échelle de la PTME

Grâce à la politique d'intégration des services de PTME dans les centres de santé maternelle et infantile (SMI) existants, le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME est passé de 4 sites pilotes en 1999 à 633 sites en 2010 comme l'indique le tableau 2.

Tableau 2 : Evolution du taux de couverture des structures offrant des services de PTME

| Année | 1999 | 2006 | 2009 | 2010 |
|--|------|------|------|------|
| Nombre de structures sanitaires offrant les services de PTME | 4 | 147 | 554 | 633 |

(Source : DC-PNPEC, 2011)

L'extension progressive de l'accessibilité géographique des services PTME au cours des quatre dernières années a permis d'accroître le nombre de femmes enceintes dépistées lors des consultations prénatales et le nombre de femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Ainsi, la proportion de femmes enceintes dépistées pour le VIH a quasiment triplé passant de 11% en 2007 à 32% en 2009. Parmi les femmes testées séropositives, 61,52% ont reçu une prophylaxie ARV pour elles mêmes en 2009.

Ces différentes activités ont contribué à la réduction de la séroprévalence chez la femme enceinte en passant de 5,9% en 2005 à 4,5% en 2008 (enquêtes de sérosurveillance) réduisant ainsi le risque de décès maternel lié au VIH/sida de 1.4 en 4 ans.

F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits et intrants stratégiques et des produits sanguins dans les zones non desservies

Afin de satisfaire la demande en médicaments à des coûts abordables dans le secteur public de soins, la Côte d'Ivoire a développé une politique de médicaments essentiels. Dans cette politique, le renforcement du système d'approvisionnement et de distribution de produits et intrants stratégiques et des produits sanguins dans les zones non desservies est essentiel. En outre, plusieurs documents stratégiques nationaux de santé maternelle mentionnent cette intervention parmi les priorités.

Au nombre des activités menées dans le cadre de cette intervention, l'on note, (i) l'inscription de la plupart des produits de SR sur la liste nationale des médicaments essentiels et pour cela, ils bénéficient d'une exonération des droits de douane, (ii) la création de lignes budgétaires pour l'achat des produits de SR au niveau de la Pharmacie de la Santé Publique, du PNSR/PF et des directions départementales de santé pour l'achat des produits de santé de la reproduction, (iii) l'acquisition des médicaments pour l'approvisionnement de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (PSP-CI) à travers trois modes selon les conditions fixées par le code des marchés publics : les appels d'offres ouverts internationaux, la simple facture et les marchés de gré à gré, (iv) Un dispositif de distribution a été mis en place par la PSP-CI pour rendre les médicaments disponibles sur toute l'étendue du territoire national. La Pharmacie de la Santé Publique procède à l'approvisionnement de l'essentiel des structures publiques en produits pharmaceutiques par le biais de 846 pharmacies dont 753 publiques et 93 privées.

Des médicaments d'urgence mis à disposition dans 60 structures périphériques et 15 structures de références en 2007 dans le cadre d'un Projet financé par le Fonds Central d'Intervention d'Urgence (CERF) du système des Nations Unies, ont permis d'apporter des réponses rapides, appropriées et efficaces aux urgences obstétricales : correction des chocs, réduction des hémorragies, prise en charge des éclampsies et des nouveau-nés en détresse etc.



Photo 8 : Une cérémonie de remise de médicaments et de kits de santé maternelle

Le tableau 3 ci-dessous fait le récapitulatif des interventions clés sélectionnées susceptibles d'accélérer l'amélioration de la santé maternelle et leurs liens avec les documents cadre nationaux.

Tableau 3 : Récapitulatif des interventions retenues dans le CAO

| Domaine prioritaire | Interventions stratégiques | Documents cadres nationaux |
|---|---|--|
| Planification Familiale | A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans | <ul style="list-style-type: none"> • FDR-RMMNI (Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015) • Feuille de route de la Planification Familiale 2011-2015 • Politique Nationale de Santé Reproductive 2008 • Plan stratégique de Santé de la Reproduction 2010-2014 |
| | B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain | <ul style="list-style-type: none"> • FDR-RMMNI (Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015) • Feuille de route de la Planification Familiale 2011-2015 • Politique Nationale de Santé Reproductive 2008 • Plan stratégique de Santé de la Reproduction 2010-2014 |
| Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | <ul style="list-style-type: none"> • Programme Présidentiel 2011-2015 • Programme Présidentiel d'Urgence |
| | D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pédro, et dans les zones à forte densité de population | <ul style="list-style-type: none"> • DSRP 2009-2013 • PND 2012-2015 • PNDS 2009-2013 • PNDS 2012-2015 • FDR-RMMNI (Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015) • Politique Nationale de Santé Reproductive 2008 • Plan stratégique de Santé de la Reproduction 2010-2014 |
| Amélioration de la surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum | E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées, et dans les zones à forte densité de population | <ul style="list-style-type: none"> • DSRP 2009-2013 • PND 2012-2015 • PNDS 2009-2013 • PNDS 2012-2015 • FDR-RMMNI (Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>infantiles 2008-2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politique Nationale de Santé Reproductive 2008 • Plan stratégique de Santé de la Reproduction 2010-2014 • Politique Nationale de la PTME 2005 • Plan de passage à échelle de la PTME 2008-2011 • Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA 2012-2015 |
| | <p>F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits, intrants stratégiques et produits sanguins particulièrement dans les zones non desservies</p> | <ul style="list-style-type: none"> • DSRP 2009-2013 • PND 2012-2015 • PNDS 2012-2015 • PNDS 2009-2013 • FDR-RMMNI (Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015) • Feuille de route de la Planification Familiale 2011-2015 • Politique Nationale de Santé Reproductive 2008 • Plan stratégique de Santé de la Reproduction 2010-2014 |

Suite à l'identification des interventions clés, les goulots d'étranglement réduisant l'efficacité de leur mise en œuvre ont été identifiés dans le chapitre suivant.



Chapitre 3 : ANALYSE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT

Les six (6) interventions clés décrites précédemment font l'objet d'une analyse détaillée visant à identifier les principaux goulots empêchant leur mise en œuvre adéquate.

Il existe quatre catégories de goulots étranglements qui sont relatifs aux : (i) Politiques et planification, (ii) Budget et financement ; (iii) Prestation des services (offre), (iv) Utilisation de services (demande).

Ces goulots d'étranglement affectent directement la mise en œuvre des interventions et ralentissent en définitive l'atteinte de l'OMD 5.

Les catégories de goulots se présentent comme suit :

Les goulots spécifiques à la catégorie « **politiques et planification** » sont en rapport avec les stratégies sectorielles, les politiques et plans, le cadre juridique et les dispositions légales, ainsi que les capacités institutionnelles qui mènent à la fourniture et à l'utilisation des services.

Les goulots relatifs au « **budget et financement** » concernent les allocations, les dépenses et la mobilisation des ressources.

La troisième catégorie de goulot concernant la « **prestation des services (offre)** » porte sur les ressources humaines, les infrastructures, les équipements et approvisionnements, ainsi que la gouvernance des secteurs d'activités.

La dernière catégorie de goulots relatifs à l'« **utilisation de services (demande)** » concerne l'insuffisance d'information sur la disponibilité des services, la promotion des interventions et l'éducation de la population pour la levée des barrières socio-culturelles et la réduction des discriminations et stigmatisations.

L'analyse des goulots d'étranglement est faite suivant les critères (1) d'impact/rapidité de l'impact liée à la levée du goulot, et (2) de faisabilité (existence de solutions possibles).

Treize (13) goulots freinant la mise en œuvre des interventions stratégiques ont été identifiés. La répartition de ces goulots selon les catégories décrites donne les résultats suivants : (i) Politique et planification : 3 goulots ; (ii) Budget et Financement : 2 goulots ; (iii) Prestation (offre) de services : 7 goulots ; (iv) Utilisation (demande) des services : 1 goulot.

Les goulots retenus sont énumérés ci dessous en fonction des interventions stratégiques identifiées.

A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans

Dans cette intervention deux goulots sont identifiés :

(A.1) Insuffisance des ressources pour l'acquisition et la gestion des produits contraceptifs en rapport avec la catégorie « budget et financement ». Cette insuffisance se traduit par le fait que le budget alloué à la santé ces dix dernières années est inférieur à 5%

du budget global de l'Etat de Côte d'Ivoire. Quant aux sous secteurs de la santé maternelle, néonatale et infantile leur part est toujours inférieure à 1% du budget du Ministère de la santé. Par ailleurs, bien que les produits contraceptifs fassent partie de la liste des médicaments essentiels, ils ne figurent pas sur la liste des commandes de la PSP. Cette situation a un impact négatif sur la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs, la couverture et l'intégration de la planification familiale (60%, selon l'enquête SONU 2010) dans le paquet minimum d'activités des établissements sanitaires.

Le second goulot **(A.2) Insuffisance de couverture des services de PF y compris le VIH**, relatif à la catégorie de goulot « offre des services » freine également l'extension des services de PF. Il se caractérise par des insuffisances de produits contraceptifs et de personnel de santé formé à la PF et à la PTME.

B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain

Un goulot freine l'utilisation des services de santé maternelle. Ce goulot est **(B.1) la faible participation communautaire dans la gestion des activités de PF et la persistance des obstacles socio-culturels**. Il est relatif à la catégorie « utilisation/demande de services » et se traduit par le fait que les populations et les communautés sont insuffisamment impliquées et responsabilisées dans la gestion des services de santé et dans le diagnostic communautaire. Les Comités de Gestion (CoGes) mis en place à cet effet sont peu fonctionnels, les relais communautaires sont peu actifs car il n'existe pas de mécanisme formel pour les motiver. Les services SR à base communautaire ne sont pas bien développés, les hommes perçoivent la grossesse et l'accouchement comme un domaine réservé aux femmes. La faible adhésion des leaders et relais communautaires aux actions de sensibilisation de santé maternelle constitue un frein à la mobilisation communautaire réduisant l'utilisation des services par les populations.

Certaines pratiques socio culturelles néfastes constituent également un frein à la santé maternelle. Le mariage précoce, l'excision, le lévirat, le sororat, les grossesses précoces, rapprochées, multiples ou tardives sont des pratiques qui fragilisent la santé des femmes, tout en aggravant le risque de décès maternel. Une proportion non négligeable de femmes (4% EIS 2005) a toujours recours aux accoucheuses traditionnelles au cours de leur grossesse, pendant et après leur accouchement. Les individus, les agents de santé communautaire, les accoucheuses traditionnelles, les communautés sont peu informés et formés pour détecter des signes de danger et référer les cas vers les services de santé. Les préjugés, les idées fausses et les tabous limitent l'utilisation des services de santé de la mère et de l'enfant. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par la faiblesse de la promotion des services de SR, (Messages non adaptés aux cibles, technique de communication non adaptée, faible couverture des campagnes) et le faible niveau national d'alphabétisation en milieu rural et chez les femmes en particulier (la population adulte sachant lire et écrire est de 53% en 2005 dont 61% d'hommes et 46% de femmes).

C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

La mesure de gratuité généralisée au cours l'année 2011 s'est poursuivie sous forme de gratuité ciblée pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans depuis février 2012. Cette mesure connaît un engouement certain pour les populations bénéficiaires, mais **(C.1) la faiblesse du dispositif de gestion, de suivi et de contrôle de la mesure de gratuité**, goulot relatif à la catégorie « politique et planification » ralenti sa mise en œuvre effective sur le terrain et nécessite des mesures correctives urgentes.

Le caractère particulier de l'urgence de cette mesure de gratuité ciblée n'a pas permis de mettre en place un dispositif efficace de gestion, de suivi et de contrôle. Les directives prises sont insuffisamment appliquées sur le terrain, faute d'un mécanisme opérationnel de mise en œuvre, de suivi et de contrôle. Le dispositif de suivi et contrôle est essentiel pour l'application effective de la mesure de gratuité. D'où l'impérieuse nécessité de la renforcer. Aussi, cette mesure a-t-elle insuffisamment associé toutes les parties prenantes (les prestataires et les bénéficiaires) à l'adhésion de l'opération avant son lancement.

D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pédro, et dans les zones à forte densité de population

La crise de 2002 a entraîné la détérioration et la fermeture d'environ 46% des centres de santé des zones Centre-Nord-Ouest (CNO). Des efforts importants ont donc été faits pour accroître l'offre de santé et la fonctionnalité des établissements sanitaires dans ces zones.

L'opération de réhabilitation d'équipements et de formation débutée en 2004 avec l'assistance des partenaires au développement et les organisations humanitaires, s'est généralisée dans toutes les localités des zones Centre-Nord-Ouest (CNO). Ainsi, le nombre d'ESPC s'est accru, passant de 1 421 établissements en 2007 à 1 467 en 2008 et à 1 781 en 2009 (DIPE). Toutefois, la crise post électorale (novembre 2010-avril 2011) a remis en cause tous les efforts fournis avec la destruction des infrastructures et le pillage des équipements survenus dans le pays, plus particulièrement dans les régions du Tonkpi (Man, Danané, Biankouman, Zouan-Hounien) et du Cavally-Guémon (Guiglo, Bloléquin, Bangolo, Kouibly, Duékoué).

(D.1) L'état de vétusté et de dégradation très avancé des maternités et blocs opératoires aggravé par la crise plus particulièrement dans les régions du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, et du Gboklé-Nawa-San Pédro et les zones à forte densité de population, en tant que goulot appartenant à la catégorie « offre de services », constitue un obstacle majeur au fonctionnement adéquat des structures concernées. La situation de la crise post électorale a entraîné dans les régions du Tonkpi et du Cavally-Guémon, le non fonctionnement de 52% de Centres de Santé et de 62% d'hôpitaux, du fait de l'absence du personnel, du manque de médicaments, des pillages des structures et du manque des moyens de référence vers les hôpitaux fonctionnels (Rapport OMS 2011).

Selon l'UNICEF, 20% des structures sanitaires dans la zone d'Abidjan étaient non fonctionnels plus particulièrement dans les communes d'Abobo et de Yopougon, à forte densité de population.

41% des 102 districts sanitaires ne disposent pas de bloc opératoire dans leur structure de référence. Par ailleurs 34% des blocs opératoires des hôpitaux de référence (hôpitaux généraux et centres hospitaliers régionaux), ne sont pas fonctionnels. Cette situation ne permet pas une offre de services de santé maternelle de qualité et à temps surtout pour ce qui concerne les urgences obstétricales, aggravant ainsi les risques de décès maternels.

(D.2) Inégale répartition et insuffisance de stratégie de motivation de personnel formé en SONU constitue le second goulot qui appartient à la catégorie « offre de services ». A ce sujet, une étude sur la distribution du personnel de santé a mis en évidence de fortes disparités régionales, les régions les plus défavorisées étant celles du Nord et de l'Ouest telles que la région du Worodougou-Béré, du Kabadougou-Denguélé-Bafing, du Tonkpi et du Cavally-Guémon (comme illustrée par la carte 2).

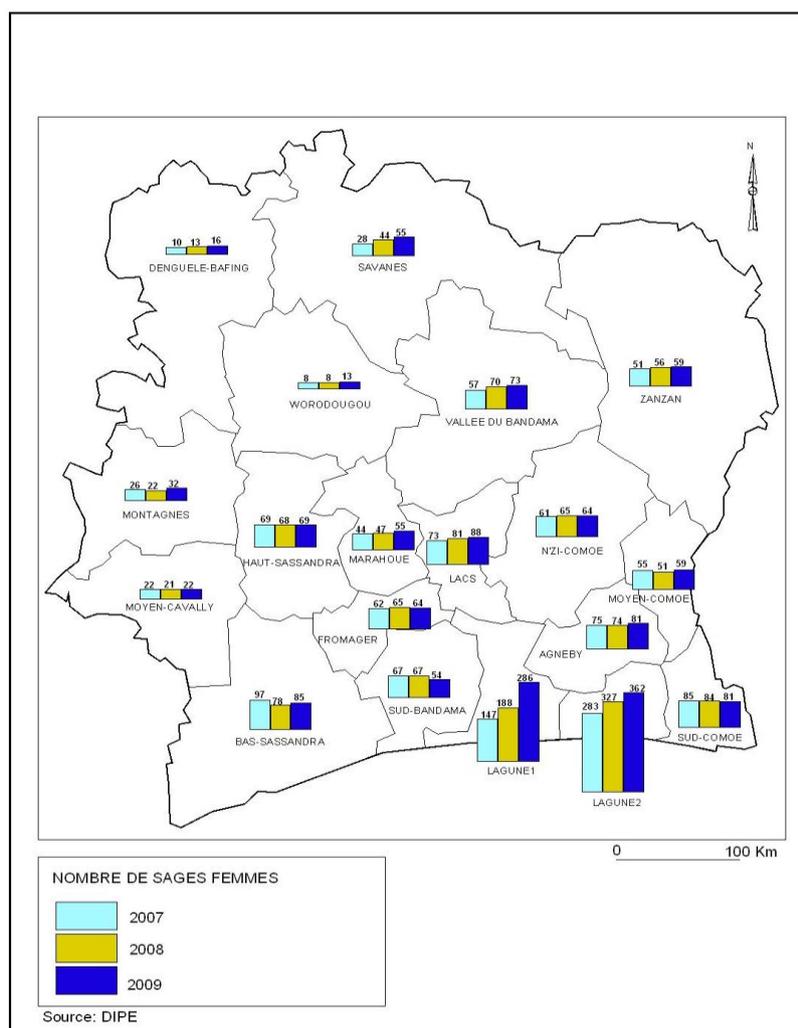
Le ratio infirmier/population est de 7040 hbts/inf en 2009 au plan national. Au niveau régional, ce ratio oscille entre 3299 hbts/inf dans la région des Lacs et 15055 hbts/inf dans le Worodougou-Béré.

Le ratio sage-femme/Femme en âge de procréer (FAP) au plan national est de 1 pour 3 071 en 2009. Pour ce qui concerne le niveau régional, les zones les moins pourvues en sage-femme sont : le Denguélé-Bafing (1/7241), le Tonkpi (1/9367) et les Gbèkè et Hambol (1/5629).

Concernant le ratio des médecins, en 2009, on comptait 1 médecin pour 16111 au plan national.

Dans le même temps, la région des Lagunes 2 disposait d'un médecin pour 7282. Par contre, en dehors d'Abidjan, le ratio est estimé en moyenne à 1 médecin pour 20 000 habitants.

Carte 2 : Répartition des sages-femmes selon les régions



Cette inégale répartition du personnel s'expliquerait par l'insuffisance du redéploiement du personnel de santé à la suite des crises socio politiques successives depuis 2002. Celles-ci ont entraîné un exode massif du personnel de santé dans les zones sud du pays. A cela s'ajoute la mobilité du personnel liée aux conditions de travail difficiles et à une insuffisance de mesures incitatives ou de motivation pour le maintenir ou l'attirer à l'intérieur du pays ou dans les zones d'accès difficile. Ainsi, les disparités se sont donc accrues au détriment des régions CNO.

Par ailleurs une grande majorité du personnel n'est pas formée à l'offre de l'ensemble des fonctions SONU, en particulier la pratique de l'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) et l'utilisation de la ventouse pour faciliter les accouchements dystociques. En effet, seulement 2% des structures visitées au cours de l'enquête SONU 2010 offrent la fonction assistance de l'accouchement par voie basse par ventouse ou forceps.

(D.3) La faible disponibilité des données sanitaires représente un goulot de la catégorie « politique/planification/gouvernance » qui bloque l'amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle. Il a un impact sur les processus de planification et de suivi évaluation des interventions de santé maternelle. En effet, le système d'information sanitaire a des difficultés pour produire des informations complètes et à temps. Les supports de collecte des données (registres de CPN, d'accouchement, de PF, etc.) ne sont pas toujours disponibles dans les structures sanitaires en particulier en zones rurales et dans les régions du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Denguélé-Bafing, des Gbèkè et Hambol et du Worodougou-Béré. Au niveau des districts de ces zones, le matériel informatique fait défaut pour la saisie, le traitement et l'archivage des données. En plus on note une insuffisance de formation des agents en système d'information et de gestion. Cette situation ne permet pas d'apprécier à temps les progrès réalisés et l'impact des interventions en matière de santé maternelle en vue de prendre les décisions correctrices nécessaires.

(D.4) La faiblesse du système de référence et contre-référence des urgences obstétricales, relevant de la catégorie du goulot « offre de services », constitue également un frein à l'amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle. Les différentes crises sociopolitiques qu'a connues la Côte d'Ivoire depuis septembre 2002 ont causé beaucoup de préjudice au système sanitaire. Le système de référence et contre référence qui était déjà défaillant a été durement touché. Les quelques ambulances existantes dont l'état n'était pas reluisant par faute de maintenance, ont été endommagées ou emportées. Les lignes téléphoniques n'étaient plus fonctionnelles dans la majorité des cas, le transport en commun était quasi inexistant et on notait une absence d'organisation communautaire (mutualisation) pour les évacuations. L'état de la grande majorité des routes était impraticable surtout à l'Ouest et en saison pluvieuse. Cet ensemble de facteurs ne permet pas de lever dans le temps le deuxième retard pour les évacuations des urgences obstétricales de la communauté au centre de santé d'une part, et d'une structure du niveau inférieur à une autre du niveau supérieur d'autre part. Cette faiblesse du système de référence et contre-référence des urgences obstétricales bloque le progrès vers l'atteinte de l'OMD 5.

E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population

Dans la perspective d'améliorer le niveau d'utilisation des services intégrés de CPN recentrés, PTME et CPoN, des activités de formation des personnels ont eu lieu, de même que l'équipement des structures de santé ont donné des résultats probants (cf. Chapitre des interventions stratégiques). Cependant deux goulots d'étranglement freinent sa mise en œuvre, notamment dans les zones d'accès difficile et/ou reculées (Worodougou-Béré et Denguélé-Bafing) et dans les zones à forte densité de population.

Le premier goulot est **(E.1) l'insuffisance de personnel formé, de moyens logistiques pour l'organisation des services intégrés de santé maternelle y compris les stratégies avancées et mobiles**. Il est relatif à la catégorie « offre de services ». Cette situation de ressources pourrait s'expliquer par le fait que les infrastructures et équipements en nombre insuffisant et en mauvais état par faute de maintenance, ont été endommagés ou emportés pendant les crises sociopolitiques successives qu'a connues la Côte d'Ivoire depuis

septembre 2002, avec un exode massif du personnel de santé des zones Centre, Nord et Ouest (CNO) vers la zone Sud du pays. Les efforts de réhabilitation, d'équipements et de redéploiement entrepris depuis 2004 dans les zones CNO ont été ruinés par la crise postélectorale de 2011. Ces facteurs constituent des obstacles majeurs à l'offre de services de CPNr, PTME et CPoN de qualité y compris les stratégies avancée et mobile dans les zones d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population.

On note une insuffisance d'intégration des activités de santé maternelle et de coordination de l'ensemble des actions et des acteurs de SR et VIH. En effet, cette faible intégration se manifeste par le fait que les services de santé maternelle et de VIH ne sont pas organisés (formation, équipements) pour offrir à la fois par les mêmes prestataires de services ou dans la même structure les activités intégrées SR/VIH. Dans les structures où les services sont intégrés, l'intégration n'est pas toujours bien coordonnée, ni planifiée conjointement avec tous les acteurs impliqués.

(E.2) La faible coordination et synergie des interventions SR/VIH constitue le second goulot et est relatif à la catégorie « offre de services ». Cette situation ne permet pas l'harmonisation et la synergie des interventions en vue d'améliorer la santé des populations cibles, malgré les nombreux acteurs intervenant dans ce domaine. Au niveau régional, on note une insuffisance d'implication des Directions Régionales de la Santé chargées de coordonner les activités de santé. Concernant le niveau périphérique, certaines ONG réalisent des activités en faveur de l'intégration SR/VIH sans qu'il ne soit possible de capitaliser leurs efforts par insuffisance de coordination, de suivi et de supervision.

F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits, intrants stratégiques et produits sanguins particulièrement dans les zones non desservies

En vue de permettre une disponibilité continue des médicaments dans les établissements sanitaires et les points de prestations des services en Côte d'Ivoire, un système d'approvisionnement et de distribution en produits et intrants stratégiques (kit d'accouchement, vit A, fer, ARV, ATPE, Moustiquaire, vaccins, contraceptifs, etc.) et produits sanguins a été développé. Cependant, plusieurs obstacles s'opposent à son bon fonctionnement.

Au premier rang de ces goulots d'étranglement, figure **(F.1) l'insuffisance de financement pour l'achat des produits et intrants stratégiques** relatif à la catégorie « budget/financement ». Cette insuffisance se traduit par le fait que le budget alloué à la santé ces dix dernières années, est inférieur à 5% du budget global de l'Etat de Côte d'Ivoire. Quant aux sous secteurs de la santé maternelle, néonatale et infantile leur part est toujours inférieure à 1% de l'ensemble du budget. Cette faiblesse des ressources allouées a un impact négatif sur l'acquisition des produits et intrants stratégiques.

On note par ailleurs une baisse du budget alloué à la PSP et un recouvrement insuffisant des coûts des médicaments. En effet, le budget alloué à la PSP qui était de 21 600 000 000 FCFA en 2005 est passé à 18 400 000 000 FCFA en 2006, soit un taux de réduction de 14,8% en une année. En outre, la PSP a bénéficié respectivement de 3% et 2% des dépenses totales faites par le MSLS en 2007 et 2008.

Le chiffre d'affaires est passé de 14 835 652 081 FCFA en 2005 à 8 584 393 635 FCFA en 2009, soit une baisse de 42,1% en 5 ans. Cette situation a eu des conséquences en cascade, allant du non-respect des délais de paiement au désintéressement des fournisseurs par la PSP-CI. Ceci a entraîné une baisse d'année en année du taux de livraison (de 80,39% en 2007 à 27,07% en 2009) à la faible production des kits d'accouchements, comme le montre le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Evolution du taux de production en kits d'accouchement

| Année | Nature du kit | Quantité prévue | Quantité produite | Taux de production (en %) |
|-------|---------------------------|-----------------|-------------------|---------------------------|
| 2007 | Kit d'accouchement rural | 156 000 | 55 000 | 35,26 |
| | Kit d'accouchement urbain | 96 000 | 54 000 | 56,25 |
| 2008 | Kit d'accouchement rural | 156 000 | 41 000 | 26,28 |
| | Kit d'accouchement urbain | 96 000 | 20 000 | 20,83 |
| 2009 | Kit d'accouchement rural | 156 000 | 23 000 | 14,74 |
| | Kit d'accouchement urbain | 96 000 | 2 000 | 2,08 |

(Source : PSP-SACE, 2010)

Le taux de production baisse au fil des ans quelle que soit la nature du kit. La baisse du chiffre d'affaires de la PSP a entraîné des ruptures de produits au double niveau central et périphérique avec un taux moyen de rupture de 36% au premier trimestre 2009.

Les ruptures constatées au niveau des produits sanguins sont aggravées par **(F.2) la faiblesse de l'approvisionnement en produits sanguins par rapport aux besoins**, goulot appartenant à la catégorie « offre de service ». Les capacités de production du CNTS qui étaient insuffisantes ont été réduites du fait des crises sociopolitiques successives de 2002 à 2011. Cette situation se traduit de diverses manières : la non disponibilité de banque de sang dans certaines régions sanitaires, l'absence de dépôt de sang dans les structures de référence, l'insuffisance de moyens logistiques pour le transport du sang, d'équipement, de ressources humaines, la mauvaise utilisation des produits sanguins et la rareté des donateurs de sang par insuffisance de mesures incitatives. Les conséquences qui en découlent sont les pénuries récurrentes de sang dans les structures de référence et ses répercussions sur le pronostic vital des parturientes et des mères en cas de complications hémorragiques.

Aux deux goulots d'étranglement sus-cités, s'ajoute **(F.3) la faible capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement y compris les produits contraceptifs**, s'inscrivant dans la catégorie de goulot « offre de services ». Cette faiblesse se traduit par des connaissances limitées des gestionnaires en quantification des besoins, en passation des commandes, en gestion des stocks. A cela s'ajoutent une faiblesse dans le circuit de distribution, l'insuffisance de moyens logistiques et d'infrastructure de stockage décentralisé. Ceci explique les fréquentes ruptures des produits SR (utéro-toniques, fer, sulfadoxine-pyriméthamine, ARV, antibiotique, vitamine A, moustiquaires imprégnées, vaccins, etc.) enregistrées au niveau des régions, districts sanitaires et aux points de prestation des services. Les taux de ruptures varient d'une région à une autre, d'un district à un autre et d'une structure à une autre. Le taux de rupture le plus élevé est enregistré dans le district sanitaire d'Anyama (93,33 %) alors que le taux le plus faible est observé dans le district sanitaire de Sassandra (6,67%) au premier trimestre de 2009. Par ailleurs l'approvisionnement des produits contraceptifs et des intrants de prise en charge VIH repose fortement sur l'appui des partenaires au développement.

Le tableau 5 ci-dessous, fait la synthèse des principaux goulots d'étranglements freinant la mise en œuvre des interventions clés sélectionnées

Tableau 5 : Récapitulatif des principaux goulots d'étranglements

| Domaine prioritaire | Intervention stratégique | Goulots d'étranglement prioritaires | Catégorie du Goulot d'étranglement |
|--|--|---|------------------------------------|
| Planification Familiale | A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans | A.1 - Insuffisance des ressources pour l'acquisition et la gestion des produits contraceptifs | Budget et financement |
| | | A.2- Insuffisance de couverture des services de PF y compris le VIH | Offre de services |
| | B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain | B.1 Faible participation communautaire dans la gestion des activités de PF et persistance des obstacles socio culturels | Utilisation de services |
| Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | C.1 - Faiblesse du dispositif de gestion, de suivi et de contrôle de la mesure de gratuité | Politiques et planification |
| | D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pedro, et les zones à forte densité de population | D.1 - Etat de vétusté et de dégradation très avancé des maternités et blocs opératoires aggravé par la crise plus particulièrement dans les régions du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, et du Gboklé-Nawa-San Pedro et dans les zones à forte densité de population | Offre de services |
| | | D.2 - Inégale répartition et insuffisance de stratégie de motivation de personnel formé en SONU (médecins, infirmiers Sages-femmes) | Offres de services |

| | | | |
|--|--|---|-----------------------------|
| | | D.3 –Faible disponibilité des données sanitaires | Politiques et planification |
| | | D.4 - Faiblesse du système de référence et contre-référence des urgences obstétricales | Offres de services |
| Amélioration de la surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum | E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées, et dans les zones à forte densité de population | E.1 – Insuffisance de personnel formé et de moyens logistiques pour l'organisation des services intégrés de santé maternelle y compris les stratégies avancées et mobiles | Offre de services |
| | | E.2 - Faible coordination et synergie des interventions SR/VIH | Politiques et planification |
| | F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits, intrants stratégiques et produits sanguins particulièrement dans les zones non desservies | F.1 - Insuffisance de financement pour l'achat des produits et intrants stratégiques | Budget et financement |
| | | F.2 - Faiblesse de l'approvisionnement en produits sanguins par rapport aux besoins | Offre de services |
| | | F.3 - Faible capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement, y compris les produits contraceptifs | Offre de services |

La réduction de la mortalité maternelle ne sera possible que si des efforts sont faits pour éliminer les goulots d'étranglements à travers l'application des solutions proposées (dans le chapitre suivant) avec l'engagement absolu et total du Gouvernement



Chapitre 4 : LES SOLUTIONS D'ACCELERATION

Les goulots d'étranglement qui empêchent la bonne performance des interventions en vue de l'atteinte des cibles de l'OMD 5 ont été analysés de façon minutieuse afin d'identifier les solutions susceptibles de lever efficacement ces goulots et d'accélérer les progrès. L'identification de chaque solution a tenu compte de son impact en termes d'ampleur, de rapidité, de durabilité et d'impact éventuel défavorable quant à la levée du goulot. Les solutions ont également été examinées du point de vue de leur faisabilité compte tenu des obstacles potentiels en matière de gouvernance, capacités techniques et financières et de l'existence de partenaires disposés à apporter leur appui technique et financier. Par ailleurs, la prise en compte de bonnes pratiques nationales et de la sous région a orienté le choix des solutions pour lever les principaux goulots d'étranglement qui font obstacle à la mise en œuvre des interventions identifiées. Sur la base de ces éléments, **seize (16) solutions** clés ont été identifiées et priorisées. Parmi ces solutions certaines sont nouvelles et d'autres, insuffisamment mises en œuvre, méritent d'être renforcées.

A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans

L'analyse des goulots de cette intervention a permis de relever que le taux de couverture des services de PF est de 60%. Les trois (03) solutions identifiées pour éliminer ou atténuer ces goulots visent à couvrir les zones non couvertes en services de PF, soit 40% des structures offrant des services de santé maternelle et à renforcer les zones déjà couvertes.

Goulot A.1 : Insuffisance des ressources pour l'acquisition et la gestion des produits contraceptifs

Deux solutions visant à la levée de ce goulot ont été identifiées :

(A.1.1) Accroître les ressources de l'Etat allouées à l'achat des produits contraceptifs.

Il s'agit (i) de mener des activités de plaidoyer en direction du gouvernement, des parlementaires et des collectivités territoriales en vue de les faire adhérer à la PF, et (ii) de créer une ligne budgétaire ou un fonds spécifique à l'achat des produits contraceptifs.

(A.1.2) Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources auprès du secteur privé, des partenaires bi et multilatéraux en faveur de la PF. En apportant une solution à la faible implication de l'Etat dans l'acquisition et la gestion des produits contraceptifs, le renforcement du partenariat avec les partenaires au développement et le secteur privé vise à compléter les ressources disponibles.

L'appui des coopérations bilatérales et multilatérales et les initiatives de PPP dans le domaine de la SR ont existé par le passé entre le ministère de la santé, certaines institutions, fondations et entreprises privées telles que la coopération Japonaise, Corée, Espagne, la BAD, la Fondation Orange Côte d'Ivoire Télécom, la Fondation OMAIS, UNIWAX, Fondation BOA et FILTISAC. Ces partenariats ont permis la réhabilitation de 44 blocs opératoires et 147 maternités, et l'équipement de 288 maternités. Ils méritent d'être renforcés et étendus à d'autres entreprises du secteur privé, telles que celles de la téléphonie mobile, des entreprises affiliées à la chambre de commerce et d'industrie, mais également aux collectivités décentralisées. Les interventions de PF conduites depuis plusieurs années par certaines ONG nationales telles que l'AIBEF, l'AIMAS et l'ASAPSU, sont le résultat de partenariats public privé qui sont de bonnes pratiques pour le passage à

l'échelle de la planification familiale. Les activités de SR/PF mises en œuvre en collaboration avec les entreprises privées et les ONG citées plus haut, l'appui financier et technique fournit par certains partenaires dans le cadre des PPP, et l'élaboration en cours au niveau national d'un cadre juridique et organisationnel global du PPP, témoignent de la faisabilité d'une telle solution qui a le soutien de plusieurs partenaires au développement.

Goulot A.2 : Insuffisance de couverture des services de PF y compris le VIH

Pour lever ce goulot, une solution est formulée:

(A.2.1) Rendre fonctionnels 200 points de prestation par an pour l'offre de services de PF y compris le VIH, à raison de 150 structures de santé publiques et 50 centres de santé des entreprises privées. Cette solution vise à corriger l'insuffisance du personnel formé en Planification Familiale (PF) et Conseil et Dépistage du VIH (CD) pour l'offre de services intégrés. Son impact sur la levée du goulot est très élevé car la présence de personnels formés en PF et CD est une condition nécessaire pour offrir des services intégrés de PF et CD de qualité afin de réduire le risque de grossesses non désirées et par ricochet leurs conséquences néfastes sur la mortalité maternelle.

Cette solution bénéficie d'un environnement favorable car des plans d'action intégrés SR/PF et VIH existent au sein des programmes (PNSR et PNPEC) et sont en cours de mise en œuvre avec l'appui technique et financier de l'UNFPA et du PEPFAR. Ce plan prévoit également la supervision formative en PF et CD de 5000 prestataires de santé dans les zones couvertes. Les ressources humaines sont disponibles pour la mise en œuvre de cette activité y compris l'existence d'un pool national de formateurs. Par ailleurs, il sera nécessaire de mettre à disposition de ces établissements sanitaires des équipements et de les approvisionner régulièrement en produits contraceptifs et intrants stratégiques. En outre des activités de suivi et supervision devront être organisés pour offrir des services de PF et CD de qualité.

Cette solution est prévue dans le plan d'action du PNSR. Elle est également inscrite dans la Feuille de route de la PF dont l'objectif est le repositionnement de la PF en Côte d'Ivoire en portant la prévalence contraceptive de 10 à 30% d'ici 2015.

B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain

Afin de promouvoir l'utilisation des services de PF par les femmes et les hommes particulièrement en milieu rural et périurbain, deux (02) solutions ont été retenues. Elles visent à lever le goulot identifié pour accroître le taux de prévalence contraceptive contribuant ainsi à la réduction de la mortalité maternelle.

Goulot B.1 : Faible participation communautaire dans la gestion des activités de PF et persistance des obstacles socio-culturels

La première solution formulée pour lever ce goulot consiste à **(B.1.1) Former 400 relais communautaires par an et les équiper en kits et moyens logistiques pour la DBC et les activités de sensibilisation.** Afin de venir à bout de la faible participation communautaire dans la gestion des activités de PF (notamment la distribution de contraceptifs), la formation et le suivi de 400 relais communautaires par an, à raison de deux relais communautaires par aire de santé sur un total de deux cent aires de santé par an en milieu rural et périurbain, constitue une importante solution. En effet, une bonne formation et un suivi adéquat des acteurs communautaires devraient s'accompagner d'une plus forte implication des communautés dont le taux d'utilisation des contraceptifs augmenterait de manière

significative. C'est ce qu'attestent les activités à base communautaire menées ces dernières années.

De même, la formation et le suivi des agents communautaires aura un impact sur leur performance et l'adhésion de la communauté. Concernant sa faisabilité, cette solution jouit d'un environnement favorable, puisque des sessions de formation des relais communautaires sont présentement en cours de réalisation, et qu'il existe une bonne capacité de mise en œuvre de la solution se traduisant par l'existence de modules de formation et d'un pool national de formateurs, la disponibilité des ressources humaines et des financements. Des kits d'animateur (outils de gestion, moyen de locomotion et produits contraceptifs) seront mis à la disposition des agents communautaires formés.

Pour faire face aux barrières socio-culturelles, il est important **(B.1.2) d'organiser des campagnes d'information et de sensibilisation adaptées diffusées à travers les médias en langue locale avec l'implication des leaders communautaires et religieux**. La persistance des obstacles socio culturels ou idées fausses concernant certaines méthodes contraceptives malgré les nombreuses activités de sensibilisation déjà menées témoignent de la non-adaptation des messages aux différentes cibles.

L'organisation de campagnes d'information et de sensibilisation mieux adaptées aux audiences ciblées est essentielle. Elles doivent permettre de diffuser des messages clés à travers les médias (radio et télé) en langue locale avec l'implication des chefs de communautés, des religieux, des leaders d'opinion. Cette stratégie de communication sera couplée avec une offre de prestation de service et de consultation foraine par les agents de santé. Les informations seront également véhiculées à travers les causeries de groupe, les visites à domicile, les supports de communication, théâtre populaire et les téléfilms.

Tenant compte de l'influence des hommes dans la prise de décision en matière de santé de leur femme, l'initiative « écoles de maris » sera mise en œuvre dans différentes régions. Il s'agira de renforcer l'engagement des hommes pour la promotion des activités de santé maternelle y compris la PF, et de favoriser un changement de comportement au niveau communautaire, comme réalisé dans plusieurs pays de la sous région notamment au Niger. Cette initiative a permis de tripler le taux prévalence en une année dans deux districts sanitaires du Zinder au Niger.

Les activités des groupements féminins bénéficiant de microcrédits pour des AGR serviront de cadre pour la sensibilisation et l'offre de services en SR/PF.

C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

La gratuité des soins permet d'augmenter la fréquentation et l'utilisation des services de santé en général et les services de santé maternelle en particulier. En effet, la mesure de gratuité des soins de santé initiée par le gouvernement a permis d'accroître de 31,25% en l'espace d'un mois (Mai 2011) le taux des accouchements assistés par du personnel qualifié. Cette augmentation a ainsi permis de réduire les risques de décès maternels liés à la grossesse et à l'accouchement. Cependant la poursuite de cette mesure de gratuité relative aux SONU se trouve confrontée à des obstacles que la solution identifiée ci-dessous permettra de lever.

Goulot C.1 : Faiblesse du dispositif de gestion, de suivi (y compris supervision) et de contrôle de la mesure de gratuité

La solution à ce goulot consiste à **(C.1.1) renforcer la gestion, le suivi et le contrôle pour une meilleure efficacité de la mesure de gratuité**. A cet effet, l'Inspection Générale de la

Santé, en charge du contrôle des activités des prestataires de soins et les comités de suivi et supervision mis en place dans chaque région, doivent disposer de moyens logistiques adéquats : véhicules, carburant, matériels informatiques et les outils de gestions. Ces moyens leur permettront de jouer efficacement leur rôle de suivi et de contrôle de la mise en œuvre effective des directives relatives à la gratuité des SONU.

D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pédro, et dans les zones à forte densité de population

Cinq (5) solutions sont retenues pour éliminer les goulots freinant l'amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale dans l'ensemble du pays et en particulier dans les régions sanitaires du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pédro, et dans les zones à forte densité de population.

Goulot D.1 - Etat de vétusté et de dégradation très avancé des maternités et blocs opératoires aggravé par la crise plus particulièrement dans les régions du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, et du Gboklé-Nawa-San Pédro et dans les zones à forte densité de population

La solution proposée pour enrayer ce goulot est de **(D.1.1) réhabiliter et/ou équiper 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique, 200 maternités, et construire 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique par an dans les régions défavorisées et à forte densité de population**

La remise en état des infrastructures et équipements des maternités et blocs opératoires vétustes ou dégradés dans les régions défavorisées et à forte densité, est essentielle pour améliorer l'accessibilité géographique et la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales et l'assistance à l'accouchement assisté par personnel qualifié. Cette activité, en cours de réalisation, est inscrite dans le plan d'urgence présidentiel, et est soutenue par plusieurs partenaires à travers le plan d'action humanitaire réalisé pour la remise en état des infrastructures sanitaires et des équipements. En outre, la réhabilitation et la construction des blocs opératoires permettra de doter les districts en infrastructures de référence pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Goulot D.2 : Inégale répartition et insuffisance de stratégie de motivation de personnel formé en SONU (médecins, infirmiers Sages-femmes)

La première solution à ce goulot consiste à **(D.2.1) améliorer le redéploiement et les capacités en SONU des sages-femmes, infirmiers et médecins dans les régions défavorisées**

Cette solution est d'autant plus importante que la présence de personnel qualifié dans les régions non desservies est essentielle pour le fonctionnement correct des structures de santé qui s'y trouvent. Aussi le renforcement des capacités des prestataires en SONU en vue de la prise en charge des urgences obstétricales et en audit des décès maternels est-elle nécessaire. L'existence d'un plan stratégique de développement des ressources humaines (RH) et la cartographie des RH en cours, sont des éléments en faveur de l'amélioration du redéploiement des personnels de santé. A cet effet et sur la base des données de 2009, le gap minimal à combler en personnel de santé (médecins non compris) par région se présente comme suit : (i) Denguélé-Bafing : 26 infirmiers, 53 sages-femmes ; (ii) Worodougou-Béré : 17 infirmiers, 39 sages-femmes ; Tonkpi : 15 infirmiers, 100 sages-femmes ; Cavally-Guémon : 39 infirmiers, 18 sages-femmes, soit au total 307 agents de santé (97 infirmiers et 210 sages-femmes).

La seconde solution vise à **(D.2.2) Renforcer le système de motivation du personnel à travers le financement basé sur la performance et- les concours maternités accueillantes et cercles d'or.**

L'instauration du système de motivation des personnels de santé lié au rendement vise à stimuler les professionnels de santé tout en créant un climat de saine émulation et de compétition bénéfique aux utilisateurs des services de santé. Ce système de financement basé sur la performance correspond à l'achat des services, et bénéficie d'un environnement favorable car des mesures de motivation similaire (primes d'intéressement...) existent au sein de certains ministères dont celui en charge de la santé. Le financement basé sur la performance initié en phase pilote dans le district de Ferkessédougou sera étendu à d'autres districts sanitaires tout en l'élargissant aux autres services essentiels de santé tels que la santé maternelle, la vaccination, etc.

Goulot D.3 : Faible disponibilité des données sanitaires

La solution relative à ce goulot est de **(D.3.1) renforcer les capacités de collecte, d'analyse, et de diffusion des structures en charge de la gestion des données de santé maternelle, à travers la formation et la fourniture en matériels informatiques.** Les difficultés de collecte, d'analyse, et de diffusion des données auxquelles sont confrontées les structures en charge de la gestion des données de santé maternelle, nécessitent que des mesures vigoureuses soient prises pour rendre disponibles les informations relatives aux données sanitaires. C'est ce qui justifie la solution relative au renforcement des capacités de collecte, d'analyse, et de diffusion des données au sein des structures (centrales et décentralisées) en charge de la gestion des données de santé maternelle. Cette action visant à améliorer le système d'information sanitaire et particulièrement celui de la santé maternelle, est un élément clé pour la prise de décision, la priorisation et la planification/suivi évaluation des interventions de santé maternelle. Le soutien technique et financier dont bénéficie la DIPE, de la part de certains partenaires (tels que JSI/Measure Evaluation et PEPFAR), s'inscrit dans le cadre de l'amélioration du système d'information sanitaire qui mérite d'être renforcé davantage. En outre, l'existence d'un plan national de l'information sanitaire, et la disponibilité de ressources humaines compétentes sont des atouts qui devraient aider à la mise en œuvre de la solution pour une meilleure fonctionnalité des structures de santé.

Goulot D.4 : Faiblesse du système de référence et contre-référence des urgences obstétricales

Pour faire face à ce goulot il importe de **(D.4.1) doter chaque district des zones défavorisées et à forte densité de population d'une ambulance et établir des partenariats incluant la contractualisation avec des compagnies de téléphonie mobile et des sociétés locales de transport pour les évacuations des urgences obstétricales.**

L'existence ou la présence d'ambulance permet de pallier à l'absence de blocs opératoires par une évacuation à temps vers les districts avoisinants disposant de structures de référence. Dans le souci d'offrir des soins de santé équitables aux populations, la dotation en ambulance des nouveaux districts constitue une priorité de l'état, des collectivités décentralisées, et des partenaires techniques et financiers.

Par ailleurs des partenariats incluant des contractualisations seront établis avec des compagnies de téléphonies mobiles et des entreprises locales de transports pour faciliter l'évacuation des parturientes.

E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées, et dans les zones à forte densité de population

Après identification de façon consensuelle des deux goulots d'étranglement qui freinent le développement des services de CPN recentrés, PTME et CPoN y compris les stratégies avancée et mobile dans les zones d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population, deux solutions sont proposées.

Goulot E.1 : Insuffisance de personnel formé et de moyens logistiques (véhicule, carburant, etc.) pour l'organisation des services de CPNr, PTME et CPoN y compris les stratégies avancée et mobile

La solution visant à la levée du goulot est de **(E.1.1) Renforcer les capacités des structures sanitaires dans le cadre de la réorganisation des services (personnel qualifié et moyens logistiques) pour l'offre des services intégrés de CPNr, PTME et CPoN y compris les stratégies avancée et mobile; en particulier dans les zones les plus défavorisées, d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population**

Il s'agira pour cette solution de former 2601 prestataires de santé en CPNr, PTME et CPoN, d'équiper 867 structures de santé maternelle et de doter les 16 districts sanitaires des régions du Worodougou-Béré (2), Denguélé-Baffing (4), Cavally-Guémon (4) et du Tonkpi (6), d'un véhicule 4X4 double cabine chacun, pour l'organisation de la stratégie avancée et mobile. Ces activités permettront d'améliorer l'offre et la qualité des services intégrés de CPNr, PTME et CPoN. Ce qui contribuera à accroître l'utilisation de ces services en vue de détecter, prévenir et prendre en charge précocement les complications liées à la grossesse, réduisant ainsi les risques de décès maternels. Ces activités sont inscrites dans le PMA des établissements sanitaires.

Goulot E.2 : Faible coordination et synergie des interventions SR/VIH

La solution consistant à **(E.2.1) : améliorer la coordination des interventions** vise à redynamiser le comité de coordination existant en organisant des activités conjointes de planification, revue semestrielle, visite trimestrielle de suivi et supervision. Ces activités permettront d'améliorer la coordination des activités de manière à offrir des services intégrés de CPNr, PTME et CPoN de qualité.

F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits, intrants stratégiques et produits sanguins particulièrement dans les zones non desservies

Pour faire face aux goulots qui bloquent le renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits et intrants stratégiques (vit A, fer, ARV, ATPE, Moustiquaire, vaccins, etc.) et produits sanguins dans les zones non desservies, des solutions ont été identifiées.

Goulot F.1 : Insuffisance de financement pour l'achat des produits et intrants stratégiques

Afin d'endiguer ce goulot, il est proposé de **(F.1.1) mobiliser des ressources additionnelles auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques**

Il s'agira (i) de conduire des actions de plaidoyer auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques, et (ii) d'acquérir les produits puis approvisionner les structures SR/PF

Goulot F.2 : Faiblesse de l'approvisionnement en produits sanguins par rapport aux besoins

Pour endiguer ce goulot, il est prévu de **(F.2.1) mettre en place 5 antennes de transfusion sanguine par an dans 5 régions sanitaires (à raison de 1 antenne par région), associant un système de collecte mobile**. La décentralisation des banques de sang, du système de collecte mobile, et la sensibilisation des populations sur le don de sang permettront d'accroître la disponibilité du sang, et de satisfaire les besoins en produits sanguins pour les urgences obstétricales.

Goulot F.3 : Faible capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement y compris les produits contraceptifs

Afin de lever ce goulot il convient de **(F.3.1) renforcer les capacités logistiques de la PSP à travers la formation, l'équipement, la dotation d'entrepôts décentralisés et de matériel informatique**

Le renforcement de capacités des gestionnaires en pharmacie permettra d'effectuer une bonne quantification des besoins et une bonne gestion des stocks. Pour assurer un bon circuit d'approvisionnement des points de prestation des services, il sera nécessaire de créer des entrepôts décentralisés dans les chefs lieux de région renforçant ainsi les moyens logistiques de la PSP-CI. Ceci aura pour conséquence d'améliorer au niveau des points de prestation des services, la disponibilité des médicaments indispensable à une prise en charge efficace des complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

Le tableau 6 ci-dessous résume les solutions d'accélération susceptibles de lever les principaux goulots d'étranglement qui font obstacle à la mise en œuvre des interventions clés sélectionnées, et de produire à court et moyen terme de meilleurs impacts sur la mortalité maternelle.

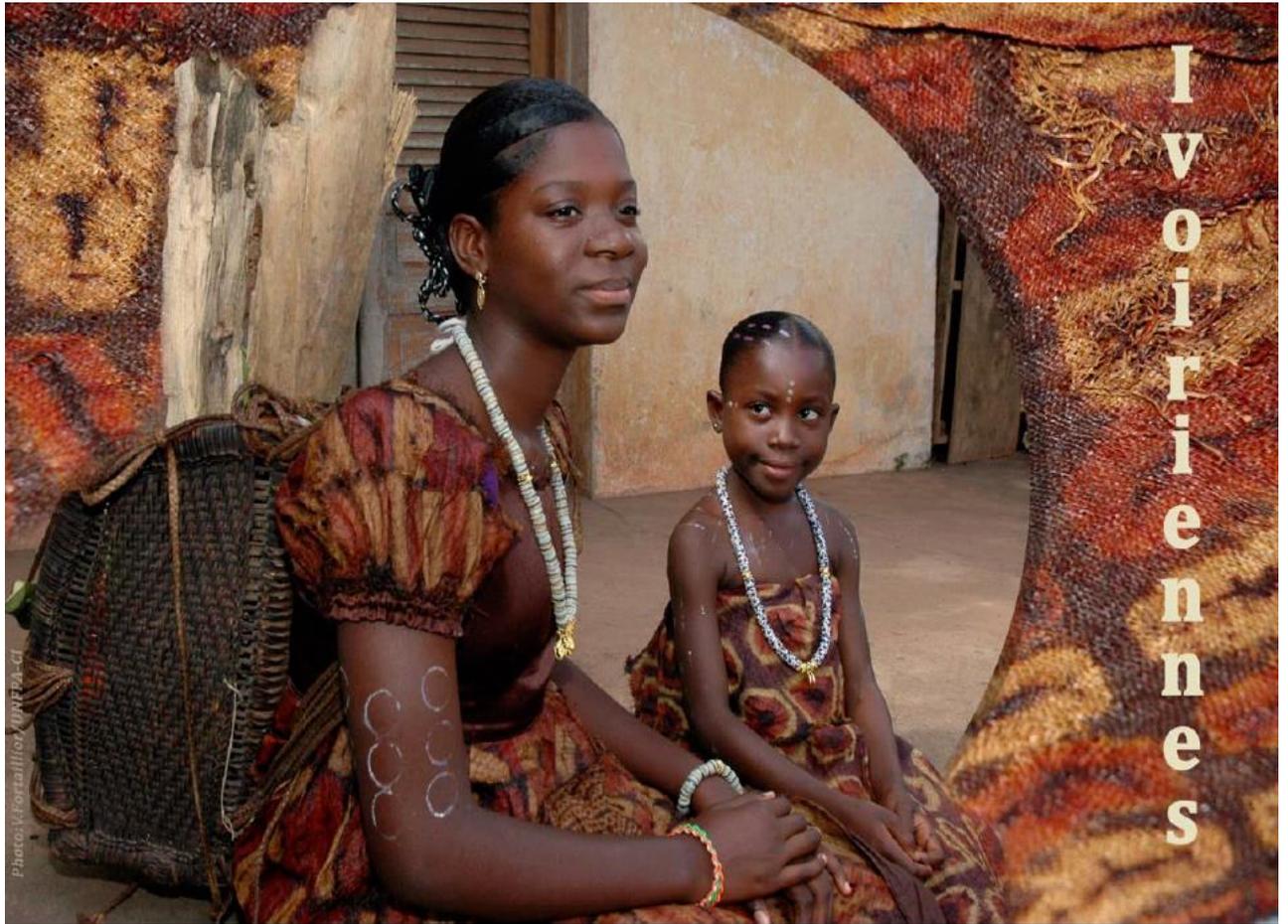
Tableau 6 : Récapitulatif des solutions identifiées

| Domaine prioritaire | Intervention stratégique | Goulots d'étranglement prioritaires | Solutions/mesures identifiées | |
|---|--|---|---|---|
| Planification Familiale | A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans | A.1 - Insuffisance des ressources pour l'acquisition et la gestion des produits contraceptifs | A.1.1 – Accroître les ressources de l'Etat allouées à l'achat des produits contraceptifs A.1.2 – Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources auprès du secteur privé, des partenaires bi et multilatéraux. en faveur de la PF | |
| | | A.2- Insuffisance de couverture des services de PF y compris le VIH | A.2.1 – Rendre fonctionnels 200 points de prestation par an pour l'offre de services de PF y compris le VIH, à raison de 150 structures de santé publiques et 50 centres de santé des entreprises privées | |
| | B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain | B.1 Faible participation communautaire dans la gestion des activités de PF et persistance des obstacles socio culturels | B.1.1 - Former 400 relais communautaires par an et les équiper en kits et moyens logistiques pour la DBC et les activités de sensibilisation | B.1.2 - Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation adaptées diffusées à travers les médias en langue locale avec l'implication des leaders communautaires et religieux |
| | | | | |
| Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | C.1 - Faiblesse du dispositif de gestion, de suivi et de contrôle de la mesure de gratuité | C.1.1 – Renforcer la gestion, le suivi et le contrôle pour une meilleure efficacité de la mesure de gratuité | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pedro, et dans les zones à forte densité de population</p> | <p>D.1 - Etat de vétusté et de dégradation très avancé des maternités et blocs opératoires, aggravé par la crise plus particulièrement dans les régions du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pedro, et dans les zones à forte densité de population</p> | <p>D.1.1 - Réhabiliter et/ou équiper 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique, 200 maternités, et construire 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique par an dans les régions défavorisées et à forte densité de population</p> |
| | | <p>D.2 - Inégale répartition et insuffisance de stratégie de motivation de personnel formé en SONU (médecins, infirmiers Sages-femmes)</p> | <p>D.2.1 – Améliorer le redéploiement et les capacités en SONU des sages-femmes, infirmiers et médecins dans les régions défavorisées</p> |
| | | | <p>D.2.2 - Renforcer le système de motivation du personnel à travers le financement basé sur la performance et- les concours maternités accueillantes et cercles d’or.</p> |
| | | <p>D.3 –Faible disponibilité des données sanitaires</p> | <p>D.3.1 - Renforcer les capacités de collecte, d'analyse, et de diffusion des structures en charge de la gestion des données de santé maternelle, à travers la formation et la fourniture en matériels informatiques</p> |
| | | <p>D.4 - Faiblesse du système de référence et contre-référence des urgences obstétricales</p> | <p>D.4.1 - Doter chaque district des zones défavorisées et à forte densité de population d'une ambulance et établir des partenariats incluant la contractualisation avec des compagnies de téléphonie mobile et des sociétés locales de transport pour les évacuations des urgences obstétricales.</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Amélioration de la surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum | E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées, et dans les zones à forte densité de population | E.1 – Insuffisance de personnel formé, et de moyens logistiques pour l'organisation des services intégrés de santé maternelle y compris les stratégies avancée et mobile | E.1.1 – Renforcer les capacités des structures sanitaires dans le cadre de la réorganisation des services (personnel qualifié et moyens logistiques) pour l'offre des services intégrés de CPNr, PTME et CPoN y compris les stratégies avancée et mobile; en particulier dans les zones les plus défavorisées, d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population |
| | | E.2. Faible coordination et synergie des interventions SR/VIH | E.2.1 - Améliorer la coordination des interventions |
| | F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits, intrants stratégiques et produits sanguins particulièrement dans les zones non desservies | F.1 - Insuffisance de financement pour l'achat des produits et intrants stratégiques | F.1.1 – Mobiliser des ressources additionnelles auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques |
| | | F.2 - Faiblesse de l'approvisionnement en produits sanguins par rapport aux besoins | F.2.1 - Mettre en place 5 antennes de transfusion sanguine par an dans 5 régions sanitaires (à raison de 1 antenne par région), associant un système de collecte mobile |
| | | F.3 - Faible capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement, y compris les produits contraceptifs | F.3.1 -- Renforcer les capacités logistiques de la PSP à travers la formation, l'équipement, la dotation d'entrepôts décentralisés et de matériel informatique |





Chapitre 5 : CADRE D'ACCELERATION DE L'OMD 5

La mortalité maternelle reste élevée en Côte d'Ivoire, rendant l'objectif de réduction de la mortalité maternelle improbable à atteindre/accomplir si les tendances actuelles se poursuivent. Cependant, selon le RSS 2007-2009, les cas de décès maternels notifiés dans certaines régions du pays, bien qu'étant élevés, sont inférieurs à la moyenne nationale. Il s'agit du Moyen-Comoé (331/ 100 000), du Sud-Comoé (268 /100 000), du N'Zi-Comoé (262 pour 100 000) et du Tonkpi (233 pour 100 000). Cela traduit que la Côte d'Ivoire a le potentiel pour accélérer le progrès vers l'atteinte de cet OMD.

Le gouvernement a déjà effectué des efforts considérables dans ce sens en mettant en œuvre la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2009-2013 et en élaborant le Plan National de Développement 2012-2015, ainsi que les politiques spécifiques dans le secteur de la santé.

Des interventions spécifiques mises en œuvre pour s'attaquer aux niveaux élevés de décès maternels ont été indiquées dans les sections précédentes (Chapitre 3, Section 3.2). Cependant, comme le montrent les indicateurs, de nombreux obstacles se dressant aux politiques, au financement, à l'offre et à l'utilisation des services, restent encore à lever.

Afin de faire avancer le progrès vers l'atteinte de l'OMD 5, trois (3) domaines particuliers d'accélération ont été choisis. Ce sont : (1) le Planning Familial ; (2) l'amélioration de l'accès aux Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) et (3) l'amélioration de la surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum.

5.1. – Plan d'Action Pays

La présente analyse du CAO a mis en exergue la plupart des goulots d'étranglement, ainsi que les solutions les plus efficaces pour les résoudre dans un proche délai, de manière à étendre efficacement et rapidement la couverture de ces interventions clés.

Le gouvernement de Côte d'Ivoire aura pour mission dans les 4 prochaines années d'éliminer les principaux goulots identifiés. Il sera appuyé par toutes les parties prenantes engagées dans la santé maternelle, à savoir les donateurs bilatéraux et multilatéraux, les agences et fonds des Nations Unies, la société civile et le secteur privé.

Le Plan d'actions qui s'inscrit dans la continuité de la Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles néonatale et infantile 2008-2015, est l'un des principaux résultats du processus du cadre d'accélération de l'OMD 5. Il couvre une période de quatre ans allant de 2012 à 2015. Le montant total du budget du plan d'action du CAO 5 est estimé à **quatre vingt milliards neuf cent seize millions neuf cent soixante quatre mille (80 916 964 000) F CFA, soit 161 833 928 US Dollars ou 123 537 349 Euros**. En 2012, le financement nécessaire s'élève à 19,5 milliards de FCFA. Il augmente à 21,8 milliards FCFA en 2013 du fait surtout que de nombreuses actions sont des préalables à des investissements ultérieurs. Il chute ensuite à 19,8 milliards en 2014 pour rester au même niveau (19,6 milliards) en 2015. Le financement des actions retenues dans le CAO 5 sera mobilisé auprès de nombreux acteurs diversifiés mais complémentaires. Ce sont : l'Etat, le secteur privé ivoirien, les Partenaires au développement dont les ONG internationales. La mobilisation des ressources financières auprès de ces différentes sources devra être effectuée dans une démarche concertée.

Ainsi, le présent CAO constitue la base d'un plan d'action pays qui entend regrouper tous les partenaires de manière à agir efficacement sur la mise en œuvre et l'extension des 3 domaines d'intervention prioritaires. Le Gouvernement de Côte d'Ivoire compte sur l'appui

technique de l'équipe pays des Nations Unies, particulièrement les agences en charge de la santé, pour la formulation et les modalités de mise en œuvre des solutions identifiées.

Des ressources additionnelles seront nécessaires, spécialement pour les soins obstétricaux néonataux d'urgence, qui pourraient être satisfaits avec l'aide des bailleurs bilatéraux et multilatéraux. Les ONG et les organisations de la société civile soutiendront la mise en œuvre des solutions, spécialement celles visant la sensibilisation et le plaidoyer pour le changement de comportement, aussi bien que le suivi de la prestation des services.

Le secteur privé sera aussi sollicité pour compléter l'offre des services du secteur public où existent des besoins additionnels non satisfaits. C'est uniquement à travers ce partenariat renouvelé et croissant avec des rôles et responsabilités clairement attribués, que le niveau élevé de décès maternels sera réduit pour l'atteinte ultime de l'OMD 5.

Ce plan d'action de l'OMD 5 ne remplace pas les cadres et processus nationaux de planification existants. Leur mise en œuvre devra se poursuivre de manière à assurer la continuité, la complémentarité et la pérennité. Cela constitue plutôt un sous ensemble des actions prioritaires qui ont besoin d'être urgemment soutenues pour accélérer le progrès.

5.1.1 - Cadre institutionnel et organisationnel de mise en œuvre du CAO

La mise en œuvre du CAO se fera sur la base de principes directeurs, tout en impliquant plusieurs secteurs et acteurs.

5.1.1.1 - Principes directeurs

La mise en œuvre efficace et efficiente du plan d'action du CAO repose sur des principes directeurs fondamentaux qui sont les suivants.

- i. **Une forte appropriation du CAO** par le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers est une condition indispensable pour l'atteinte des résultats escomptés ;
- ii. **Un leadership fort de la partie nationale** est également nécessaire pour une mise en œuvre efficace ;
- iii. **Un engagement fort des partenaires** à mobiliser les financements requis ;
- iv. **Le partenariat** : l'accent devra être mis sur la promotion de nouveaux partenariats et le renforcement des partenariats existants ;
- v. **La collaboration multisectorielle** : Vu le rôle des secteurs autres que la santé dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale, la collaboration multisectorielle en vue d'une synergie des interventions des différents acteurs est primordiale ;
- vi. **La bonne gouvernance** : l'application des principes de bonne gouvernance est indispensable à une mise en œuvre efficiente du CAO, ces principes se résument à la responsabilité, la transparence, et à l'obligation de rendre compte ;
- vii. **L'alignement** du CAO sur le PND 2012-2015, le PNDS et sur les politiques nationales en santé sexuelle et reproductive est un impératif.

5.1.1.2 - Secteurs et Acteurs d'intervention

Conformément à la multisectorialité, les acteurs de tous les secteurs de développement seront mobilisés pour la mise en œuvre de ce CAO. Il s'agit du Secteur Public, du Secteur Privé et de la Société civile. Les Partenaires multilatéraux et bilatéraux apporteront leurs appuis techniques et financiers à la mise en œuvre. Toutefois, la responsabilité première incombe au Ministère en charge de la Santé.

a. Le Secteur public

Le MSLS et certains départements ministériels seront en action, à travers leurs missions traditionnelles de service public contribuant à l'amélioration de la santé maternelle, pour mener des interventions en direction des prestataires des soins de santé, des bénéficiaires, et des partenaires intervenant dans le domaine de la santé maternelle.

De façon spécifique, les structures ci-après auront des mandats précis dans la mise en œuvre du CAO.

i. Le Ministère en charge de la santé

Le Ministère en charge de la Santé est responsable de la mise en œuvre du plan. Tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les institutions de formation et de recherche interviendront dans la mise en œuvre du plan.

Le niveau central :

- **Le Cabinet de Ministère en charge de la Santé, la Direction Générale de la Santé** superviseront le niveau régional et évalueront la mise en œuvre du CAO.

Toutes les autres directions centrales et institutions spécialisées du Ministère de la santé et de la Lutte contre le Sida qui ont un lien avec la santé maternelle et infantile œuvreront à la mise en œuvre du CAO. De même, tous les programmes nationaux impliqués dans la santé de la mère et de l'enfant travailleront en étroite collaboration. De façon spécifique, il s'agit de :

- **La Direction de la Santé Communautaire (DSC)** : elle coordonne les actions des programmes nationaux de santé. Elle assurera la vice présidence du cadre national de concertation des acteurs de la santé de la mère et de l'enfant ou le comité technique présidé par le Ministre en charge de la santé. Elle veillera à la tenue trimestrielle des réunions de coordination de ce comité.
- **La Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE)** selon l'organisation du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS), il incombe à cette direction, la responsabilité première du suivi et de l'évaluation de l'action sanitaire. Ainsi, elle assurera le suivi l'évaluation du CAO 5 en s'appuyant sur les indicateurs nationaux.
- **La Direction de prospective, de planification et de stratégie (DPPS)** contribuera en collaboration avec la DIPE, à la production des rapports d'évaluation en tant que structure du MSLS chargée du suivi des OMD relatifs à la santé.
- **La Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction (DC-PNSR)** est l'organe de coordination et d'impulsion de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction. A ce titre, elle assure, en collaboration avec les directions citées plus haut et les autres directions de programmes (PNSI, PNN, PNPEC, PNSSU, PNL), l'administration, l'animation, la mobilisation des ressources, le suivi et l'évaluation des activités. Elle assure la coordination opérationnelle de l'ensemble des activités du CAO 5.

Le niveau régional

Les Directions Régionales de la Santé seront chargées de la coordination, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités des directions départementales.

Le niveau opérationnel (district)

Les Directions Départementales de la Santé seront chargées de la mise en œuvre du CAO 5 au niveau local, d'assurer la promotion de la qualité des soins, d'animer et de coordonner les activités des structures sanitaires publiques et privées, d'assurer la mobilisation des ressources. Elles veilleront à assurer la liaison avec les autorités politiques, administratives et coutumières et à assurer la bonne marche des comités de suivi.

ii. Les autres départements ministériels

Le Ministère en charge de la Santé va promouvoir l'approche multisectorielle dans la mise en œuvre du CAO qui verra l'intervention des autres départements ministériels. Ces Ministères sont: le ministère de l'économie et des finances pour son rôle important dans l'allocation du budget et le financement des infrastructures et équipement sanitaires; le ministère de l'éducation nationale pour ce qui concerne l'éducation des jeunes et l'alphabétisation; le ministère de la famille, de la femme et de l'enfant pour les questions liées à la santé de la mère et de l'enfant et aux questions de genre ; le ministère en charge de la communication pour sa place dans la communication ; le ministère de la justice, relativement aux textes législatifs et réglementaires; le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique pour l'introduction des curricula de formations dans les formations de base; le ministère d'Etat, Ministère du plan et du développement en rapport avec la planification et la lutte contre la pauvreté; le ministère de la fonction publique pour les questions de recrutement et redéploiement du personnel de la santé; le ministère de la construction et de l'urbanisme pour les questions liées à la réhabilitation des infrastructures ; le ministère des infrastructures économiques, par rapport à l'amélioration des voies d'accès aux établissements sanitaires.

iii. Les collectivités territoriales, communautés et ménages

Les collectivités territoriales (Conseils municipaux et Conseils Régionaux) apporteront leurs appuis à la mise en œuvre du CAO à travers le financement des infrastructures, équipements des maternités, blocs opératoires, les suites de couches, l'achat des médicaments, des ambulances, l'entretien des voies d'accès établissements sanitaires dans leurs zones de compétences respectives. Les individus, les ménages, les familles et les communautés, les associations communautaires œuvreront à travers leurs actions de promotion, de mobilisation et de gestion de la santé maternelle et infantile.

b. Les Organisations Non Gouvernementales nationales et internationales

Les Organisations non Gouvernementales en tant que partenaires incontournables et relais importants contribueront à la mise en œuvre du CAO à travers la promotion de la Santé de la mère et de l'enfant et la mobilisation communautaire.

c. Le Secteur privé

Le secteur privé sera impliqué dans la mise en œuvre du CAO. Cette implication devra s'étendre aussi bien aux prestations des soins qu'au financement des infrastructures équipements, médicaments. Les statistiques sanitaires du secteur privé devront être régulièrement intégrées dans le système national d'information sanitaire.

d. Les Partenaires au développement

Les organismes de coopération bilatérale et multilatérale (PNUD, UNFPA, OMS, UNICEF, ONUSIDA, FAO, PEPFAR, Banque Mondiale...) apporteront à l'Etat leur appui technique, matériel et financier nécessaire à la mise en œuvre du CAO.

5.1.2 – Dispositif de coordination de la mise en œuvre du CAO

Deux organes devront être mis en place pour faciliter la coordination et l'exécution des différentes interventions inscrites dans le CAO. Il s'agit du comité de pilotage et du comité technique.

5.1.2.1 - Comité de pilotage (Organe politique d'orientation)

L'ancrage institutionnel du CAO se fera au niveau de la Présidence de la République dans le cadre d'un Comité de pilotage (Etat/PTF). Il aura pour mission d'orienter, de veiller à la bonne coordination et à l'harmonisation des interventions des différents acteurs, faciliter la mobilisation des ressources financières et techniques et veiller à l'alignement des appuis des partenaires techniques et financiers sur les priorités définies et de faire des recommandations nécessaires à la bonne exécution du CAO. De plus il sera chargé d'appuyer le comité technique et de valider les décisions dudit comité. Le comité de pilotage sera composé des représentants de la primature, du Cabinet du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, du Ministère de l'Economie et des Finances, des Ministères d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, des Infrastructures, de la Communication, de l'Intérieur, de la Construction, de l'Education, de la Fonction Publique, du Patronat ivoirien et les Partenaires Techniques et Financiers.

Le comité de pilotage se réunira une fois par semestre pour valider les rapport-bilans du comité technique. Il pourra également se réunir de façon exceptionnelle à la demande du comité technique. Il sera présidé par le Premier Ministre, et le secrétariat assuré par le Ministre en charge de la santé. Un acte réglementaire devra être pris à cet effet pour régir le fonctionnement du comité de pilotage.

5.1.2.2 - Comité technique (organe de coordination opérationnelle)

Il sera chargé de la coordination, du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du CAO. Il rendra compte régulièrement à travers les rapports d'étape de son évolution au comité de pilotage. Il veillera également à ce que toutes les actions dans le domaine de la Santé maternelle soient harmonisées, efficaces et visibles sur toute l'étendue du territoire ivoirien. Il est composé des représentants des organes et structures suivants : MEMPD, MEMEASS, MEF, MFFE, MSLS (DPPS, DIPE, DIEM, DSCMP, PSP, CNTS, PNSR/PF, PNSI, PNN, PNPEC, PNSSU, PNLP, DR, DD) ; les ONG nationales et internationales intervenant dans la santé maternelle et le secteur privé (CECI), les collectivités territoriales et les partenaires au développement.

Le comité technique devra se réunir au moins une fois par trimestre pour faire le bilan de la mise en œuvre du CAO. Il devra également préparer et fournir les documents nécessaires au comité de pilotage pour la tenue de ses réunions semestrielles. Présidé par le Ministre en charge de la santé, le PNSR/PF assure le secrétariat du Comité technique. Un acte réglementaire devra être également pris pour régir le fonctionnement du comité technique.

Le tableau 7 présente une vue d'ensemble du plan d'action pays comprenant les activités spécifiques relatives à chaque solution, les partenariats attendus pour chacune d'elles aussi bien que le financement nécessaire. Le tableau contient les engagements en cours (attentes basées sur les engagements précédents, prévisions de recettes du gouvernement, etc.) aussi bien que le gap/écart financier à mobiliser.

Tableau 7 : Plan d'Action du cadre d'accélération de l'OMD 5 en Côte d'Ivoire

| Interventions clés | Goulots d'étranglement prioritaires | Solutions/mesures identifiées | Partenaires potentiels | Coût Total en FCFA en US ⁴ Dollars en Euros ⁵ | Fonds disponibles | Partenaires financiers | Fonds à rechercher |
|--|---|---|---|---|-------------------|------------------------|--------------------|
| Domaine prioritaire 1 : Planification Familiale | | | | CFA 15 848 980 000 | | | |
| A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans | A.1 - Insuffisance des ressources pour l'acquisition et la gestion des produits contraceptifs | A.1.1 – Accroître les ressources de l'Etat allouées à l'achat des produits contraceptifs | Ministère de la Santé/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS); SNU (UNDP, UNFPA, OMS), BM, UE ; Coopération Française | CFA 150 000 000 \$ 300,000 € 229 008 | | | |
| | | A.1.2 – Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources auprès du secteur privé, des partenaires bi et multilatéraux. en faveur de la PF | Ministère de la Santé/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS); SNU (UNDP, UNFPA, OMS), BM, UE, Coopération Française ; Secteur privé | CFA 8 000 000 \$ 16,000 € 12 214 | | | |
| | A.2- Insuffisance de couverture des services de PF y compris le VIH | A.2.1 – Rendre fonctionnels 200 points de prestation par an pour l'offre de services de PF y compris le VIH, à raison de 150 structures de santé publiques et 50 centres de santé des entreprises privées | Ministère de la Santé/DFR/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS);SNU (UNFPA, OMS), BM | CFA 11 660 000 000 \$ 23,320,000 € 17 801 527 | | | |

⁴ Avec un taux de change de 1US dollars = 500 F CFA

⁵ 1 euro = 655,956 F CFA

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|--|--|
| B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain | B.1 Faible participation communautaire dans la gestion des activités de PF et persistance des obstacles socio culturels | B.1.1 - Former 400 relais communautaires par an et les équiper en kits et moyens logistiques pour la DBC et les activités de sensibilisation | Ministère de la Santé/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS); SNU (UNFPA, OMS), BM, UE | CFA 1 901 600 000 \$ 3,803,200 € 2 903 206 | | | |
| | | B.1.2 - Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation adaptées diffusées à travers les médias en langue locale avec l'implication des leaders communautaires et religieux | Ministère de la Santé/PNSR/DIEM ; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS); SNU (UNFPA, OMS), BM ; UE, Coopération Française | CFA 2 129 380 000 \$ 4,258,760 € 3 250 962 | | | |
| Domaine prioritaire 2 : Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | | | | CFA 47 336 450 000 \$ 94,672,900 € 72 269 389 | | | |
| C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | C.1 - Faiblesse du dispositif de gestion, de suivi et de contrôle de la mesure de gratuité | C.1.1 – Renforcer la gestion, le suivi et le contrôle pour une meilleure efficacité de la mesure de gratuité | Ministère de la Santé/PNSR/DIEM; Ministère de l'Economie et des Finances; Ministère de l'Intérieur ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | CFA 186 700 000 \$ 373,400 € 285 038 | | | |
| D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, du Cavally-Guémon, | D.1 - Etat de vétusté et de dégradation très avancé des maternités et blocs opératoires, aggravé par la crise plus particulièrement dans les régions du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé- | D.1.1 - Réhabiliter et/ou équiper 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique, 200 maternités, et construire 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique par an dans les régions défavorisées et à forte densité de population | Ministère de la Santé/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS); SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE | CFA 42 305 250 000 \$ 84,610,500 € 64 588 168 | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|--|--|
| du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pédro, et dans les zones à forte densité de population | Nawa-San Pedro, et dans les zones à forte densité de population | | | | | | | |
| | D.2 - - Inégale répartition et insuffisance de stratégie de motivation de personnel formé en SONU (médecins, infirmiers Sages-femmes) | D.2.1 – Améliorer le redéploiement et les capacités en SONU des sages-femmes, infirmiers et médecins dans les régions défavorisées | Ministère de la Santé/DRH; Ministère de l'Economie et des Finances; Ministère de Fonction Publique | CFA 1 200 000 000 \$ 2,400,000 € 1 832 061 | | | | |
| | | D.2.2 - Renforcer le système de motivation du personnel à travers le financement basé sur la performance et- les concours maternités accueillantes et cercles d'or. | | CFA/ 3 012 500 000 \$ 6,025,000 € 4 599 237 | | | | |
| | D.3 –Faible disponibilité des données sanitaires | D.3.1 - Renforcer les capacités de collecte, d'analyse, et de diffusion des structures en charge de la gestion des données de santé maternelle, à travers la formation et la fourniture en matériels informatiques | Ministère de la Santé/DIPE/DIEM/DFR; Collectivités territoriales ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | PM | | | | |
| | D.4 - Faiblesse du système de référence et contre-référence des urgences obstétricales | D.4.1 - Doter chaque district des zones défavorisées et à forte densité de population d'une ambulance et établir des partenariats incluant la contractualisation avec des compagnies de téléphonie mobile et des sociétés locales de transport pour les évacuations des urgences obstétricales. | Ministère de la Santé/DIEM/PNSR; Ministère de l'Economie et des Finances; Collectivités territoriales ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | CFA 632 000 000 \$ 1,264,000 € 964 885 | | | | |
| Domaine prioritaire 3 : Amélioration de la surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum | | | | CFA 17 244 890 000 \$ 34,489,780 | | | | |

| | | | | € 26 328 076 | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|--|
| E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées, et dans les zones à forte densité de population | E.1 – Insuffisance de personnel formé, et de moyens logistiques pour l'organisation des services intégrés de santé maternelle y compris les stratégies avancée et mobile | E.1.1 – Renforcer les capacités des structures sanitaires dans le cadre de la réorganisation des services (personnel qualifié et moyens logistiques) pour l'offre des services intégrés de CPNr, PTME et CPoN y compris les stratégies avancée et mobile; en particulier dans les zones les plus défavorisées, d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de population | Ministère de la Santé/DIEM/PNSR; Ministère de l'Economie et des Finances; Collectivités territoriales ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | CFA 2 600 000 000 \$ 5,200,000 € 3 969 466 | | | |
| | E.2. Faible coordination et synergie des interventions SR/VIH | E.2.1 - Améliorer la coordination des interventions | | PM | | | |
| F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits, intrants stratégiques et produits sanguins particulièrement dans les zones non desservies | F.1 - Insuffisance de financement pour l'achat des produits et intrants stratégiques | F.1.1 – Mobiliser des ressources additionnelles auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques | Ministère de la Santé/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS); SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE | CFA 6 907 040 000 \$ 13,814,080 € 10 545 099 | | | |
| | F.2 - Faiblesse de l'approvisionnement en produits sanguins par rapport aux besoins | F.2.1 - Mettre en place 5 antennes de transfusion sanguine par an dans 5 régions sanitaires (à raison de 1 antenne par région), associant un système de collecte mobile | Ministère de la Santé/CNTS/DIEM; Ministère de la Construction et de l'Urbanisme ; Ministère de l'Economie et des Finances ; Collectivités territoriales ; SNU (OMS, UNICEF, UNFPA, UNDP); BM; UE ; Coopération | CFA 3 162 850 000 \$ 6,325,700 € 4 828 779 | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|---|--|--|--|--|--|
| | | | Française | | | | |
| | F.3 - Faible capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement y compris les produits contraceptifs | F.3.1 — Renforcer les capacités logistiques de la PSP à travers la formation, l'équipement, la dotation d'entrepôts décentralisés et de matériel informatique | Ministère de la Santé/DFR/PNDAP/ PNSR/PSP | CFA 4 575 000 000 \$ 9,150,000 € 6 984 733 | | | |
| Suivi et Evaluation | | | | CFA 486 644 000 \$ 973,288 € 742 968 | | | |
| | Suivi/Supervision | | Ministère de la Santé/DIPE/DIEM/ DFR; Collectivités territoriales ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | CFA 450 644 000 \$ 901,288 € 688 006 | | | |
| | Evaluation | | Ministère de la Santé/DIPE/DIEM/ DFR; Collectivités territoriales ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | CFA 36 000 000 \$ 72,000 € 54 962 | | | |
| BUDGET TOTAL | | | | CFA 80 916 964 000 \$ 161,833,928 € 123 537 349 | | | |

5.2. – Plan de mise en œuvre et de suivi

Les OMD seront atteints en 2015 s'ils sont soutenus par de bonnes politiques, stratégies et actions de mise en œuvre, couplées avec un engagement politique fort et un financement adéquat ainsi que des capacités institutionnelles. L'approche coordonnée de la mise en œuvre efficace des services de PF, de SONU et de la Surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum, est au centre du succès de ce plan d'action. D'habitude, un tel effort est gêné par un faible système de suivi, particulièrement au stade de l'évaluation de l'efficacité des services en termes de couverture ou de résultats d'effets à tous les niveaux.

Le processus de collaboration et d'inclusion à travers lequel ce Cadre d'Accélération de l'OMD 5 et le Plan d'action Pays ont été rédigés sont des étapes initiales importantes permettant d'aller dans la bonne direction.

L'objectif du plan de mise en œuvre et de suivi – en tant que partie intégrale du plan d'action pays – est de faire le suivi des engagements pris et, par-dessus tout, de suivre le progrès réalisé dans le temps dans la mise en œuvre du plan d'action.

5.2.1 – Les mécanismes de suivi évaluation

Au sein du comité technique, la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) aura en charge le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du CAO5. Elle préparera pour le compte du comité technique les rapports d'étapes de l'évolution de la mise en œuvre du plan d'action en vue de permettre au comité technique de rendre compte régulièrement au comité de pilotage.

Les mécanismes mis en place pour suivre le CAO5 sont les suivants : (i) les réunions mensuelles de suivi des activités du CAO5, (ii) les réunions trimestrielles de suivi du CAO5, (iii) les réunions semestrielles, (iv) les réunions de suivi annuelles CAO5, (v) les missions de suivi, et (vi) l'évaluation du CAO5.

- (i) Les réunions mensuelles de suivi des activités du plan opérationnel : Le suivi mensuel aura pour objet de relever les contraintes susceptibles d'empêcher la réalisation des activités afin de corriger rapidement les difficultés. Pour ce faire, le suivi quotidien de la mise en œuvre du CAO5 est nécessaire.
- (ii) Les réunions trimestrielles de suivi du CAO5 : Les rencontres trimestrielles du comité technique se tiendront avec les partenaires au développement et les structures de mise en œuvre.
- (iii) Les réunions semestrielles de suivi : Les rencontres semestrielles de suivi du comité de pilotage serviront à valider les recommandations du comité technique.
- (iv) Les réunions de suivi annuel : Les réunions de suivi annuel du plan stratégique ont pour but de fournir aux partenaires techniques et financiers, l'information pertinente sur l'état d'avancement des activités planifiées, les difficultés rencontrées et les recommandations pour améliorer la mise en œuvre du plan.
- (v) Les missions de suivi : Il est prévu quatre (4) missions de suivi par an.

- (vi) Evaluation du CAO : Il est prévu une évaluation à mi-parcours du CAO à la fin de la deuxième année et une évaluation finale au terme de la mise en œuvre du CAO.

Les différentes évaluations porteront sur les paramètres suivants : (i) la disponibilité des services ; (ii) l'accessibilité des services ; (iii) la qualité des services ; (iv) le niveau d'intégration des services (intégration des services); (v) l'utilisation des services et (vi) la couverture des services.

5.2.2 – Les indicateurs de suivi évaluation

Le tableau 8 ci-dessous résume les principaux indicateurs de suivi évaluation du CAO 5. Regroupés en indicateurs de processus, d'effet, d'impact et d'engagement, ils permettront de suivre et d'évaluer le CAO 5.

Tableau 8 : Principaux indicateurs de suivi évaluation du CAO 5

| | Indicateurs | ANNEES | | | | |
|---|--|--------------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 2011 (Niveau de base) | 2 012 | 2 013 | 2 014 | 2 015 |
| | Population totale | 22 594 234 (INS) | 23 202 870 | 23 815 874 | 24 436 300 | 25 662 954 |
| | Population de femmes en âge de procréer | 5 648 429 (INS) | 5 773 860 | 5 888 434 | 6 053 271 | 6 220 234 |
| | Nombre de grossesses attendues | 903 769 (INS) | 928 115 | 952 635 | 977 452 | 1 026 518 |
| | Nombre de naissances attendues | 807 574 (INS) | 817 149 | 825 342 | 836 765 | 847 069 |
| 1 | Ratio de mortalité maternelle (100 000) | 470 (Estimations Nations Unies 2008) | 352 | 264 | 198 | 149 |
| | Nombre de décès | 3 796 | 2 876 | 2 179 | 1 657 | 1 262 |
| | Prévalence contraceptive (toutes méthodes modernes) | 9,5 (DIPE 2010) | 14,5 | 19,5 | 24,5 | 30 |
| 2 | Nombre de femmes en âge de procréer utilisant une méthode moderne de contraception | 536 601 | 837 210 | 1 148 245 | 1 483 051 | 1 866 070 |
| 3 | Besoins non satisfaits en planification familiale | 29 (MICS 2006) | 27 | 25 | 23 | 21 |
| 4 | Taux de natalité parmi les adolescentes | 24 (EIS 2005) | | | | |
| 5 | CPN1 | 87 (EIS 2005) | 90 | 93 | 96 | 99 |
| | Nombre de CPN1 attendues | 786 279 | 835 304 | 885 951 | 938 354 | 1 016 253 |
| 6 | CPN4 | 45% (EIS 2005) | 55% | 65% | 75% | 85% |
| | Nombre de CPN4 attendues | 406 696 | 510463 | 619213 | 733089 | 872540 |
| 7 | Proportion d'accouchements assistés par personnel de santé qualifié | 69,20% (DIPE) | 72% | 78 % | 84% | 90% |
| | Nombre d'accouchements assistés | 558 841 | 588347 | 643 767 | 702 883 | 762 362 |
| 8 | Taux de césarienne | 1,5 | 5,9 | 7,6 | 9,4 | 11,1 |
| | Nombre de naissances par césarienne | 12 114 | 47 647 | 62 103 | 77 582 | 92 881 |
| | | | | | | |

Le tableau 9 présente le plan de mise en œuvre et de suivi du CAO 5 comprenant les solutions d'accélération, les responsables de leur mise en œuvre, le chronogramme d'exécution des activités et les indicateurs des solutions proposées.

Tableau 9 : Plan de mise en œuvre et de suivi des activités du cadre d'accélération de l'OMD 5

| Activités/Solutions d'accélération | Partenaires potentiels | Période d'exécution (2012 à 2015) | | | | Responsable | Indicateurs | Source de vérification | Résultats attendus |
|--|---|-----------------------------------|--------|--------|--------|--|---|----------------------------|--|
| | | 1 2 | 1 3 | 1 4 | 1 5 | | | | |
| PHASE PRELIMINAIRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CAO 5 | | | | | | | | | |
| Adopter le CAO 5 | | | | | | Primature | CAO adopté en conseil de gouvernement puis en conseil des ministres | Journal Officiel de la RCI | Le document du CAO est adopté |
| Mettre en place les organes d'orientation et de coordination (Comité de pilotage et Comité technique) | | | | | | Primature | Nombre et nature des organes mis en place | Décret de création | Les organes d'orientation et de coordination (Comité de pilotage et Comité technique) sont mis en place |
| | | | | | | | | | |
| PHASE DE MISE EN ŒUVRE DU CAO 5 | | | | | | | | | |
| Domaine prioritaire 1 : Planification Familiale | | | | | | | | | |
| A.1.1 - Accroître les ressources de l'Etat allouées à l'achat des produits contraceptifs <ul style="list-style-type: none"> • Mener des activités de plaidoyer auprès gouvernement, des parlementaires, collectivités territoriales en faveur de la PF • Créer et approvisionner une ligne budgétaire ou un fonds spécifique destiné à l'achat de produits contraceptifs | Ministère de la Santé/DGS/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS); SNU (UNDP, UNFPA, OMS), BM, UE ; Coopération Française | | | | | Comité technique/M inistre en charge de la santé | - Nombre de plaidoyers organisés - Nombre de partenaires rencontrés -Montant des ressources allouées à l'achat des produits contraceptifs | Rapport d'activités | -- Un plaidoyer est mené en direction de 20 partenaires intervenant dans la santé maternelle -- Les ressources de l'Etat allouées à l'achat des produits contraceptifs sont accrues |
| A.1.2 – Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources auprès du secteur privé, des partenaires bi et multilatéraux. en faveur de la PF <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser au moins 4 PPP par an | Ministère de la Santé/DGS/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS); SNU (UNDP, UNFPA, OMS), BM, UE, Coopération Française ; Secteur privé | | | | | Ministère de la Santé/DGS | - Nombre de PPP conclus - Nombre de points de prestation de PF soutenus dans le | Rapport d'activités | 16 PPP sont formalisés entre le MSLS et le Secteur Privé en vue de leur appui à la santé |

| | | | | | | cadre du PPP | | maternelle | |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|----------------------|--|
| <p>A.2.1 - Rendre fonctionnels 200 points de prestation par an pour l'offre de services de PF y compris le VIH, à raison de 150 structures de santé publiques et 50 centres de santé des entreprises privées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser 13 ateliers de formation en TC et CD du VIH de 30 prestataires par atelier et par an • Identifier les structures de santé, leurs besoins en personnels, matériels et équipements • Doter les structures identifiées en matériel et équipement de PF | Ministère de la Santé/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS);SNU (UNFPA, OMS), BM | | | | | Ministère de la Santé/PNSR | Nombre ou proportion de points de prestation de services de PF incluant le VIH | Rapport d'activités | 800 points de prestation de services de PF y compris le VIH sont fonctionnels |
| <p>B.1.1 - Former 400 relais communautaires par an et les équiper en kits et moyens logistiques pour la DBC et les activités de sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser 10 ateliers de formation de 40 relais communautaires à la DBC, à la reconnaissance des signes de danger en matière de SR, la PTME et la référence, par atelier et par an • Organiser 6 visites de supervision par aire sanitaire et par an à raison d'une tous les 2 mois • Acquérir 400 kits d'animateurs par an (outils de gestion, produits contraceptifs, 400 bicyclettes et 200 motos) • Organiser une cérémonie de remise officielle et de distribution des kits | Ministère de la Santé/DSC/DFR/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS);SNU (UNFPA, OMS), BM, UE | | | | | Ministère de la Santé/DSC/DFR/PNSR | Nombre ou proportion des relais communautaires formés | Rapport de formation | 1600 relais communautaires sont formés à la DBC et aux activités de sensibilisation |
| <p>B.1.2 - Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation adaptées diffusées à travers les médias en langue locale avec l'implication des leaders communautaires et religieux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier d'élaboration et de révision des messages de sensibilisation SR/PF | Ministère de la Santé/PSP/PNSR/DIEM, ONG (AIBEF, ASAPSU, AIMAS), SNU (UNFPA, OMS), BM, UE, Coopération Française | | | | | Ministère de la Santé/DSC/PNSR | Nombre de message révisés/élaborés Nombre de supports produits Nombre de | Rapport d'activités | -- 4 messages clés de sensibilisation sur les CPN et PTME, la PF et CD, les CPoN SONU) sont révisés/élaborés -- Supports de |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Produire et reproduire les supports de sensibilisation • Faire le plaidoyer en direction des leaders communautaires et religieux en vue de leur adhésion aux activités de SR/PF • Mettre en place les « Ecoles de maris » dans chaque aire de santé (200 écoles de maris par an) • Diffuser sur les médias publics et privés, des messages clés incluant les adolescentes et les jeunes (432 diffusions sur la radio nationale, 2736 sur les radios de proximité 30 publi-reportages par an) • Organiser une caravane de sensibilisation de masse sur la santé maternelle/PF par an dans 19 grandes villes de Côte d'Ivoire (CARMMA) • Apporter un appui aux 400 relais communautaires (RC) pour l'organisation de 4 causeries de groupes et 4 visites à domicile par deux relais communautaires et par an | | | | | | <p>diffusions</p> <p>Nombre d'émissions radio et télé</p> <p>Nombre de campagnes de sensibilisation organisées</p> <p>Nombre de caravanes de sensibilisation réalisé</p> <p>Nombre de causeries de groupe réalisé</p> <p>Nombre de VAD réalisées</p> <p>Nombre de plaidoyer</p> <p>Nombre d'« Ecoles de maris » mis en place</p> | <p>sensibilisation sur les CPN et PTME, la PF et CD, les CPoN SONU (10 000 dépliants, 10 000 affiches, 1500 boîtes à image, 3 Kakemono, 4 affiches bâches numériques, 4 spots vidéo et 4 spots audio) sont produits</p> <p>-- Un plaidoyer est organisé en direction des leaders communautaires</p> <p>-- 200 « Ecoles de maris » sont mis en place</p> <p>-- Des messages clés sur les medias publics et privés (1728 diffusions sur la radio nationale, 10944 sur les radios de proximité 120 publi- reportages) par an</p> <p>-- 48 émissions radio et 16 téléés réalisées</p> <p>-- 4 caravanes de sensibilisation de masse sur la santé maternelle sont organisées dans les 19 grandes villes de CI</p> <p>-- 40 000 causeries de groupes et 40 000 VAD sont organisées dans la</p> |
|---|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|---|---|---------------------|---|
| | | | | | | | | | communauté -- Au moins 40% de la population totale en âge de procréer sont sensibilisés sur la santé maternelle -- Au moins 30% de la population des femmes en âge de procréer utilisent les services de santé maternelle (FDR RMMNI : Prévalence contraceptive de 10 à 30% d'ici 2015) |
| Domaine prioritaire 2 : Amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | | | | | | | | | |
| C.1.1 – Renforcer la gestion, le suivi et le contrôle pour une meilleure efficacité de la mesure de gratuité • Développer des outils de gestion pour le financement et le remboursement des structures de santé • Orienter les gestionnaires des structures sanitaires à l'utilisation des outils • Organiser une revue semestrielle de la gratuité ciblée pour des actions correctrices (évaluation et restitution) | Ministère de la Santé/DRH/DAF/DPPS/DGS ; Ministère de l'Economie et des Finances; Ministère de Fonction Publique; PEPFAR ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | | | | | Ministère de la Santé /Cabinet/DGS/D RH | Nombre/Type d'outils de gestion développés Nombre/proportion de gestionnaires orientés Nombre de revue semestrielle organisée | Rapport d'activités | Les outils de gestion pour le financement et le remboursement des structures de santé sont disponibles et utilisés |
| D.1.1 - Réhabiliter et/ou équiper 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique, 200 maternités, et construire 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique par an dans les régions défavorisées et à forte densité de population • Evaluer les besoins de réhabilitation, d'équipement et de construction des maternités et blocs opératoires • Réhabiliter 200 maternités et 10 blocs opératoires • Rééquiper 200 maternités et 10 blocs opératoires | Ministère de la Santé/PNSR, Ministère de l'Economie et des Finances; ONG (AIBEF, ASAPSU, AIMAS), SNU (UNDP, UNFPA, OMS), BM, UE, collectivités décentralisées, secteur privé | | | | | Ministère de la Santé/DIEM | Nombre ou proportion de blocs opératoires et de maternités réhabilités Nombre ou proportion de blocs opératoires construits | Rapport d'activités | -- 800 maternités et 40 blocs opératoires sont réhabilités/équipés -- 40 blocs opératoires sont construits dans les régions défavorisées et à forte densité de population |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---------------------------------|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Construire 10 blocs opératoires • Equiper 10 blocs opératoires | | | | | | | | |
| <p>D.2.1 – Améliorer le redéploiement et les capacités en SONU des sages-femmes, infirmiers et médecins dans les régions défavorisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition au moins 307 agents de santé (97 infirmiers et 210 sages femmes) qualifiés dans les centres de santé des régions les plus défavorisées • Former 400 prestataires de santé par an en SONU y compris les audits de décès maternels | Ministère de la Santé/DRH; Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère de Fonction Publique | | | | Ministère de la Santé/DRH | -- Nombre de personnel de santé redéployés dans Worodougou-Béré, Denguélé-Bafing, Tonkpi et Moyen-Cavally -- Nombre de personnes formées en SONU | -- Arrêté ou décision ministériel(le) -- Attestation de prise de service -- Rapport de formation | -- 307 agents de santé (97 infirmiers et 210 sages femmes) sont mis à la disposition des établissements sanitaires des régions de Worodougou-Béré, Denguélé-Bafing, Tonkpi et Moyen-Cavally -- 1600 prestataires de santé sont formés en SONU y compris les audits de décès maternels |
| <p>D.2.2 - Renforcer le système de motivation du personnel à travers le financement basé sur la performance et- les concours maternités accueillantes et cercles d'or.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier de présentation des résultats du projet pilote de motivation du personnel basé sur la performance en vue de son extension à d'autres districts • Mettre en œuvre le système de motivation dans d'autres districts • Mettre en place un comité de suivi de la mise en œuvre du système de motivation | Ministère de la Santé/DRH/DAF/DPPS/DGS ; Ministère de l'Economie et des Finances; Ministère de Fonction Publique; PEPFAR ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | | | | Ministère de la Santé/DRH | Existence de nouvelles mesures de motivation du personnel de santé' | Arrêté ou décision ministériel(le) | Le financement basé sur la performance est effectif dans les services de santé maternelle |
| <p>D.3.1 - Renforcer les capacités de collecte, d'analyse, et de diffusion des structures en charge de la gestion des données de santé maternelle, à travers la formation et la fourniture en matériels informatiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former 99 CSE de districts et régions sanitaires, et les personnels de suivi et évaluation du PNSR (3), de la DIPE (6), de la DPPS (3) et de la DPSE (3) à la collecte, | Ministère de la Santé/DIPE/DIEM/DFR, Collectivités territoriales, SNU (UNDP, UNFPA, OMS); BM, UE, Coopération Française | | | | Ministère de la Santé/DIPE/PNSR | --Nombre ou proportion de personnes formées --Nombre de districts et structures centrales ayant reçu des kits informatiques | Rapport d'activités | -- Les 99 CSE de districts et régions sanitaires, et les personnels de suivi et évaluation du PNSR (3), de la DIPE (6), de la DPPS (3) et de la DPSE (3) sont |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------------------------------------|---|---|--|
| à l'analyse et à la diffusion des données de santé maternelle | | | | | | | | formés à la collecte, à l'analyse et à la diffusion des données de santé maternelle -- Les services de suivi et évaluation des districts et régions sanitaires, du PNSR de la DIPE, de la DPPS et de la DPSE sont dotés en kits informatiques |
| <ul style="list-style-type: none"> • Doter les services de suivi et évaluation des districts et régions sanitaires, du PNSR de la DIPE, de la DPPS et de la DPSE en 50 kits informatiques (ordinateurs portables, ordinateurs fixes, imprimantes, vidéo projecteurs) | | | | | | | | |
| D.4.1 - Doter chaque district des zones défavorisées et à forte densité de population d'une ambulance et établir des partenariats incluant la contractualisation avec des compagnies de téléphonie mobile et des sociétés locales de transport pour les évacuations des urgences obstétricales. <ul style="list-style-type: none"> • Acquérir les ambulances • Organiser une cérémonie de remise officielle et distribution des ambulances • Organiser la contractualisation avec les compagnies de téléphonies mobiles et de transport pour l'évacuation des parturientes | Ministère de la Santé/DIEM/PNSR; Ministère de l'Economie et des Finances; Collectivités territoriales ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | | | | Ministère de la Santé/DIEM | Nombre ou proportion de districts sanitaires des zones défavorisées et à forte densité de population dotés d'une ambulance ou disposant de contrats avec les compagnies de téléphonies mobiles et de transport pour l'évacuation des parturientes | Rapport d'activités | 30 districts sanitaires des zones défavorisées et à forte densité de population sont dotés d'une ambulance ou disposent de contrats avec les compagnies de téléphonies mobiles et de transport pour l'évacuation des parturientes |
| Domaine prioritaire 3 : Amélioration de la surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum | | | | | | | | |
| E.1.1 – Renforcer les capacités des structures sanitaires dans le cadre de la réorganisation des services (personnel qualifié et moyens logistiques) pour l'offre des services intégrés de CPNr, PTME et CPoN y compris les stratégies avancée et mobile; en particulier dans les zones les plus défavorisées, d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de populations <ul style="list-style-type: none"> • Former (en 5 jours) 400 prestataires de santé en CPNr, PTME et CPoN par an | Ministère de la Santé/DIEM/PNSR; Ministère de l'Economie et des Finances; Collectivités territoriales ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | | | | Ministère de la Santé/DIEM /DFR/PNSR | -- Nombre ou proportion de prestataires formés -- Nombre ou proportion de structures de santé offrant la CPN équipées en matériels | Rapport d'activités Rapport de formation | -- 1200 prestataires sont formés en CPNr, PTME et CPoN -- 800 structures de santé offrant la CPN sont équipées en matériels -- 30 districts |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|
| <p>pendant 3 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equiper 200 structures par an en matériels pour l'offre de services de CPNr, PTME et CPoN • Doter 30 districts sanitaires d'un véhicule 4X4 double cabine chacun pour l'organisation de la stratégie avancée et mobile | | | | | | | -- Nombre ou proportion de districts dotés d'un véhicule 4X4 double cabine | | sanitaires des régions du Worodougou-Béré, Denguélé-Bafing, Cavally-Guémon et des Tonkpi sont dotés d'un véhicule 4X4 double cabine chacun pour l'organisation de la stratégie avancée et mobile |
| <p>E.2.1 - Améliorer la coordination des interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser le comité de coordination existant en organisant des revues semestrielles, des visites trimestrielles conjointes de suivi et de supervision (Le volet formation est déjà pris en compte dans la solution E.1.1) | Ministère de la Santé/DGS/DRS/DDS; PEPFAR ; SNU (UNDP, UNFPA; OMS); BM; UE ; Coopération Française | | | | | Ministère de la Santé/Cabin et/DGS | <p>Nombre de revues semestrielles organisées</p> <p>Nombre de visites trimestrielles conjointes de suivi et de supervision organisées</p> | Rapport d'activités | 8 revues semestrielles et 16 visites trimestrielles de suivi et supervisions sont organisées |
| <p>F.1.1 - Mobiliser des ressources additionnelles auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conduire des actions de plaidoyer auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires, et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques • Acquérir les produits et approvisionner les structures SR/PF | Ministère de la Santé/DGS/PNSR; ONG (AIBEF, ASAPSU; AIMAS); Ministère de l'Economie et des Finances ; Collectivités territoriales ; SNU (OMS, UNICEF, UNFPA, UNDP); BM; UE ; Coopération Française | | | | | Ministère de la Santé/DGS | <p>-- Nombre de plaidoyers organisés</p> <p>-- Nombre de partenaires rencontrés</p> <p>-- Montant des ressources allouées à l'achat des médicaments et intrants stratégiques</p> | Rapport d'activités | -- Un plaidoyer est mené en direction de 20 partenaires intervenant dans la santé maternelle -- Les ressources additionnelles de l'Etat allouées à l'achat des médicaments et intrants stratégiques sont mobilisées |
| <p>F.2.1 - Mettre en place 5 antennes de transfusion sanguine (TS) par an dans 5 régions sanitaires (à raison de 1 antenne par région), associant un système de collecte mobile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire une évaluation rapide des besoins de décentralisation des antennes de TS et identifier les régions à doter | Ministère de la Santé/CNTS/DIEM; Ministère de la Construction et de l'Urbanisme ; Ministère de l'Economie et des Finances ; Collectivités territoriales ; SNU (OMS, UNICEF, UNFPA, UNDP); BM; UE ; Coopération Française | | | | | Ministère de la Santé/DIEM | <p>Nombre d'antennes régionales mises en place</p> <p>Nombre de séances de collecte mobile organisées</p> | <p>Arrêté ou décision ministérielle</p> <p>Rapport d'activités</p> | <p>-- 19 régions sanitaires sont dotées d'antennes de transfusion sanguine</p> <p>-- 262 séances de collecte de sang</p> |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|---------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Exécuter les travaux de décentralisation dans les régions sélectionnées • Organiser 262 activités de collecte de sang y compris la collecte mobile à raison de 150 donneurs par collecte | | | | | | | | organisées |
| <p>F.3.1 – Renforcer les capacités logistiques de la PSP à travers la formation, l'équipement, la dotation d'entrepôts décentralisés et de matériel informatique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former en gestion logistique 150 prestataires de pharmacie par an pendant 2 ans • Equiper 200 pharmacies de districts, hôpitaux généraux, CHR et CHU en matériel informatique et matériel de stockage • Créer 5 entrepôts décentralisés de la PSP | Ministère de la Santé/DFR/PNDAP/PNSR/PSP | | | | Ministère de la Santé/DFR/PSP | <p>Nombre ou proportion des prestataires de santé formés en gestion logistique</p> <p>Nombre/type d'équipements reçus</p> | Rapport d'activités | <p>-- 300 prestataires sont formés en gestion logistique</p> <p>-- 200 pharmacies de districts, HG, CHR et CHU ayant leurs prestataires formés sont dotés en kit informatiques</p> |
| Suivi et Evaluation | | | | | | | | |
| <p>Suivi/supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions mensuelles de suivi des acteurs de mise en œuvre • Organiser des rencontres trimestrielles du comité technique • Organiser des revues semestrielles du CAO 5 • Organiser des revues annuelles du CAO 5 • Réaliser des missions de suivi et supervisions • Organiser une collecte active par an | | | | | Comité de pilotage / Comité technique / DPPS / DIPE PNSR / | <p>Nombre de réunions mensuelles, trimestrielles, semestrielles et annuelles</p> <p>Nombre collecte active organisée</p> | Rapport d'activités | <p>48 réunions de suivi mensuelle, 16 rencontres trimestrielles, 8 revues semestrielles et 4 revues annuelles sont organisées</p> <p>16 missions de suivi et supervisions</p> <p>4 collectes actives sont organisées</p> |
| <p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser deux évaluations à mi parcours et à la fin du CAO 5 | | | | | Comité technique/DIPE | <p>Nombre d'évaluation à mi parcours et finale</p> | Rapport d'activités | <p>Deux évaluations (en fin 2013 et fin 2015) sont réalisées</p> |

5.3. – Conditions de succès (risques et hypothèses) de la mise en œuvre du CAO 5

La Côte d'Ivoire s'achemine vers la sortie de crise. La reconstruction post crise du pays offre l'opportunité de mobiliser des ressources additionnelles en vue de la mise en œuvre du CAO.

Pour que les solutions retenues dans le plan d'action contribuent véritablement à la levée des goulots qui empêchent la mise en œuvre des interventions, et conduisent ainsi à l'atteinte de l'OMD 5 en 2015, les conditions ci-après doivent être réunies :

- La stabilité politique en Côte d'Ivoire;
- La disponibilité des ressources financières nécessaires ;
- Le redéploiement des agents de santé sur l'ensemble du territoire ;
- La motivation des acteurs du système de santé, sur le principe du financement basé sur la performance.

Par contre une dégradation de l'environnement socio politique pourrait perturber la mise en œuvre des activités au niveau opérationnel. L'engagement de l'Etat et des partenaires est primordial dans la réalisation dudit CAO. Cependant, confronté à plusieurs défis dans le cadre de la reconstruction post conflit et engagé dans le processus de réconciliation des ivoiriens, le gouvernement pourrait être contraint de réduire son appui.



ANNEXES

Annexe 1 : Références et sources de données

A. Documents stratégiques, de politique et plans stratégiques

- 1- Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial (AIBEF), **Plan stratégique National 2012-2016**, 2011
- 2- République de Côte d'Ivoire, **Plan d'Action du Programme de pays entre le Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire et le Fonds des Nations Unies Pour la Population (UNFPA), 2009-2013**, 2008
- 3- République de Côte d'Ivoire, **Programme de Travail Gouvernemental Juillet à Décembre 2011**
- 4- République de Côte d'Ivoire, **Programme Présidentiel 2011-2015, Programme Présidentiel d'Urgence**, 2011
- 5- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, **Proposition de plan d'action opérationnel d'urgence pour l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau né : Juin-Décembre 2011**, Mai 2011
- 6- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Feuille de route pour la planification familiale**, Juillet 2011
- 7- République de Côte d'Ivoire, Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, **Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2009-2013**, Janvier 2009
- 8- République de Côte d'Ivoire, Ministère d'Etat, Ministère du Plan et de Développement, **Stratégie Nationale de Développement basée sur les OMD (Costing 2006-2015)**, 2005
- 9- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, **Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013**, Décembre 2008
- 10- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/Sida, **Plan de passage à échelle de la PTME et de la prise en charge pédiatrique**, Janvier 2008
- 11- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Document de stratégie nationale de plaidoyer en faveur du repositionnement de la planification familiale en Côte d'Ivoire 2009-2010**
- 12- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Evaluation rapide de l'intégration du VIH/Sida et la santé sexuelle et de la reproduction**, 2010
- 13- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles néonatale et infantile 2008-2015**, Janvier 2008
- 14- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Fonds thématique pour la santé maternelle en Côte d'Ivoire 2009-2011**, 2008
- 15- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Plan d'action de Maputo : Plan de mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Côte d'Ivoire 2008-2010**, 2007

- 16-République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Plan stratégique de la santé de la reproduction 2010-2014**, Novembre 2009
- 17-République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction en Côte d'Ivoire 2008-2012**, 2007
- 18-République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Politique Nationale de santé de la reproduction**, Octobre 2008
- 19-République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Programmation complète des préservatifs féminins et masculins pour la prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées en Côte d'Ivoire : Plan d'action de mise à l'échelle 2011-2015**, 2010
- 20-République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Protocoles des services de santé de la reproduction**, Novembre 2009
- 21-République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé Infantile, **Plan pour la Survie de la mère et de l'enfant**,
- 22-République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de Santé Scolaire et Universitaire, **Politique nationale de la santé scolaire et universitaire**, Septembre 2009

B. Rapports d'étude, d'évaluation et d'activités

23. Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial (AIBEF), **Rapport d'évaluation du Plan stratégique National 2005-2009, Octobre 2010**
24. Rapport mondial des sages femmes
25. République de Côte d'Ivoire, **Objectifs du Millénaire pour le Développement : Rapport National**, Aout 2010
26. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation, **Annuaire des Statistiques Sanitaires 2010**, Décembre 2011
27. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation, **Rapport sur la situation sanitaire (RSS) 2007-2009**, Septembre 2011
28. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Rapport annuel d'activités DC- PNSR/PF 2009**, 2010
29. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Rapport annuel d'activités DC- PNSR/PF 2010**, 2011
30. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Rapport d'analyse situationnelle des instituts de formation et la pratique des sages femmes en Côte d'Ivoire**, Juillet 2009
31. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Rapport d'enquête SONU**, 2010
32. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Rapport de situation concernant la feuille de route pour accélérer la réalisation des objectifs du**

millénaire pour le développement relatifs à la sante maternelle et néonatale en Côte d'Ivoire, 2011

33. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Rapport d'évaluation des suites de couches**, Mai 2007
34. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction, **Rapport d'évaluation du projet « appui à l'intégration des composantes de la sante de la reproduction dans le paquet minimum d'activités des structures sanitaires fonctionnelles du centre et ouest des zones occupes » projet CERF**, Juillet 2008
35. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Santé de la Reproduction **Rapport d'évaluation du projet « appui à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale projet sou/pf (IVC03P03)**, Janvier 2009
36. Revue annuelle des projets du 6^{ème} programme de coopération Côte d'Ivoire – UNFPA 2009-2013 : **Etat de la mise en œuvre du PTA « Appui à la réduction de la mortalité maternelle et néo natale » de Janvier à Novembre 2009**
37. USAID Côte d'Ivoire, **Evaluation des ressources humaines pour la santé en Côte d'Ivoire**, Août 2005
38. USAID Côte d'Ivoire, **Analyse Situationnelle des Politiques Liées au VIH/SIDA en Côte d'Ivoire**, Janvier 2009

C. Expérience des autres pays

39. Cadre d'action régional pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans l'espace CEDEAO 2010-2012
40. Republic of Ghana, **MDG Acceleration Framework and Country Action Plan: Maternal Health**, July 2011
41. République du Niger, **Cadre d'accélération des OMD, OMD 1: Réduire l'extrême pauvreté et la faim ; Sécurité alimentaire et nutritionnelle au Niger**, Janvier 2011
42. Ridde, V. & Queuille, L. (2010). **L'exemption du paiement : un pays vers l'accès universel aux soins de santé. Expériences pilotes au Burkina Faso**
43. UNDP, **Favoriser le progrès : pour une accélération de la réalisation des OMD d'ici 2015, leçons des pays pilotes du Cadre d'accélération de la réalisation des OMD**, 2011

Annexe 2 : Processus de préparation du CAO en Côte d'Ivoire et leçons apprises

Tableau 10 : Processus de préparation du CAO en Côte d'Ivoire et leçons apprises

| Etape | Activités | Parties prenantes | Période d'exécution |
|--|--|---|--------------------------|
| Préparatoire | Travaux du groupe technique de travail CAO 5 <ul style="list-style-type: none"> - Réunion UNFPA- Coordination SNU -PNUD - Sensibilisation et information de la Direction de la Santé de la Reproduction et la Cellule Prospective et Stratégie du Ministère de la Santé et du VIH/sida - Actualisation de la feuille de route pour le CAO 5 - Implication des autres agences et acteurs concernés par l'OMD 5 (OMS, ONUSIDA, UNICEF, ONUFEMME) | Equipe technique : Ministère Santé et lutte contre le sida (Cellule Prospective, Direction Santé Reproduction), MEMPD/DSRP, UNFPA, Unité de Coordination, PNUD Ministère de la Santé et de la lutte contre le VIH/sida, UNFPA, Unité de Coordination, PNUD UNFPA, Unité de Coordination, PNUD | 26 aout – septembre 2011 |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration de TDR et recrutement de consultants - Echange méthodologique des consultants avec l'équipe technique | Ministère de la Santé et de la lutte contre le VIH/sida, UNFPA, Unité de Coordination, PNUD | 26 – 28 Octobre 2011 |
| Proposition de rapport préliminaire du CAO | <ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire : Analyse critique et état des lieux de documents de politiques, stratégies et plans existants et/ou en cours d'élaboration, des rapports d'études et d'activités dans le domaine de la santé maternelle - Indentification des interventions nécessaires à l'accélération de l'atteinte de l'OMD5 - Priorisation et sélection des interventions prioritaires - identification et priorisation des goulots d'étranglement - Proposition et priorisation des solutions - Soumission du premier draft du rapport préliminaire aux parties prenantes lors d'un atelier à la salle de conférence de la Direction régionale de la santé des Lagunes - Prise en compte des observations des participants | Consultants, Ministère de la Santé / sida, Equipe technique, OMS, ONUSIDA, UNICEF, FAO UNFPA, Unité de Coordination, PNUD | 1-22 novembre 2011 |
| Organisation d'un atelier de formation sur la méthodologie de formulation du CAO | <ul style="list-style-type: none"> - Orientation des participants sur la méthodologie de formulation du CAO - Présentation et analyse du rapport provisoire - Discussion sur les interventions identifiées et nécessaires à la réalisation des cibles retenues - Analyse de goulots d'étranglements à la réalisation des | RBA-Dakar Equipe technique, Consultants, MSLS, MEF, MEMPD, MFFE, ONG, OMS, ONUSIDA, UNFPA, Unité de Coordination, PNUD, | 23-25 novembre 2011 |

| | | | |
|--|---|---|---------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> cibles - Proposition des solutions pour la levée des goulots d'étranglement - Ebauche du plan d'actions prioritaires | | |
| Proposition de draft 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Intégration des observations issues de l'atelier par les consultants pour l'affinement du rapport produit - Soumission du draft 2 à l'équipe technique et recueil des observations lors d'une réunion de ladite équipe | Consultants Equipe technique | 25 novembre au 15 décembre 2011 |
| Proposition de draft 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Intégration des observations issues de la soumission du draft 2 aux membres de l'équipe technique par les consultants - Soumission du draft 3 à l'équipe technique - Visites des structures impliquées pour recueillir leurs contributions | Equipe technique, Consultants, MSLS, MEF, MEMPD, MFFE, ONG, OMS, ONUSIDA, UNFPA, Unité de Coordination, PNUD, | 5- 20 janvier 2012 |
| Production du draft 4 et soumission à validation | <ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des différentes contributions - Production du draft 4 | Consultants Equipe technique | 1-12 février 2012 |
| | Présentation à l'UNCT des interventions identifiées, goulots d'étranglement et solutions retenues, prise en compte de leurs orientations | Equipe technique | 13 février-mars 2012 |
| | Présentation aux autorités gouvernementales des interventions identifiées, goulots d'étranglement et solutions retenues, recherche de leur engagement et prise en compte de leurs orientations | Equipe technique | |
| | Finalisation du rapport sur l'accélération de l'OMD 5, y compris le plan d'actions, le cadre de son suivi | RBA-Dakar Equipe technique, Consultants | |
| | Présentation du plan d'actions et du cadre de suivi à l'UNCT | Equipe technique | |
| | Validation du rapport CAO final et sa prise en compte dans le Document de Politique de la Santé | Gouvernement | 25 – 27 avril 2012 |
| | | | |
| Leçons tirées | <p>Engagement du Gouvernement avec une forte implication du SNU dans la conduite du processus Le CAO a été développé sur la base de documents de politiques, stratégies et plans existants et/ou en cours d'élaboration dans le domaine de santé maternelle L'approche participative et l'implication des partenaires techniques clés ont fortement contribué à l'élaboration du Cadre d'Accélération et son Plan d'Actions Appui très appréciable RBA-Dakar dans la formulation du CAO Temps limite pour l'orientation des participants sur la méthodologie de formulation du CAO par RBA-Dakar</p> | | |

Annexe 3 : Critères de priorisation des solutions retenues

Tableau 11 : Critères de priorisation des solutions retenues

| INTERVENTIONS PRIORISEES | GOULOTS D'ETRANGLEMENT PRIORISES | SOLUTIONS IDENTIFIEES | IMPACT DE LA SOLUTION SUR LE GOULOT | FAISABILITE DE LA SOLUTION | PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE | RANG DES SOLUTIONS |
|--|---|---|---|--|--|---------------------------|
| A. Extension de l'offre de services de Planification Familiale clinique et de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs (y compris le dépistage du VIH) dans 800 structures de santé publiques et privées, particulièrement en milieu rural et périurbain, pour les femmes de 15 à 49 ans | A.1 - Insuffisance des ressources pour l'acquisition et la gestion des produits contraceptifs | A.1.1 – Accroître les ressources de l'Etat allouées à l'achat des produits contraceptifs | <u>Impact</u> : élevé ; <u>Durabilité</u> : incertaine ; Impact défavorable: NA | <u>Gouvernance</u> : il y a un environnement favorable - il y a un plan de plaidoyer ; <u>capacité</u> : bonne - les ressources humaines sont disponibles ; disponibilité de fonds: (activité prévue dans le plan d'action du PNSR); | Ministère de la Santé, PNSR; AIBEF, ASAPSU; AIMAS; UNFPA, OMS, BM, UE | 3 |
| | | A.1.2 – Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources auprès du secteur privé, des partenaires bi et multilatéraux. en faveur de la PF | <u>Impact/Ampleur</u> : très élevé ; <u>Durabilité</u> : élevé ; Impact défavorable: NA | <u>Gouvernance</u> : il existe un cadre global pour le PPP; bonne capacité à mettre en œuvre ce type d'activités ; disponibilité de fonds: activité prévue dans le plan d'action du PNSR; | Ministère de la Santé, PNSR; AIBEF, ASAPSU; AIMAS; UNFPA, OMS, BM, UE, Secteur privé | 2 |
| | A.2- Insuffisance de couverture des services de PF y compris le VIH | A.2.1 – Rendre fonctionnels 200 points de prestation par an pour l'offre de services de PF y compris le VIH, à raison de 150 structures de santé publiques et 50 centres de santé des entreprises privées | <u>Impact/Ampleur</u> : très élevé ; (La présence de personnels formés en PF, les équipements et l'approvisionnement en produits contraceptifs peuvent améliorer la qualité des services fournis) <u>Durabilité</u> : élevée ; Impact défavorable: NA | <u>Gouvernance</u> : il y a un environnement favorable - il existe un plan de formation en SR/PF et un plan de sécurisation des produits SR/PF ; <u>capacité</u> : bonne (existence de partenaires techniques et financiers qui soutiennent l'activité)- les ressources humaines sont disponibles ; disponibilité de fonds: activité prévue dans le plan d'action du PNSR avec le soutien des partenaires, notamment l'UNFPA | Ministère de la Santé, PNSR; AIBEF, ASAPSU; AIMAS; UNFPA, OMS, BM | 1 |
| INTERVENTIONS PRIORISEES | GOULOTS D'ETRANGLEMENT PRIORISES | SOLUTIONS IDENTIFIEES | IMPACT DE LA SOLUTION SUR LE GOULOT | FAISABILITE DE LA SOLUTION | PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE | RANG DES SOLUTIONS |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|---------------------------|
| B. Promotion de l'utilisation des services de santé maternelle en particulier la PF auprès des femmes et des hommes particulièrement en milieu rural et périurbain | B.1 Faible participation communautaire dans la gestion des activités de PF et persistance des obstacles socio culturels | B.1.1 - Former 400 relais communautaires par an et les équiper en kits et moyens logistiques pour la DBC et les activités de sensibilisation | <u>Impact</u> élevé: une fois les communautés impliquées on a des preuves que le taux d'utilisation des contraceptifs augmente de manière significative; <u>Durabilité</u> : élevée; Impact défavorable: NA. | <u>Gouvernance</u> : il y a un environnement favorable - des sessions de formation des relais communautaires en cours et des kits sont disponibles; capacité: bonne (existence de modules de formation et d'un pool national de formateurs)- les ressources humaines sont disponibles; disponibilité de fonds: activité prévue dans le plan d'action du PNSR avec le soutien des partenaires, notamment l'UNFPA | Ministère de la Santé, PNSR; AIBEF, ASAPSU; AIMAS; UNFPA, OMS, BM | 1 |
| | | B.1.2 - Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation adaptées diffusées à travers les médias en langue locale avec l'implication des leaders communautaires et religieux | <u>Impact</u> élevé (une meilleure information des communautés sur les bienfaits de la PF renforce l'utilisation/fréquentation des services) | <u>Gouvernance</u> : il y a un environnement favorable - un plan intégré de communication existe; capacité: bonne; disponibilité de fonds: activité prévue dans le plan d'action du PNSR avec le soutien des partenaires, notamment l'UNFPA | Ministère de la Santé, Ministère de la communication, PNSR; AIBEF, ASAPSU; AIMAS; REPMASCI; UNFPA, OMS, BM | 2 |
| INTERVENTIONS PRIORISEES | GOULOTS D'ETRANGLEMENT PRIORISES | SOLUTIONS IDENTIFIEES | IMPACT DE LA SOLUTION SUR LE GOULOT | FAISABILITE DE LA SOLUTION | PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE | RANG DES SOLUTIONS |
| C. Maintien de la mesure de gratuité relative aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) | C.1 - Faiblesse du dispositif de gestion, de suivi et de contrôle de la mesure de gratuité | C.1.1 – Renforcer la gestion, le suivi et le contrôle pour une meilleure efficacité de la mesure de gratuité | <u>Impact</u> : très élevé (Le renforcement du dispositif de gestion, de suivi et de contrôle devrait permettre la mise en œuvre effective des directives relatives à la gratuité des SONU) | <u>Gouvernance</u> : il y a un environnement favorable - Mesure de gratuité en cours <u>Capacité</u> : bonne; <u>Disponibilité de fonds</u> : Oui car la mesure de gratuité est inscrite dans le plan présidentiel d'urgence | Ministère de la Santé; Ministère de l'Economie et des Finances; Ministère de l'intérieur; PNSR; Partenaires Techniques et Financiers | 1 |
| INTERVENTIONS PRIORISEES | GOULOTS D'ETRANGLEMENT PRIORISES | SOLUTIONS IDENTIFIEES | IMPACT DE LA SOLUTION SUR LE GOULOT | FAISABILITE DE LA SOLUTION | PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE | RANG DES SOLUTIONS |
| D. Amélioration de la fonctionnalité des services de santé maternelle et néonatale au niveau national et spécifiquement dans les régions les plus défavorisées du Tonkpi, | D.1 - Etat de vétusté et de dégradation très avancé des maternités et blocs opératoires, aggravé par la crise plus particulièrement dans les régions du Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, | D.1.1 - Réhabiliter et/ou équiper 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique, 200 maternités, et construire 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique par an dans les régions défavorisées et à forte densité de population | <u>Impact</u> : élevé (La remise en état des infrastructures et équipements des maternités et blocs opératoires vétustes ou dégradés est essentielle pour améliorer l'accessibilité | <u>Gouvernance</u> : Environnement favorable - Activité prise en compte dans le plan d'urgence présidentiel; <u>Capacité</u> : bonne - Activité inscrite dans le plan d'urgence présidentiel; <u>Disponibilité de fonds</u> : Activité inscrite dans le | Ministère de la Santé; Ministère de l'Economie et des Finances; Collectivités territoriales; Ministère de la Construction, de | 2 |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|----------|
| du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pedro, et les zones à forte densité de population | du Gboklé-Nawa-San Pedro, et dans les zones à forte densité de population | | géographique et la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales) <u>Durabilité</u> : élevée <u>Impact défavorable</u> : NA | plan d'urgence présidentiel | l'Assainissement et de l'Urbanisme; PNSR; SNU; BM; UE | |
| | D.2 - - Inégale répartition et insuffisance de stratégie de motivation de personnel formé en SONU (médecins, infirmiers Sages-femmes) | D.2.1 – Améliorer le redéploiement et les capacités en SONU des sages-femmes, infirmiers et médecins dans les régions défavorisées | <u>Impact</u> : très élevé (La présence de personnel qualifié est essentielle) <u>Durabilité</u> : élevée ; <u>Impact défavorable</u> : NA | <u>Gouvernance</u> : Environnement favorable - Existence d'un plan stratégique de ressources humaines (RH), et cartographie des RH en cours; <u>Capacité</u> : bonne; <u>Disponibilité de fonds</u> : Pas nécessaire; <u>Facteurs additionnels</u> | Ministère de la Santé; Ministère de l'Economie et des Finances; Ministère de Fonction publique | 1 |
| | | D.2.2 - Renforcer le système de motivation du personnel à travers le financement basé sur la performance et- les concours maternités accueillantes et cercles d'or. | <u>Impact</u> : très élevé (La motivation permettra au personnel de compenser la surcharge de travail occasionnée par la mesure de gratuité) <u>Durabilité</u> : élevée ; <u>Impact défavorable</u> : NA. | <u>Gouvernance</u> : Environnement favorable - Existence de quelques mesures de motivation (primes d'intéressement...) et recherche par le gouvernement de mécanismes plus adaptés de motivation des fonctionnaires; Existence d'un programme pilote de fidélisation des personnels dans la région des savanes (Ferkessedougou) ; <u>Capacité</u> : bonne; <u>Fonds à rechercher</u> | Ministère de la Santé; Ministère de l'Economie et des Finances; Ministère de Fonction publique; Partenaires Techniques et Financiers | 5 |
| | D.3 –Faible disponibilité des données sanitaires | D.3.1 - Renforcer les capacités de collecte, d'analyse, et de diffusion des structures en charge de la gestion des données de santé maternelle, à travers la formation et la fourniture en matériels informatiques | <u>Impact</u> : élevé (L'amélioration du système d'information sanitaire et particulièrement de la santé maternelle est un élément clé pour la prise de décision, la priorisation et la planification/suivi évaluation) <u>Durabilité</u> : élevée <u>Impact</u> : défavorable | <u>Gouvernance</u> : Environnement favorable (Existence d'un plan national de l'information sanitaire); <u>Capacité</u> : bonne - les ressources humaines sont disponibles ; <u>Disponibilité de fonds</u> : De nombreux partenaires soutiennent la DIPE | Ministère de la Santé; Collectivités territoriales ; DIPE; PNSR; Partenaires Techniques et Financiers | 4 |
| | D.4 - Faiblesse du système de référence et contre-référence des urgences obstétricales | D.4.1 - Doter chaque district des zones défavorisées et à forte densité de population d'une ambulance et établir des partenariats incluant la contractualisation avec des | <u>Impact</u> : très élevé (Les moyens logistiques sont nécessaires à la réalisation de la référence et contre référence) <u>Durabilité</u> : élevée | <u>Gouvernance</u> : Environnement favorable - Existence d'un plan d'action humanitaire réalisé avec l'appui des partenaires pour la remise en état des infrastructures sanitaires et équipements; | Ministère de la Santé; Ministère de l'Economie et des Finances; Collectivités territoriales ; DIEM; | 3 |

| | | compagnies de téléphonie mobile et des sociétés locales de transport pour les évacuations des urgences obstétricales. | <u>Impact défavorable</u> : NA | <u>Capacité</u> : bonne; <u>Disponibilité de fonds</u> : Plan d'urgence présidentiel et appui financier des partenaires; | PNSR; Partenaires Techniques et Financiers | |
|--|--|---|--|--|--|--------------------|
| INTERVENTIONS PRIORISEES | GOULOTS D'ETRANGLEMENT PRIORISES | SOLUTIONS IDENTIFIEES | IMPACT DE LA SOLUTION SUR LE GOULOT | FAISABILITE DE LA SOLUTION | PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE | RANG DES SOLUTIONS |
| E. Développement des services intégrés de qualité de CPN recentrés, CPoN et de SR/VIH (PTME et prise en charge) y compris les stratégies avancées et mobiles dans les zones d'accès difficile et/ou reculées, et dans les zones à forte densité de population | E.1 – Insuffisance de personnel formé, et de moyens logistiques pour l'organisation des services intégrés de santé maternelle y compris les stratégies avancée et mobile | Renforcer les capacités des structures sanitaires dans le cadre de la réorganisation des services (personnel qualifié et moyens logistiques) pour l'offre des services intégrés de CPN, PTME et CPoN y compris les stratégies avancée et mobile; en particulier dans les zones les plus défavorisées, d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de populations | <u>Impact</u> : élevé (Les moyens logistiques sont nécessaires à la réalisation de la stratégie mobile et avancée des CPN et CPoN) ; <u>Durabilité</u> : élevée ; <u>Impact défavorable</u> : NA | <u>Gouvernance</u> : Environnement favorable - Stratégie avancée inscrite dans le PMA <u>Capacité</u> : bonne (Existence de prestataires formés); <u>Disponibilité de fonds</u> : Incertaine | Ministère de la Santé; Ministère de l'Economie et des Finances; Collectivités territoriales ; DIEM; PNSR; Partenaires Techniques et Financiers | 1 |
| | E.2. Faible coordination et synergie des interventions SR/VIH | E.2.1 - Améliorer la coordination des interventions | <u>Impact</u> : moyen (La coordination des interventions SR et VIH est nécessaire pour une intégration effective et efficiente) <u>Durabilité</u> : élevée; <u>Impact défavorable</u> : NA | <u>Gouvernance</u> : Environnement favorable - (Les programmes en charge du VIH et de la SR font désormais partie du même ministère avec des points focaux respectifs); <u>Capacité</u> : bonne - les ressources humaines sont disponibles ; <u>Disponibilité de fonds</u> : Les activités de coordination ne nécessitent pas de grands moyens | Ministère de la Santé, DGLS; DGS; PNSR; PNPEC; PLS-PHV; Organisations de la société civile; Partenaires Techniques et Financiers | 2 |
| INTERVENTIONS PRIORISEES | GOULOTS D'ETRANGLEMENT PRIORISES | SOLUTIONS IDENTIFIEES | IMPACT DE LA SOLUTION SUR LE GOULOT | FAISABILITE DE LA SOLUTION | PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE | RANG DES SOLUTIONS |
| F. Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution en produits, intrants stratégiques et produits sanguins | F.1 - Insuffisance de financement pour l'achat des produits et intrants stratégiques | F.1.1 – Mobiliser des ressources additionnelles auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques | <u>Impact</u> : élevé ; <u>Durabilité</u> : incertaine ; <u>Impact défavorable</u> : NA | <u>Gouvernance</u> : il y a un environnement favorable - il y a un plan de plaidoyer ; <u>capacité</u> : bonne - les ressources humaines sont disponibles ; disponibilité de fonds: (activité prévue dans le plan d'action du PNSR); | Ministère de la Santé, PNSR; AIBEF, ASAPSU; AIMAS; UNFPA, OMS, BM, UE | 2 |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|----------|
| particulièrement dans les zones non desservies | F.2 - Faiblesse de l'approvisionnement en produits sanguins par rapport aux besoins | F.2.1 - Mettre en place 5 antennes de transfusion sanguine par an dans 5 régions sanitaires (à raison de 1 antenne par région), associant un système de collecte mobile | <u>Impact</u> : très élevé (La décentralisation des banques de sang, les systèmes de collecte mobile, et la sensibilisation des populations sur le don de sang sont nécessaires à la disponibilité du sang, et à la satisfaction des besoins en produits sanguins dans les urgences obstétricales) ; <u>Durabilité</u> : élevée; <u>Impact défavorable</u> : NA | <u>Gouvernance</u> : Environnement favorable - (Existence d'un plan de décentralisation de banque de sang) ; <u>Capacité</u> : bonne - les ressources humaines sont disponibles ; <u>Disponibilité de fonds</u> : Existence de partenaires engagés dans la décentralisation des banques de sang: PEPFAR, UNFPA... | Ministère de la Santé, CNTS; Organisations de la société civile; SNU | 3 |
| | F.3 - Faible capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement y compris les produits contraceptifs | F.3.1 — Renforcer les capacités logistiques de la PSP à travers la formation, l'équipement, la dotation d'entrepôts décentralisés et de matériel informatique | <u>Impact</u> : élevé [Le renforcement des capacités des gestionnaires en pharmacie est nécessaire à la bonne gestion des stocks et à l'approvisionnement des point de prestation des services (PPS)] ; <u>Durabilité</u> : élevée ; <u>Impact défavorable</u> : NA | <u>Gouvernance</u> : Environnement favorable (Existence d'un plan de formation en gestion logistique) ; <u>Capacité</u> : bonne - les ressources humaines sont disponibles ; <u>Disponibilité de fonds</u> : Activité prévue dans le plan d'action du PNDAP | Ministère de la Santé, DIEM; PNDAP; PNSR; PSP | 1 |

Annexe 4 : Costing des actions spécifiques aux solutions prioritaires

Tableau 12 : Costing des actions spécifiques aux solutions prioritaires

| GOULOTS D'ETRANGLEMENT | SOLUTIONS PRIORITAIRES | ACTIONS | Coût 2012-2015 (millions FCFA) |
|---|---|--|--------------------------------|
| A.1 - Insuffisance de ressources pour l'acquisition et la gestion des produits contraceptifs | A.1.1 - Accroître les ressources de l'Etat allouées à l'achat des produits contraceptifs | • Mener des activités de plaidoyer auprès gouvernement, des parlementaires, collectivités territoriales en faveur de la PF | 30 |
| | | • Créer et approvisionner une ligne budgétaire ou un fonds spécifique destiné à l'achat de produits contraceptifs | 120 |
| | A.1.2 - Renforcer le partenariat pour la mobilisation des ressources auprès du secteur privé, des partenaires bi et multilatéraux. en faveur de la PF | Formaliser au moins 4 PPP par an | 8 |
| A.2 - Insuffisance de couverture des services de PF y compris le VIH | A.2.1 - Rendre fonctionnels 200 points de prestation par an pour l'offre de services de PF y compris le VIH, à raison de 150 structures de santé publiques et 50 centres de santé des entreprises privées | Organiser 13 ateliers de formation en TC et CD du VIH de 30 prestataires par atelier et par an | 1 200 |
| | | • Identifier les structures de santé, leurs besoins en personnels, matériels et équipements | 60 |
| | | • Doter les structures identifiées en matériel et équipement de PF | 10 400 |
| B.1 - Faible participation communautaire dans la gestion des activités de PF et persistance des obstacles socio culturels | B.1.1 - Former 400 relais communautaires par an et les équiper en kits et moyens logistiques pour la DBC et les activités de sensibilisation | • Organiser 10 ateliers de formation de 40 relais communautaires à la DBC, à la reconnaissance des signes de danger en matière de SR, la PTME et la référence, par atelier et par an | 800 |
| | | • Organiser 6 visites de supervision par aire sanitaire et par an à raison d'une tous les 2 mois | PM |
| | | • Acquérir 400 kits d'animateurs par an (outils de gestion, produits contraceptifs, 400 bicyclettes et 200 motos) | 1 081 |
| | | • Organiser une cérémonie de remise officielle et de distribution des kits | 20 |

| | | | |
|---|--|---|--------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Organiser un atelier d'élaboration et de révision des messages de sensibilisation SR/PF | 10 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Produire et reproduire les supports de sensibilisation | 1 056 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Faire le plaidoyer en direction des leaders communautaires et religieux en vue de leur adhésion aux activités de SR/PF | 0 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place les « Ecoles de maris » dans chaque aire de santé (200 écoles de maris par an) | 400 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Diffuser sur les médias publics et privés, des messages clés incluant les adolescentes et les jeunes (432 diffusions sur la radio nationale, 2736 sur les radios de proximité 30 publi-reportages par an) | 212,58 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Organiser une caravane de sensibilisation de masse sur la santé maternelle/PF par an dans 19 grandes villes de Côte d'Ivoire (CARMMA) | 250,8 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Apporter un appui aux 400 relais communautaires (RC) pour l'organisation de 4 causeries de groupes et 4 visites à domicile par deux relais communautaires et par an | 200 |
| | B.1.2 - Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation adaptées diffusées à travers les médias en langue locale avec l'implication des leaders communautaires et religieux | | |
| C.1 - Faiblesse du dispositif de gestion, de suivi et de contrôle de la mesure de gratuité | C.1.1 – Renforcer la gestion, le suivi et le contrôle pour une meilleure efficacité de la mesure de gratuité | <ul style="list-style-type: none"> Développer des outils de gestion pour le financement et le remboursement des structures de santé | 26,7 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Orienter les gestionnaires des structures sanitaires à l'utilisation des outils | 160 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Organiser une revue semestrielle de la gratuité ciblée pour des actions correctrices (évaluation et restitution) | PM |
| D.1 - Etat de vétusté et de dégradation très avancé des maternités et blocs opératoires, aggravé par la crise plus particulièrement dans les régions du | D.1.1 - Réhabiliter et/ou équiper 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique, 200 maternités, et construire 10 blocs opératoires de gynéco-obstétrique par an dans les régions défavorisées et à forte densité de population | <ul style="list-style-type: none"> Evaluer les besoins de réhabilitation, d'équipement et de construction des maternités et blocs opératoires | PM |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Réhabiliter 200 maternités et 10 blocs opératoires | 13 000 |

| | | | |
|---|--|---|-----------------|
| Tonkpi, du Cavally-Guémon, du Kabadougou-Bafing-Folon, du Gboklé-Nawa-San Pedro, et dans les zones à forte densité de population | | • Rééquiper 200 maternités et 10 blocs opératoires | 23 875 |
| | | • Construire 10 blocs opératoires | 800 |
| | | • Equiper 10 blocs opératoires | 4 630,25 |
| D.2 Inégale répartition et insuffisance de stratégie de motivation de personnel formé en SONU (médecins, infirmiers Sages-femmes) | D.2.1 – Améliorer le redéploiement et les capacités en SONU des sages-femmes, infirmiers et médecins dans les régions défavorisées | • Mettre à disposition au moins 307 agents de santé (97 infirmiers et 210 sages femmes) qualifiés dans les centres de santé des régions les plus défavorisées | PM |
| | | • Former 400 prestataires de santé par an en SONU y compris les audits de décès maternels | 1 200 |
| | D.2.2 - Renforcer le système de motivation du personnel à travers le financement basé sur la performance et- les concours maternités accueillantes et cercles d'or. | • Organiser un atelier de présentation des résultats du projet pilote de motivation du personnel basé sur la performance en vue de son extension à d'autres districts | 12,5 |
| | | • Mettre en œuvre le système de motivation dans d'autres districts | 3 000 |
| | | • Mettre en place un comité de suivi de la mise en œuvre du système de motivation | PM |
| | | | |
| D.3 –Faible disponibilité des données sanitaires | D.3.1 - Renforcer les capacités de collecte, d'analyse, et de diffusion des structures en charge de la gestion des données de santé maternelle, à travers la formation et la fourniture en matériels informatiques | • Former 99 CSE de districts et régions sanitaires, et les personnels de suivi et évaluation du PNSR (3), de la DIPE (6), de la DPPS (3) et de la DPSE (3) à la collecte, à l'analyse et à la diffusion des données de santé maternelle | PM |
| | | • Doter les services de suivi et évaluation des districts et régions sanitaires, du PNSR de la DIPE, de la DPPS et de la DPSE en 50 kits informatiques (ordinateurs portables, ordinateurs fixes, imprimantes, vidéo projecteurs) | PM |
| D.4 - Faiblesse du système de référence et contre-référence des | D.4.1 - Doter chaque district des zones défavorisées et à forte densité de population d'une ambulance et établir des | • Acquérir les ambulances | 500 |

| | | | |
|--|--|---|-----------------|
| urgences obstétricales | partenariats incluant la contractualisation avec des compagnies de téléphonie mobile et des sociétés locales de transport pour les évacuations des urgences obstétricales. | • Organiser une cérémonie de remise officielle et distribution des ambulances | 2 |
| | | • Organiser la contractualisation avec les compagnies de téléphonies mobiles et de transport pour l'évacuation des parturientes | 130 |
| E.1 – Insuffisance de personnel formé, et de moyens logistiques pour l'organisation des services intégrés de santé maternelle y compris les stratégies avancée et mobile | E.1.1 – Renforcer les capacités des structures sanitaires dans le cadre de la réorganisation des services (personnel qualifié et moyens logistiques) pour l'offre des services intégrés de CPNr, PTME et CPoN y compris les stratégies avancée et mobile; en particulier dans les zones les plus défavorisées, d'accès difficile et/ou reculées et dans les zones à forte densité de populations | • Former (en 5 jours) 400 prestataires de santé en CPNr, PTME et CPoN par an pendant 3 ans | 400 |
| | | • Equiper 200 structures par an en matériels pour l'offre de services de CPNr, PTME et CPoN | 1 600 |
| | | • Doter 30 districts sanitaires d'un véhicule 4X4 double cabine chacun pour l'organisation de la stratégie avancée et mobile | 600 |
| E.2. Faible coordination et synergie des interventions SR/VIH | E.2.1 - Améliorer la coordination des interventions | • Redynamiser le comité de coordination existant en organisant des revues semestrielles, des visites trimestrielles conjointes de suivi et de supervision (Le volet formation est déjà pris en compte dans la solution E.1.1) | PM |
| F.1 - Insuffisance de financement pour l'achat des produits et intrants stratégiques | F.1.1 - Mobiliser des ressources additionnelles auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques | • Conduire des actions de plaidoyer auprès du gouvernement, des collectivités décentralisées, des partenaires, et du secteur privé pour l'achat des médicaments et intrants stratégiques | 19,2 |
| | | • Acquérir les produits et approvisionner les structures SR/PF | 6 887,84 |
| F.2 - Faiblesse de l'approvisionnement en produits sanguins par rapport aux besoins | F.2.1 - Mettre en place 5 antennes de transfusion sanguine (TS) par an dans 5 régions sanitaires (à raison de 1 antenne par région), associant un système de collecte mobile | • Faire une évaluation rapide des besoins de décentralisation des antennes de TS et identifier les régions à doter | PM |
| | | • Exécuter les travaux de décentralisation dans les régions sélectionnées | 2 200 |

| | | | |
|---|---|---|-------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Organiser 262 activités de collecte de sang y compris la collecte mobile à raison de 150 donneurs par collecte | 1 283,8 |
| F.3 - Faible capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement y compris les produits contraceptifs | F.3.1 – Renforcer les capacités logistiques de la PSP à travers la formation, l'équipement, la dotation d'entrepôts décentralisés et de matériel informatique | <ul style="list-style-type: none"> Former en gestion logistique 150 prestataires de pharmacie par an pendant 2 ans | 75 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Equiper 200 pharmacies de districts, hôpitaux généraux, CHR et CHU en matériel informatique et matériel de stockage | 200 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Créer 5 entrepôts décentralisés de la PSP | 4 300 |
| Suivi/Supervision | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Organiser une revue semestrielle de la gratuité ciblée pour des actions correctrices (évaluation et restitution) (C.1.1) | | | 120 |
| <ul style="list-style-type: none"> Evaluer les besoins de réhabilitation, d'équipement et de construction des maternités et blocs opératoires (D.1.1) | | | 10 |
| <ul style="list-style-type: none"> Former 99 CSE de districts et régions sanitaires, et les personnels de suivi et évaluation du PNSR (3), de la DIPE (6), de la DPPS (3) et de la DPSE (3) à la collecte, à l'analyse et à la diffusion des données de santé maternelle (D.3.1) | | | 42,5 |
| <ul style="list-style-type: none"> Doter les services de suivi et évaluation des districts et régions sanitaires, du PNSR de la DIPE, de la DPPS et de la DPSE en 50 kits informatiques (ordinateurs portables, ordinateurs fixes, imprimantes, vidéo projecteurs) (D.3.1) | | | 60 |
| <ul style="list-style-type: none"> Redynamiser le comité de coordination existant en organisant des revues semestrielles, des visites trimestrielles conjointes de suivi et de supervision (Le volet formation est déjà pris en compte dans la solution E.1.1) (E.2.1) | | | 98,544 |
| <ul style="list-style-type: none"> Faire une évaluation rapide des besoins de décentralisation des antennes de TS et identifier les régions à doter (F.2.1) | | | 10 |
| <ul style="list-style-type: none"> Organiser 6 visites de supervision par aire sanitaire par an à raison d'une visite tous les deux mois | | | 48 |
| <ul style="list-style-type: none"> Organiser des réunions mensuelles de suivi des acteurs de mise en œuvre | | | 7,2 |
| <ul style="list-style-type: none"> Organiser des rencontres trimestrielles du comité technique | | | 2,4 |
| <ul style="list-style-type: none"> Organiser des revues annuelles du CAO 5 | | | 16 |
| <ul style="list-style-type: none"> Organiser une collecte active par an | | | 36 |
| Evaluation | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Organiser une évaluation à mi parcours | | | 18 |
| <ul style="list-style-type: none"> Organiser une évaluation finale | | | 18 |
| Coût Total | | | 80 916,964 |

