

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**



**FEUILLE DE ROUTE
POUR ACCELERER LA REDUCTION
DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE
MATERNELLES, NEONATALES ET INFANTILES**

COTE D'IVOIRE

2008 - 2015

**UNE COTE D'IVOIRE OU AUCUNE FEMME NE MEURT EN DONNANT LA
VIE ET OU CHAQUE ENFANT NAIT EN BONNE SANTE ET VIT
SAINEMENT**

Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement.

Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement.

UNE COTE D'IVOIRE OU AUCUNE FEMME NE MEURT EN DONNANT LA VIE ET OU CHAQUE ENFANT NAÎT EN BONNE SANTÉ ET VIT SAINEMENT

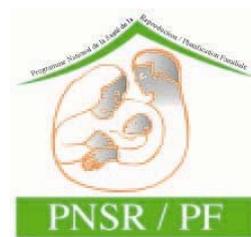


TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
PREFACE.....	7
REMERCIEMENTS.....	9
ENGAGEMENTS.....	10
RESUME.....	13
INTRODUCTION	15
I- PRESENTATION DE LA COTE D'IVOIRE	16
I-1 Situation Géographique.....	16
I-2 Situation Administrative	16
I-3 Situation socio-démographique.....	16
I-4 Situation économique.....	17
I-5 Situation politique	17
II- ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE.....	18
II-1 Système de santé	18
II-2 Santé maternelle	20
II-3 Santé néonatale, infantile et infanto juvénile	22
II-4 Offre des services	23
II-5 Communauté	25
II-6 Suivi, évaluation et coordination.....	25
II-7 Problèmes prioritaires	26
II-8 Actions entreprises / Atouts	26
III- DEFIS.....	28
IV- PRINCIPES DIRECTEURS	28
V- VISION	29
VI- OBJECTIFS	30
VI-1 Objectifs Généraux.....	30
VI-2 Objectifs Spécifiques.....	30
VII- STRATEGIES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES	30
VIII- BENEFICIAIRES	39
IX- MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE.....	39
IX-1 Scénario 1: Le retour à la paix	39
IX-2 Scénario 2: Le pays toujours divisé.....	39
IX-3 Scénario 3: le chaos.....	40
IX-4 Plan de mise en œuvre et de suivi	41
X- SUIVI ET EVALUATION	61
X - 1 Dispositif pour le suivi des activités	61
X - 2 Indicateurs de suivi.....	61
XI- RESSOURCES NECESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE.....	67
XII- CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE	68
CONCLUSION.....	69
ANNEXES.....	70
A- Paquet Minimum d'activités.....	67
B- Budget détaillé	74
C- Coût estimatif des kits d'urgence SINU a supporter par l'état en cas de gratuité.....	90
D- Comite technique d'élaboration de la feuille de route	91
E- Liste des personnes ayant participé a l'élaboration de la feuille de route	92

LISTE DES ABREVIATIONS

AIBEF	: Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial
AIMAS	: Association Ivoirienne pour le Marketing Social
ASFI	: Association des Sages femmes Ivoiriennes
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CI	: Côte d'Ivoire
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CoGes	: Comité de Gestion
CPN	: Consultation Périnatale
CRESARCI	: Cellule de Recherche sur la Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
CSR	: Centre de Santé Rural
CSU	: Centre de Santé Urbain
DAF	: Direction des Affaires Financières
DC-PNSR/PF	: Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction / Planification Familiale
DD	: Direction Départementale de la Santé
DIPE	: Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DR	: Direction Régionale de la Santé
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EIS	: Enquête sur les Indicateurs du Sida
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine
IEC/CCC	: Information, Education, Communication /Communication pour le Changement de Comportement
INFAS	: Institut National de Formation des Agents de Santé
INFS	: Institut National de Formation Sociale
INS	: Institut National de la Statistique
INSP	: Institut National de Santé Publique
ISF	: Indice Synthétique de fécondité
MFFAS	: Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSP	: Ministère de la Santé Publique
NU	: Nations Unies
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale

PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNN	: Programme National de Nutrition
PNPEC	: Programme National de Prise En Charge des Personnes vivant avec le VIH
PNSI	: Programme National de Santé Infantile
PNSSU	: Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PSP	: Pharmacie de la Santé Publique
PTME	: Prévention de la Transmission Mère- Enfant
RASS	: Rapport des Activités des Services de Santé
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAA	: Soins Après Avortement
SASDE	: Stratégie Accélérée de la Survie et du Développement de l'Enfant
SOCOCI	: Société de Gynéco-Obstétrique de Côte d'Ivoire
SYSAFCI	: Syndicat des Sages femmes de Côte d'Ivoire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	: Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	: Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	: Soins Obstétricaux d'Urgence Complet
SR	: Santé de la Reproduction
SSP	: Soins de Santé Primaire
TPS	: Tradipraticiens de santé
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UFR – SMA	: Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicale d'Abidjan
UFR SCM B	: Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicale de Bouaké
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

PREFACE

En Côte d'Ivoire, la mortalité maternelle et néonatale est une préoccupation majeure car elle persiste à un niveau élevé malgré les stratégies et interventions mises en œuvre pour faire face à cette question de la survie de la mère et du nouveau-né. Alors que dans les pays développés, la moyenne des ratios de mortalité maternelle se situe autour de 10 pour 100.000 naissances vivantes, en Côte d'Ivoire ce ratio est estimé en 2005 à 543 et se traduit par deux décès maternels toutes les trois heures. S'agissant des enfants, les taux de mortalité infantile (84‰) et juvénile (125‰) figuraient en 2005 parmi les plus élevés au monde.

Dans le contexte actuel de technologie avancée, il est moralement inadmissible et techniquement inconcevable de voir une femme perdre la vie en voulant donner la vie et un nourrisson mourir dès les premières heures ou les premiers jours de sa naissance. Ce qui est regrettable, c'est que la quasi-totalité des causes de ces décès sont évitables. Parmi les facteurs qui favorisent cette mortalité, figurent les faiblesses du système

sanitaire, les pratiques socioculturelles néfastes et le statut d'infériorité des femmes dans notre société.

En réponse à cette situation et au regard de la sévérité de la pauvreté dans le monde, la Côte d'Ivoire s'est engagée en 2000 au sommet du millénaire, à l'instar de 188 pays, à accroître ses efforts pour améliorer les conditions humaines dont la santé maternelle, néonatale et infantile. En vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé à tous les pays de la région africaine de développer et de mettre en œuvre une Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

La présente feuille de route de la Côte d'Ivoire offre un cadre pour créer des partenariats stratégiques afin d'accroître les investissements pour la santé maternelle, néonatale et infantile. Elle constitue désormais le guide qui doit inspirer les actions pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

Le Ministère en charge de la Santé a, vis-à-vis de la population ivoirienne, la responsabilité de protéger et de promouvoir la santé. Il ne peut s'acquitter de cette tâche qu'en assurant des prestations sociales adéquates afin de donner à tous les ivoiriens, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Cette responsabilité doit être ressentie à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de façon à rendre disponibles et accessibles les services de santé de qualité.

Aussi, j'engage tous les acteurs, les populations et les partenaires dans la mise en œuvre de cette feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, pour qu'en Côte d'Ivoire aucune femme ne meurt en donnant la vie et que chaque enfant naisse en bonne santé et vive sainement.



Dr ALLAH KOUADIO Rémi

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique remercie tous ceux qui, grâce à leur collaboration, leur soutien, leur contribution et leur disponibilité ont rendu possible l'élaboration, la validation et l'adoption de cette feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles néonatales et infantiles en Côte d'Ivoire.

Il adresse toute sa gratitude aux institutions qui, par leur appui technique et financier, ont permis la réalisation de cette Feuille de Route et particulièrement : l'OMS, l'UNFPA et l'UNICEF. Il apprécie, à sa juste valeur, l'étroite collaboration entre ses services et ces institutions à l'élaboration de cette feuille de route.

Ses remerciements vont également aux Directeurs centraux, Régionaux et Départementaux, Directeurs de Programmes et chefs de Services du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et du Ministère de la Lutte contre le SIDA, du Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, Ministère de la Famille et des Affaires Sociales, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.

Il associe à ces remerciements, les responsables des écoles de formation des professionnels de la santé, des syndicats et associations de sages femmes, de la Société des Gynécologues et obstétriciens de Côte d'Ivoire, des ONG dont l'AIBEF et la CRESARCI.

Il félicite tout le personnel de la Direction de Coordination du Programme National de la Santé de Reproduction et de la Planification Familiale qui s'est mobilisé pour cette Feuille de Route.

ENGAGEMENTS



Au regard du niveau élevé et inacceptable de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, et considérant les engagements pris par les Etats au Sommet du Millénaire en 2000, Nous, soussignés, nous engageons à œuvrer ensemble pour soutenir la mise en œuvre de cette feuille de route pour améliorer très significativement la santé de la mère et de l'enfant de façon à ce qu'aucune femme ne meurt en donnant la vie et que chaque enfant naisse en bonne santé et vive sainement.



Nous entreprendrons toutes les interventions et actions nécessaires, selon nos domaines de compétence respectifs, pour disséminer cette feuille de route, soutenir sa mise en œuvre et évaluer les progrès réalisés.

OMS

UNFPA

UNICEF

Banque Mondiale

Union Européenne

Coopération Française

Coopération Belge

Coopération Allemande

USAID

**Coopération Internationale
Japonaise**

Coopération Espagnole

**Banque Africaine de
Développement**

Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement.

RESUME

En Côte d'Ivoire, la santé de la mère et de l'enfant constitue une préoccupation majeure car la mortalité maternelle (543/100.000 naissances vivantes), néonatale (41/1.000) et infantile (84/1.000) persistent à des niveaux élevés. L'analyse des déterminants de ces décès laisse apparaître une insuffisance dans la prise en charge de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Cette insuffisance se traduit par une accumulation de retards dans la prise en charge des urgences de la mère et de l'enfant. En effet, les populations n'ont pas assez de capacités et sont moins outillées pour offrir des soins à domicile, promouvoir des comportements favorables au sein de la communauté, détecter les complications et recourir à temps à un établissement sanitaire. Les moyens d'évacuation des urgences sont très rares dans les communautés rurales. Au niveau des services de santé, l'on note une insuffisance de la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des soins. L'insuffisance de la qualité des soins est majoritairement attribuée à l'insuffisance de responsabilité professionnelle et de la compétence des prestataires, suivie de l'insuffisance dans la disponibilité des médicaments, produits sanguins et des plateaux techniques. Le système de référence et contre référence est peu fonctionnel. Rares sont les établissements de référence qui organisent des rencontres périodiques entre eux et les structures sanitaires de niveau inférieur de leur aire de santé pour améliorer la qualité des soins.

Les défis majeurs se rapportent à l'obtention des services de santé maternelle, néonatale et infantile de la qualité, de la disponibilité suffisante de ressources humaines, matérielles, financières, des produits de la santé de la reproduction y compris les produits sanguins sécurisés ; à l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux urgences obstétricales et néonatales ; à l'adoption de textes législatifs et réglementaires pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive. L'acquisition de capacités suffisantes au sein des populations pour la mise en place de mutuelles d'assurance santé et pour une plus grande utilisation des services de santé et l'obtention d'un performant système de suivi et d'évaluation des activités constituent également des défis à relever.

Au regard de cette situation et conformément aux engagements pris au sommet du millénaire, la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile a comme **vision** : « **une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement** ». Les objectifs généraux visés en 2015 sont :

- réduire le taux de mortalité maternelle de 543 à 136 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes ;
- réduire le taux de mortalité néonatale de 41 à 10,25 pour 1000 naissances vivantes ;
- réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 125 à 42 pour 1000 naissances vivantes.

D'ici à 2015, la feuille de route vise de façon spécifique à :

- rendre disponibles les services de CPN, SONU, PCIME, PTME et PF de qualité dans 100% des structures de santé ;
- renforcer les capacités des individus, des familles, de la communauté et des collectivités pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale dans au moins 80% des villages.

Les stratégies prioritaires sont :

- l'amélioration de la qualité des services de la santé maternelle, néonatale et infantile ;
- le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;
- le renforcement du système de référence et de contre référence ;
- l'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales ;

- le renforcement des capacités des individus et des communautés à la gestion et à l'utilisation accrue des services de santé ;
- le développement des mutuelles d'assurance santé ;
- la mobilisation de ressources additionnelles ;
- le renforcement du cadre de gestion de la feuille de route.

La feuille de route sera mise en œuvre sur la base d'un plan opérationnel que tous les districts sanitaires vont développer. Un plan de mobilisation des ressources sera également produit et mis en œuvre. La feuille de route sera mise en œuvre en deux phases dont la première couvre la période 2008-2011 avec une évaluation à mi-parcours en 2011 et la deuxième de 2012-2015 avec une évaluation finale en 2015.

Le cadre de mise en œuvre et de suivi de la feuille de route sera composé au niveau district, région, et national, des intervenants du système de santé, de tous les départements ministériels, du secteur privé, de la société civile, les associations et conseils de professionnels, des partenaires au développement et des représentants des communautés.

La promotion du partenariat, la coordination et la programmation conjointes entre les parties prenantes constituent des conditions nécessaires pour l'obtention des objectifs visés. Les résultats à obtenir de la mise en œuvre de cette Feuille de Route dépendront également de la détermination du gouvernement et des partenaires à investir dans la santé des femmes et des enfants.

Les indicateurs nécessaires au suivi et à l'évaluation ont fait l'objet d'un consensus au niveau sous-régional.

Le budget de mise en œuvre de la feuille de route est estimé à **93 582 803 000** francs CFA et est reparti par stratégie comme suit :

STRATEGIES	TOTAL (1.000 F CFA)
Amélioration de la qualité des services de la santé maternelle et infantile	1 732 430
Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la santé de la femme, de la mère et de l'enfant	26 906 800
Renforcement du système de référence et de contre référence	22 993 200
Renforcement des capacités des individus et des communautés à la gestion et à l'utilisation accrue des services de santé	7 876 133
Amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	30 411 930
Développement des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile	1 058 470
Plaidoyer pour un engagement en faveur de la mobilisation accrue de ressources additionnelles	931 200
Renforcement du cadre de gestion de la feuille de route	1 672 640
TOTAL	93 582 803

INTRODUCTION

La mortalité maternelle, néonatale et infantile est un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. En 2000, l'OMS a estimé le nombre de décès maternels à 529.000 dans le monde dont la moitié en Afrique. Le risque de décès d'une femme au cours de sa vie suite à une grossesse est de 1 sur 16 en Afrique au sud du Sahara contre 1 sur 2400 dans les pays industrialisés (Rapport OMS - 2004).

Face à cette situation, plusieurs conférences internationales se sont tenues en vue de développer des stratégies d'intervention et de mobiliser les ressources pour lutter efficacement contre ces mortalités qui contrecarrent les actions de développement des pays africains. En 1987, sur l'initiative de l'OMS et d'autres partenaires au développement, une conférence internationale sur la maternité sans risque s'est tenue à Nairobi au Kenya. L'un des objectifs principaux de ladite conférence était de réduire la mortalité maternelle de 50% avant l'an 2000. En 1989, s'est tenue à Niamey au Niger la conférence régionale sur la maternité sans risque pour l'Afrique francophone. En 1994, a eu lieu au Caire en Egypte la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD). En 1995, la conférence internationale sur les femmes à Beijing en Chine a relevé la problématique de la mortalité maternelle dans les pays en développement et en Afrique en particulier. Deux ans après, la conférence de Colombo a établi un consensus sur les stratégies efficaces et les actions à développer au niveau des pays pour réduire la mortalité maternelle.

Malgré la ratification des différentes recommandations de ces rencontres et les interventions mises en œuvre, la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile demeurent toujours élevées dans les pays en développement.

En Côte d'Ivoire, avec un ratio de 543 décès maternels pour 100 mille naissances vivantes (EIS, 2005), la mortalité maternelle est estimée en 2007, à un peu plus de deux décès maternels toutes les trois heures. Les mortalités néonatale et infantile sont évaluées respectivement à 41 et 84 décès pour 1000 naissances vivantes (EIS-2005).

Profondément préoccupé par la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile qui persistent à des niveaux élevés, le Sommet du Millénaire a développé en 2000 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et s'est engagé à accroître les efforts pour améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité infantile pour contribuer à la lutte contre la pauvreté.

En vue d'appuyer les pays dans la région Afrique pour l'atteinte des OMD, le Groupe de Travail Régional sur la Santé de la Reproduction, sous le leadership de l'OMS, a proposé aux états membres une Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

C'est dans ce cadre que la Côte d'Ivoire a élaboré et adopté le présent document qui est un plan stratégique, dénommé « Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ». Il traduit la volonté du Gouvernement de disposer d'un document national spécifique de référence pour tout intervenant dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Cette feuille de route repose sur les documents de Politique et plans stratégiques dont le PNDS 1996-2005, le PNP 2000, le DSRP 2002 etc., et les engagements internationaux pris par le pays, tels que ceux du Caire, de Beijing, de Maputo et d'Abuja.

I- PRESENTATION DE LA COTE D'IVOIRE

I-1 Situation Géographique

Située en Afrique de l'Ouest entre le 5° et 11° nord et le 3° et 8° ouest, la Côte d'Ivoire s'étend sur une superficie de 322 462 km². Pays de forêt et de savane, elle est limitée à l'est par le Ghana, au nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'ouest par la Guinée et le Libéria, et au sud par l'Océan Atlantique avec environ 600 Km de façade maritime.

Le relief relativement peu varié se compose de plaines au sud, de plateaux étagés au centre et au nord et de montagnes à l'ouest avec comme point culminant le Mont Nimba à 1 753 m.

Le climat est de type tropical humide avec une pluviométrie annuelle variant entre 2 300 mm au sud et 900 mm au nord et des températures élevées dont la moyenne est de 30°C. La végétation bien que très diversifiée est dominée par la forêt dans la moitié sud et la savane dans le nord du pays.

I-2 Situation Administrative

Au plan administratif le pays est subdivisé en :

- 19 régions ;
- 58 départements ayant chacun un Conseil Général ;
- 248 sous-préfectures ;
- 716 collectivités locales réparties en communes rurales et communes urbaines ;
- 2 districts autonomes : Yamoussoukro (Capitale politique) et Abidjan (Capitale économique).

I-3 Situation socio-démographique

La population est passée de 10 815 694 habitants en 1988 à 15 366 672 habitants en 1998 soit un taux d'accroissement naturel de 3,3 % par an. Avec ce rythme de croissance, la population doublera en 21 ans. Les estimations actuelles font état de 20 millions d'habitants en 2008. La population se compose de 49% de femmes et 51% d'hommes et est extrêmement jeune. Les moins de 15 ans représentaient 43,5% de l'ensemble de la population générale en 1998.

L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 5,2 enfants par femme (RGPH, 1998) à 4,6 (EIS-2005). Le taux de mortalité générale est passé de 12‰ à 14‰ au cours de la décennie 1988-1999. L'espérance de vie de la population à la naissance, dans la même période, est passée de 55 ans à 50,9 ans.

Cette population est très inégalement répartie. La zone forestière qui couvre 47% du territoire national concentre 78% des habitants contre seulement 22 % en zone de savanes. La densité moyenne est de 48 habitants au km². Cette inégalité de la répartition de la population sur le territoire s'est aggravée avec le déplacement massif du nord vers le sud des populations dès le début de la guerre en septembre 2002. La Côte d'Ivoire comptait 39% d'hommes et plus d'une femme sur deux (54%) qui n'ont aucune instruction (EIS-2005).

Chez l'enfant d'âge scolaire, l'on note un faible taux net de scolarisation (52%) qui présente à la fois des disparités régionales et une sous scolarisation de la jeune fille (44,8%).

L'urbanisation est accélérée. Le taux d'urbanisation est estimé actuellement à 50% contre 39% en 1988 et 43 % en 1998. On compte 8 villes de plus de 100 000 habitants qui accueillent plus du tiers de la population totale.

De par son peuplement, la Côte d'Ivoire demeure un carrefour de brassage d'ethnies et de diverses nationalités. En effet, la population compte une soixantaine d'ethnies réparties en cinq grands groupes ethnoculturels : Akan (42,1%), Voltaïques (17,6%), Mandé du Nord (16,5%), Krou (11,0%), et Mandé du sud (10%). Quant aux étrangers ils représentaient 26% de la population en 1998. Ce chiffre fait de la Côte d'Ivoire le premier pays d'immigration en Afrique subsaharienne.

I-4 Situation économique

L'économie de la Côte d'Ivoire repose sur l'agriculture qui contribue pour plus d'un tiers à la formation du PIB. Elle dispose également d'un tissu industriel important et diversifié. Après la récession économique des années 1980, la Côte d'Ivoire a renoué avec la croissance jusqu'en 1999 avec un taux d'accroissement économique de 4,7%. Dans la même période, le taux d'inflation est passé de 5,2% en 1997 à 2,8% en 1998 pour atteindre 0,8% en 1999. Cette situation a été bouleversée par la crise sociopolitique que connaît le pays depuis 1999. Le taux de croissance du PIB qui était de 1,5% en 1999 a chuté à -2,4% en 2000 et à -1,8% en 2002. L'économie ivoirienne a connu en 2004 une croissance positive de 1,6% et de 1,8 % en 2005.

Malgré cette croissance positive, les effets de la récession économique persistent. Ces effets se traduisent par un ralentissement des investissements et par un essoufflement de la dynamique de création d'emplois dans le secteur moderne privé et public d'une part, et d'autre part par des pertes d'emploi du fait des déflations. Des déséquilibres entre les offres et les demandes d'emplois salariés sont apparus. Seul le secteur informel de par son dynamisme est devenu le refuge d'une bonne partie de la main-d'œuvre.

I-5 Situation politique

Trois périodes caractérisent l'histoire politique moderne de la nation ivoirienne :

- la période de 1960 à 1989 marquée par l'existence du parti unique ;
- de 1990 à 1999 caractérisée par le retour au multipartisme et l'avènement du coup d'état militaire de décembre 1999 ;
- la troisième période à partir de 2000, est marquée par la naissance de la deuxième République. Celle-ci connaît depuis septembre 2002 une crise politico-militaire qui a entraîné la partition du pays : une zone nord sous contrôle des Forces Nouvelles et une zone gouvernementale au sud, séparées par une zone tampon sous contrôle des Forces Impartiales.

II- ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE MATERNELLE, NEONATALE ET INFANTILE

II-1 Système de santé

Le système sanitaire de Côte d'Ivoire, basé essentiellement sur les soins de santé primaires (SSP), est organisé selon le modèle pyramidal à trois niveaux :

- le niveau primaire composé de 1338 établissements sanitaires de premier contact (DIPE, 2006)
- le niveau secondaire composé d'établissements sanitaires de premier niveau de référence dont 54 hôpitaux généraux et 18 centres hospitaliers régionaux (DIPE, 2006)
- le niveau tertiaire composé d'établissements sanitaires de niveau tertiaire constitue le deuxième niveau de référence. Ils sont représentés par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les structures spécialisées. Ces CHU sont au nombre de quatre dont trois à Abidjan (Cocody, Treichville, Yopougon) et un à l'intérieur du pays à Bouaké.

En plus des structures publiques, le réseau de services privés est composé de 25 hôpitaux et cliniques, 97 cabinets médicaux, 212 infirmeries autorisées et 82 services de santé d'entreprise (DIPE, 2006). A cela, s'ajoutent les ONG qui interviennent dans la gestion et l'offre des services de santé. Cependant l'on note une insuffisance de mécanismes opérationnels pour disposer des données du secteur privé et parapublic.

En terme d'accessibilité géographique aux infrastructures sanitaires, 40% de la population vivent dans un rayon de 5 Km d'un centre de santé et 28% des ivoiriens doivent parcourir une distance de 5 à 15 Km pour accéder à une structure sanitaire. En ce qui concerne l'accessibilité financière, l'Initiative de Bamako a mis un terme à la situation de gratuité des soins et a conduit à la contribution des populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Les prestations de santé et les médicaments sont désormais payants. Leur tarification dépend du lieu (rural ou urbain) et type de la formation sanitaire. Cependant des dérogations ont été faites pour rendre plus accessibles les soins pour certaines composantes de la santé de la reproduction. Les consultations de planification familiale et de soins prénatals par exemple sont gratuites. Les coûts des actes d'accouchement sont de 500F dans les ESPC et de 1500F dans les établissements de premier niveau de référence. Malheureusement aucune disposition n'a été prise pour faire appliquer ces dérogations. En absence d'étude sur les pratiques des prestataires dans les structures de santé publique, l'on constate le racket ou une surtarification des coûts des services de la santé.

Au niveau du personnel, les ratios de médecins, infirmiers et sage femmes sont proches des normes de l'OMS. En 1991, la Côte d'Ivoire disposait d'un médecin pour 8.859 habitants, d'un infirmier pour 2.653 habitants et d'une sage-femme pour 1736 femmes en âge de procréer. La croissance démographique rapide conjuguée à la raréfaction des ressources pour le recrutement du personnel a réduit la couverture en personnel de santé. Ainsi en 2000, l'on a enregistré un médecin pour 9739 habitants, un infirmier pour 2374 habitants et une sage-femme pour 2081 femmes en âge de procréer. Ces chiffres cachent en outre, une grande disparité dans la répartition du personnel de santé, avec une forte concentration en zone urbaine et notamment dans le sud du pays. La crise que traverse le pays, a entraîné le déplacement du personnel de santé des 22 districts sanitaires des zones Centre, Nord et Ouest sous le contrôle des Forces Nouvelles vers le sud.

Sur la base des ratios en personnel observés en 2000 et de la tendance démographique, les besoins en personnel sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Besoins en personnel d'ici 2015

Catégories professionnelles	Ratio OMS	Ratio Personnel / Population en 2000	Besoins en recrutement du personnel		
			2001 à 2006	2007 à 2010	2011 à 2015
Médecins	1/10.000 hab	1 / 9.739	325	251	358
Infirmiers	1/5.000 hab	1 / 2.374	1 333	1 029	1 470
Sage femmes	1/5.000 FAR*	1 / 2.081	334	258	369

*FAR: Femmes en Age de Reproduction

Contrairement aux engagements pris par les chefs d'états et de gouvernements africains lors du Sommet d'Abuja au Nigeria en 2002, le budget alloué à la santé qui devrait être de 15% du Budget Global de l'Etat, ne représente que 4,6% en 2007. Ce budget alloué est de 90,047 milliards et est essentiellement constitué de ressources internes.

Les difficultés de fonctionnement auxquelles les soixante douze (72) districts sanitaires de Côte d'Ivoire sont confrontés sont entre autres :

- une formation insuffisante pour la gestion (planification, exécution, suivi, supervision et évaluation) ;
- une faible mobilisation des acteurs pour la promotion de la santé ;
- une faible mobilisation des ressources (humaines, matérielles, logistiques, financière) ;
- la mise à disposition tardive des ressources dont l'une des conséquences est la faible capacité d'absorption desdites ressources notamment les ressources financières.

Le Plan National du Développement Sanitaire (PNDS) qui a été élaboré pour être exécuté sur la période 1996-2005 et dont l'objet principal était d'améliorer l'état de la santé des populations, a accordé une place de choix à la Santé de la Mère et de l'Enfant. Le PNDS 2008-2012 est en cours d'élaboration.

Les programmes nationaux de santé ont une approche verticale dans leur mode de fonctionnement, même au niveau des districts sanitaires. En outre, la coordination des interventions relatives à l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile, ne permet pas d'améliorer la synergie desdites interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La fréquentation des établissements sanitaires est très faible et décroît d'année en année depuis 1996. Elle est passée de 23,6% en 1996 à 20,6% en l'an 2000 (RASS 1999-2000). Le recours à la médecine traditionnelle redevient une pratique très courante au point où le gouvernement a dû développer un programme national de promotion de la médecine traditionnelle en 1998. La mise en œuvre de ce programme sur la période 1998-2001, a permis de recenser 4223 tradipraticiens dans 7 régions (Moyen-Comoé, Agneby, Sud-Bandama, Sud Comoé, Lagunes, Lacs, N'Zi Comoé) et de renforcer les compétences de 112 d'entre eux sur la connaissance de l'homme et l'hygiène environnementale dans le Moyen-Comoé.

Le système d'information sanitaire a des difficultés pour produire des informations à temps. Le dernier rapport produit date de 2000. Cette situation est due à une insuffisance de ressources pour la formation des agents de santé en SIG, l'acquisition de matériels informatiques pour la saisie et le traitement des données et pour l'organisation du système. En outre, l'on observe une démotivation des agents des centres de surveillance épidémiologique.

A ces difficultés directes, s'ajoutent de nouvelles difficultés liées à la détérioration de l'environnement. En effet, depuis août 2006, la Côte d'Ivoire a vu déverser sur son sol près de 528 m³ de déchets hautement toxiques dans plusieurs endroits de sa capitale économique (Abidjan). Cette situation a eu pour conséquences immédiates l'enregistrement de nombreux cas d'intoxication et de 16 décès.

La Côte d'Ivoire dispose de deux Unités de Formation et de Recherche en Science Médicale (Abidjan et Bouaké) pour la formation des médecins et gynécologues et de quatre instituts de formation des infirmiers et sage femmes (Abidjan, Bouaké, Korhogo et Aboisso).

II-2 Santé maternelle

En Côte d'Ivoire, le ratio de mortalité maternelle est de 543 décès /100.000 naissances vivantes (EIS 2005). Cette mortalité est essentiellement due à des causes médicales directes parmi lesquelles l'on a les hémorragies (36,1%), les dystocies (20,3%), les infections du post-partum (4,8%), les complications de l'avortement (14,8%) et l'hypertension artérielle (18,2%). Les autres causes indirectes sont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et l'anémie.

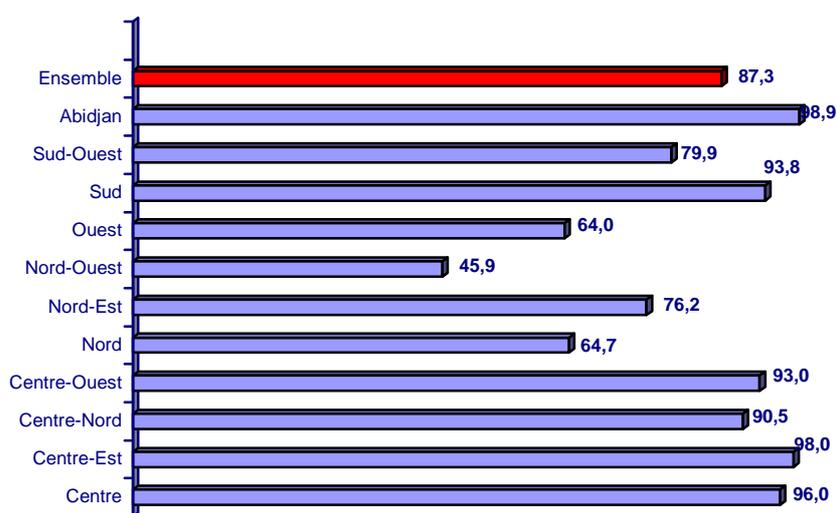
En outre, le chemin vers une maternité à moindre risque est entravé par des facteurs endogènes et exogènes responsables de trois ordres de retard:

- le retard dans la prise de décision pour le recours à des soins au niveau de l'individu et de la communauté ;
- le retard dans l'accès à une structure sanitaire ;
- le retard dans l'administration des soins dans les structures de santé d'accueil.

La situation de la santé de la mère se caractérise par 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'insuffisance de la surveillance de la grossesse :

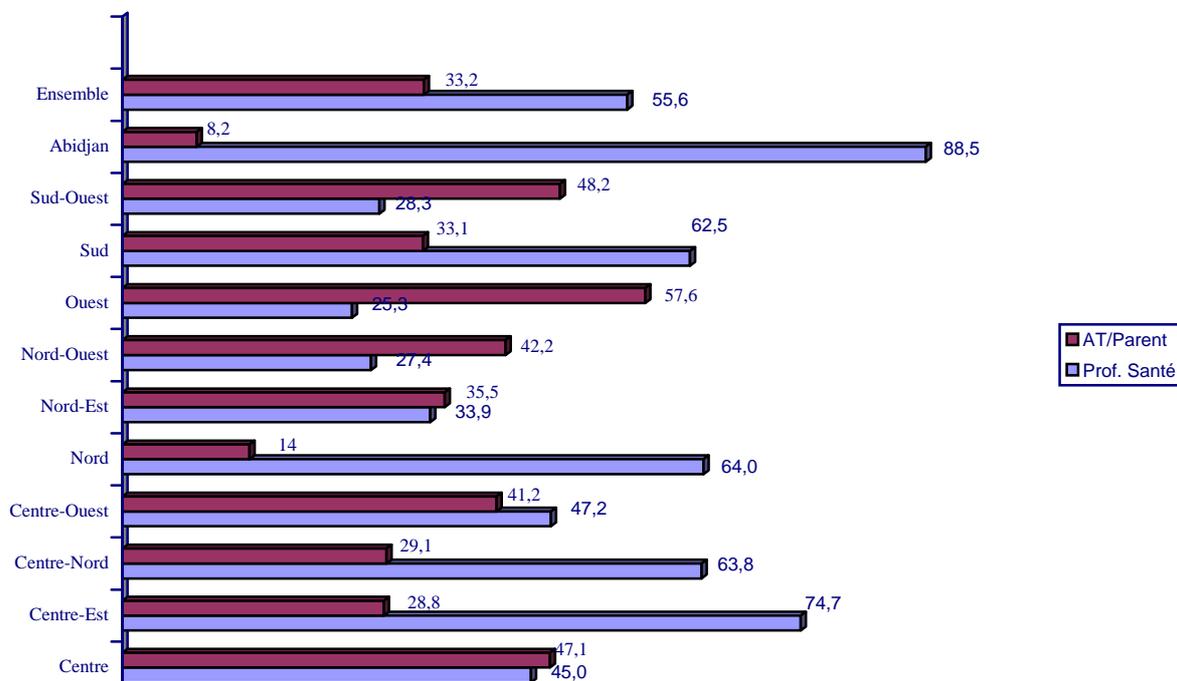
La couverture en soins prénatals de rang 1 a été de 87%. Elle est inégalement répartie (Graphique 1). L'on note une insuffisance dans la continuité de la surveillance des grossesses. En effet, pour les consultations prénatales de rang quatre, l'on a enregistré 45%. La proportion de femmes qui ne consultent personne au cours la grossesse est de 7%. Par contre, la proportion de femmes qui consultent les accoucheuses traditionnelles est de 4% (EIS-2005).



Graphique 1 : Couverture des soins prénatals de rang un
Source: EIS 2005

▪ L'insuffisance de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié

La couverture des accouchements assistés par un professionnel de santé est évaluée à 56% (EIS-2005) avec une répartition inégale dans le pays (Graphique 2).



Graphique 2 : Proportion des naissances assistées par un professionnel de santé ou par des accoucheuses traditionnelles et parents. Source: EIS 2005

▪ L'insuffisance dans la prise en charge des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU)

Sur l'ensemble des complications obstétricales attendues en 2000, seules 42% ont été prise en charge. Par ailleurs, la pratique de la césarienne reste peu courante et se situait en 2000 à 0,78% contre un minimum de 5% et un maximum de 15% que préconise l'OMS. De même, le ratio de décès maternel sur les complications obstétricales était de 2,7% contre moins de 1% selon l'OMS.

En 2004, 60,1% des complications obstétricales attendues dans toute la ville d'Abidjan, ont été traitées. La pratique de la césarienne était de 3,6%. Le taux de létalité a été de 1,7 décès survenu sur 100 complications traitées. 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 et 2,4% les femmes ayant reçu une décision d'évacuation du prestataire (DC-PNSR, 2006).

▪ Le nombre important de fistules obstétricales

Aucune étude nationale n'a été réalisée pour apprécier la prévalence nationale. Toutefois, une étude socio anthropologique et épidémiologique, réalisée en janvier 2006, dans 5 hôpitaux et communautés des districts sanitaires d'Abidjan, de Bouaké, de Duékoué, de Guiglo et d'Abengourou, a permis d'enregistrer 209 cas de fistules obstétricales au cours de la période allant de 1995 à 2005 (MFFAS-2006). La prise en charge de ces fistules est inaccessible aux populations. Une étude faite sur la période de 2000 à 2007 a enregistré 174 cas à Man, Danané et San Pedro.

▪ La faible utilisation des moyens modernes de contraception

Le recours aux moyens modernes de contraception est de 10% chez les femmes en union (EDS, 98). 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 (4,6 enfants par femme en 2005). Cette insuffisance de recours aux moyens modernes de contraception associée à l'insuffisance de prise de conscience des jeunes filles ont favorisé la précocité de la maternité et la pratique des avortements à risques en dépit de la loi réprimant l'interruption volontaire de grossesse. A Abidjan, la proportion de femmes ayant subi un avortement à risque était estimée à 30,5% en 1999 (IRD/ENSEA, 1999).

▪ Les violences basées sur le genre en nette progression

Les violences basées sur le genre (physique, sexuelle, psychologique, ...) ont connu une recrudescence avec l'avènement de la crise que connaît le pays. La Cellule Solidarité et Action Humanitaire a enregistré 84 femmes victimes de viol de novembre 2002 à avril 2003. L'insuffisance de données statistiques constitue une entrave à la prise de décisions publiques en matière de prévention et d'aide aux victimes. L'étude faite par le MFFAS en 2006 sur les violences basées sur le genre a révélé que 25% des femmes contre 13% des hommes ont subi des violences sexuelles à Abidjan.

▪ La recrudescence des IST/VIH/SIDA

La situation géographique, la population très jeune (56,6% EDS 98) et le rôle de locomotive économique que joue la Côte d'Ivoire dans la sous région, font d'elle un pays à forte prévalence du VIH/SIDA (4,7% en 2005 pour la population générale (EIS-CI, 2005) avec 8,3% chez les femmes enceintes en milieu urbain (rapport ONUSIDA 2004 et rapport de sérosurveillance 2004). La prévalence du VIH est inégalement répartie sur le territoire national : Abengourou (10%), Odienné (6,8%), Bondoukou (4,9%).

▪ Le Paludisme pendant la grossesse et le Traitement Préventif Intermittent

Le paludisme est une maladie endémique en Côte d'Ivoire (83,6 cas pour 1000 habitants en 2000). La prévalence de cette maladie chez les moins de 5 ans a été estimée à 26% (MICS 2006). Le paludisme est plus fréquent et grave chez la femme enceinte. En effet, le paludisme pendant la grossesse est responsable de :

- 42 % des états morbides ;
- 36,1% des causes d'hospitalisation chez les femmes enceintes ;
- 20% des causes d'anémie ;
- 17% des faibles poids à la naissance lors des 1^{ère} et 2^{ème} grossesse.

Pour la prévention du paludisme au cours de l'année 2006 en Côte d'Ivoire, 74,8% des femmes ont pris un antipaludéen durant la grossesse (MICS 2006). Le nouveau protocole de prévention et de prise en charge à la sulfadoxine pyriméthamine est insuffisamment mis en application (8,3%).

II-3 Santé néonatale, infantile et infanto juvénile

En Côte d'Ivoire, la santé du nouveau-né est une préoccupation tout comme celle de la mère. La mortalité néonatale reste élevée et est estimée à 41 pour mille (EIS-CI 2005). L'anoxie cérébrale, les infections, le faible poids de naissance et la détresse respiratoire sont les causes majeures de cette mortalité. Le nombre de cas notifiés de tétanos néonatal est passé de 14 en 2004 à 32 en 2006 (Plan Stratégique DC -PEV).

En 2005, l'enquête sur les Indicateurs du Sida a estimé la mortalité infantile et la mortalité infanto juvénile respectivement à 84 et à 125 pour mille. Le profil épidémiologique de la santé infantile reste dominé par les affections courantes telles que le paludisme (seuls 5,9% des enfants de moins de 5 ans, ont dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide (MICS 2006)), les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole, la malnutrition chronique, le VIH/SIDA.

La couverture vaccinale pour les différentes maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination en Côte d'Ivoire est faible : (BCG = 61%), (DTC3 = 56%), (VAR = 50%), (VAA = 51%), (VAT2+ = 34%). Le rattrapage des occasions manquées durant les consultations des enfants n'est pas systématique. Il a été enregistré par ailleurs zéro cas de poliomyélite à virus sauvages en 2005 contre 17 cas en 2004 et 270 cas de paralysie flasque aiguë en 2005 contre 161 cas en 2004. Selon le même rapport, 4731 cas suspects et 117 cas confirmés de rougeole ont été identifiés en 2005 contre 3904 cas

suspects et 87 cas confirmés en 2004. Concernant la fièvre jaune, 126 cas suspects en 2005 contre 116 cas en 2004. (Rapport d'activités 2005 DC -PEV).

II-4 Offre des services

La Côte d'Ivoire dispose d'un réseau important d'établissements sanitaires offrant les services de la santé de la mère et de l'enfant. Ces établissements sont inégalement répartis sur l'ensemble du pays et présentent beaucoup d'insuffisances. Les composantes de la santé maternelle, néonatale et infantile ne sont pas intégrées dans toutes les structures :

- la planification familiale (430 établissements du secteur public);
- le Dépistage Volontaire du VIH (85), les services de PTME (76), les services de prise en charge du VIH (83) ;
- la stratégie des CPN recentrées a été adoptée mais n'est pas appliquée dans toutes les structures ;
- l'utilisation de la ventouse n'est pas une réalité malgré la circulaire prise en 2006 par le Ministre en charge de la Santé autorisant les sages-femmes et infirmiers à faire l'usage de la ventouse et l'aspiration manuelle intra-utérine. Cette situation est due à une insuffisance de promotion de ces produits et la non intégration de ces techniques dans les curricula de formation.

Les équipements et matériels des établissements sanitaires sont en général insuffisants et vétustes. Les salles d'accouchement des maternités sont insuffisamment équipées. Par exemple, à Abidjan 28,9% des maternités ont des boîtes d'accouchement en nombre insuffisant ; les aspirateurs de mucosités (40,6%), l'oxygène (37,7%), les tensiomètres, pèse-personnes et thermomètres (23,2%) sont absents du dispositif des maternités (DC-PNSR/PF, 2006). Les plateaux techniques des services de santé ne sont pas adéquats pour la prise en charge des nouveau-nés en particulier les cas d'urgence.

Sur l'ensemble des 72 districts sanitaires, 8 ne disposent pas de structure de référence ayant au moins un bloc opératoire. Sur les 71 hôpitaux généraux et centres hospitaliers régionaux, 51 ont leur bloc opératoire fonctionnel. Dans la ville d'Abidjan y compris les sous-préfectures d'Anyama et de Bingerville, seulement six structures disposent de blocs opératoires. Le nombre de structures de santé disposant d'un bloc fonctionnel rapporté à la population abidjanaise, donne un ratio de 0,78 SOUC pour 500.000 habitants alors que l'OMS recommande 1 SOUC pour 5000.000 habitants.

Cette disponibilité relativement insuffisante de blocs opératoires explique la faible pratique des césariennes qui est également favorisée par l'accessibilité financière difficile des populations aux services de santé en général et aux urgences en particulier. Le coût de la césarienne est élevé et varie selon les structures. Il prend en compte les médicaments qui ne sont pas toujours disponibles à la PSP., l'acte chirurgical, le gaz, l'hospitalisation, la location de bloc, le post-opératoire. Le coût de la césarienne dans les services publics varie de 70.000 F à 300.000 FCFA sans les examens médicaux et le coût d'évacuation. Dans les structures de référence, l'on enregistre plusieurs cas de décès maternels dus à une incapacité des populations à honorer dans le temps leur ordonnance pour les urgences obstétricales.

Aucune réponse n'a été prise à ce jour de façon officielle pour rendre accessibles les urgences de la mère et de l'enfant. Cependant, devant cette situation, le Ministre de la Santé de l'Hygiène Publique se propose d'harmoniser le coût et de réduire le coût de certaines urgences obstétricales afin de contribuer à diminuer très significativement la mortalité maternelle et néonatale. C'est dans cette perspective que des pays de la sous région, ont mis en place des stratégies allant de l'approche communautaire basée sur le partage du risque à la gratuité des soins de la mère et de l'enfant en passant par les subventions. Il s'agit du forfait obstétrical basé sur le principe d'un partage du risque obstétrical en Mauritanie, de la gratuité des services de santé maternelle,

infantile, planification familiale et césarienne au Niger, de la gratuite de la césarienne au Mali et de la gratuité de l'accouchement et de la césarienne au Sénégal.

S'agissant de la disponibilité des médicaments dans le pays, malgré les efforts mis en œuvre pour la sécurisation des produits de la SR, on enregistre de fréquentes ruptures de stock dans les structures de santé (84,1 % à Abidjan en 2004). Les produits sanguins ne sont pas accessibles aux populations pour des raisons de lenteur dans la décentralisation de la banque de sang, d'insuffisance de donneurs et du coût élevé. Les médicaments anti-rétroviraux à coût réduit (3000 F CFA par trimestre) ne sont pas disponibles sur l'ensemble du territoire.

L'approvisionnement national des produits contraceptifs du secteur public est encore l'œuvre des partenaires au développement.

Le système de référence et contre référence en SONU est peu fonctionnel. Cette situation est due à une insuffisance de :

- collaboration entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- de connaissances et de compétences du personnel pour la gestion et l'utilisation du système de référence et contre référence en SONU ;
- moyens logistiques (Radio Aérien de Communication et ambulance : besoins de 52 ambulances ont été exprimés par les populations) ;
- supervision des activités ;
- mobilisation des communautés à utiliser le système de référence (retard dans la prise de décision de la référence) ;
- moyens financiers ;
- manque de motivation des agents de santé communautaire.

L'on note une dégradation de la qualité des services fournis par les agents de santé. Cette situation est due en partie à une inadéquation entre le contenu de l'enseignement dispensé dans les écoles de formation de base et les besoins en matière de santé de la mère et de l'enfant. L'approche actuelle des soins obstétricaux et néonataux d'urgence n'est pas dispensée dans les écoles de formation de base. Les agents de santé ne sont pas pour la plupart formés en Soins Après Avortement (SAA) et à l'utilisation des ventouses. Les services de gynécologie et d'obstétrique des CHU ne sont pas suffisamment impliqués dans la formation et dans l'encadrement des étudiants de l'INFAS en SONU. Il existe également une insuffisance de formation continue des prestataires.

Selon la DC-PNSR/PF (1999), lors des soins, les relations entre prestataires et patients n'ont pas été suffisamment conviviales et la salutation n'a pas été cordiale pour près de deux clientes sur cinq. L'Information-Education-Communication (IEC) n'est pas une pratique courante dans les centres de santé, car seulement 5% des clientes ont déclaré avoir participé à une séance de causerie.

L'étude réalisée sur la qualité de la prise en charge de la parturiente et du nouveau-né (Dr AHIMON 2002), a montré que les agents de santé dans leur grande majorité n'utilisent pas le partogramme malgré une large diffusion de cet outil au niveau des différents établissements sanitaires. Parmi les partogrammes remplis, trois sur quatre sont établis après l'accouchement, alors que leur utilité est fortement appréciée pendant le travail et non après.

En outre, le placenta est pesé mais est rarement examiné après l'accouchement, acte cependant capital pour la détermination de l'opportunité d'une révision utérine, d'autant plus que la mortalité maternelle est le plus souvent liée à une hémorragie de la délivrance.

Un audit clinique sur les "échappées belles" (CRESARCI 2001) relève que l'insuffisance de qualité des soins est majoritairement attribuée au personnel, suivi de l'organisation et de la gestion des soins. La stratégie des audits qui contribue à améliorer la qualité des soins n'a pas reçu de soutien pour être portée à l'échelle nationale dans les structures de référence.

Le problème de la qualité des soins se pose avec acuité dans les services de maternité. Aucune action de supervision, ni de contrôle n'est faite pour améliorer la situation. Les rencontres périodiques entre les acteurs des structures périphériques et celles de référence pour améliorer la qualité des soins, ne sont pas tenues. Les agents fautifs ou responsables de fautes lourdes ne sont pas souvent sanctionnés.

II-5 Communauté

En Côte d'Ivoire, il existe une solidarité des individus et des communautés autour de la naissance et des réseaux de relais communautaires capables de mobiliser les populations. Cependant lorsqu'il s'agit des questions liées à la prise en charge médicale d'une personne dans la communauté, cette solidarité n'est plus effective. Les mutuelles d'assurances santé ou les caisses de solidarité pour la prise en charge des problèmes de santé sont très rares. Cette situation est essentiellement due à l'absence de mécanismes adaptés aux besoins de la population pour le partage des risques, à l'insuffisance des activités de CCC/IEC pour la promotion de la santé.

Par ailleurs, certaines pratiques néfastes (mariage précoce, excision, grossesses précoces, rapprochées, multiples, etc.) à la santé maternelle et infantile persistent malgré les campagnes de sensibilisation. Les préjugés et les tabous culturels constituent un frein à la pratique de l'allaitement exclusif et à la promotion de la santé maternelle et infantile.

Bien que la femme soit celle qui enfante, c'est l'homme qui prend les initiatives en matière de sexualité (rapport sexuel, planification familiale). Cependant, la grossesse et l'accouchement sont perçus par les hommes comme un domaine réservé aux femmes qui ont pourtant un faible pouvoir dans la prise de décision.

Les individus et les communautés sont peu informés et formés pour détecter des signes de danger et pour assurer la continuité de soins à domicile aussi bien chez la femme que chez l'enfant. 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 (ASC, Matrones) sont peu actifs car il n'existe pas de mécanisme formel pour leur motivation. Des ONG dont l'AIBEF et l'AIMAS ont mis en place des services à base communautaire mais qui ne couvrent pas tout le pays.

Les collectivités décentralisées ont été responsabilisées pour développer des actions en faveur de leurs populations. Cependant, leurs interventions ne sont pas toujours adaptées aux besoins de la santé maternelle et infantile.

II-6 Suivi, évaluation et coordination

Les documents de référence des activités SR (Politique, Normes et Standards, protocoles de planification familiale) ont été élaborés et validés en 1998 mais n'ont pas été diffusés. Le Programme National de la Santé de la Reproduction 1999-2003 a pris fin en 2003 sans qu'il ait été évalué. Depuis cette date, il n'existe aucun programme permettant d'avoir un cadre de référence et une vision à long terme de la SR.

L'on observe une absence de cadre formel et une insuffisance du leadership gouvernemental dans la coordination des interventions des partenaires.

En outre, la Direction de Coordination en charge d'assurer la réglementation des intervenants dans la SR n'a pas développé des mécanismes et outils de gestion lui permettant d'assurer son rôle de coordination avec dextérité (Absence de cadre réglementaire d'intervention, absence d'un plan stratégique consensuel dans le domaine de la SR, Absence d'un plan national de supervision impliquant tous les acteurs, non maîtrise des données produites, etc.).

Le système de recueil des données n'est pas performant et ne prend pas en compte les données du secteur privé et parapublic.

Les coordonnateurs SR de districts nommés n'ont pas toutes les compétences pour la mise en œuvre des activités.

Le système de suivi, supervision et d'évaluation n'est pas performant et ne prend pas en compte les secteurs privé et parapublic et il n'existe pas un plan de suivi et évaluation des activités de la santé de la reproduction.

II-7 Problèmes prioritaires

Au regard de l'analyse de la situation de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les problèmes prioritaires sont :

- les services de santé ne sont pas de qualité suffisante et ne sont pas disponibles toute la journée (24 heures sur 24 heures toute la semaine) ;
- les activités de santé maternelle, néonatale et infantile ne sont pas intégrées comme prévues dans le PNDS ;
- les produits de la santé de la mère et de l'enfant connaissent des ruptures de stocks ;
- l'accessibilité géographique des populations aux services de santé maternelle, néonatale et infantile n'a pas atteint un niveau satisfaisant ;
- L'accessibilité financière des populations aux urgences obstétricales, néonatales et infantiles est difficile.
- la coordination des programmes chargés de la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant ne garantit pas l'efficacité et la visibilité des interventions ;
- les textes législatifs et réglementaires ainsi que les documents nationaux de référence en matière de santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant ne sont pas mis à jour ;
- les ressources allouées aux programmes de la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant ne reflètent pas les engagements d'Abuja et ne sont surtout pas mises à disposition des structures et programmes à temps ;
- le système de suivi, supervision et d'évaluation n'est pas performant et ne prend pas en compte les secteurs privé et parapublic ;
- les mécanismes formels de motivation et d'encouragement des prestataires tout comme ceux permettant de sanctionner les mauvais prestataires sont inexistantes ;
- la motivation du personnel de santé est insuffisante ;
- le système de référence et de contre référence est défaillant ;
- la formation initiale connaît des insuffisances ;
- les services de santé publique sont sous utilisées ;
- les urgences obstétricales sont inaccessibles financièrement aux populations ;
- les services à base communautaire et les services à domicile font défaut ;
- les hommes participent très peu aux activités de SMNI ;
- la structure ou le mécanisme (mutuelle ou assurance) pour la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement est absente.

II-8 Actions entreprises / Atouts

Des actions ont été entreprises pour satisfaire les besoins des populations en fournissant des services globaux et intégrés en relation avec les différentes étapes de la vie génésique de la femme et de l'homme. La volonté politique du Gouvernement s'est concrétisée par :

- la mise en place depuis 1992, au niveau central, de plusieurs structures de coordination des activités de la santé de la mère et de l'enfant ;
- la possibilité offerte aux organisations de la société civile de participer aux activités de SMNI et l'octroi de subventions aux organisations crédibles ;

- l'existence des collectivités locales et décentralisées qui mobilisent les ressources pour la communauté ;
- l'existence de structures nationales d'encadrement des communautés (ANADER, CIDT, IVOIRE COTON ...) et d'ONG qui contribuent à la promotion de la santé maternelle et infantile ;
- la volonté du gouvernement pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement ;
- les engagements des partenaires au développement pour l'atteinte des objectifs 4, 5 et 6 des OMD ;
- la volonté politique accordant une priorité à la santé de la femme et de l'enfant ;
- la ratification par la Côte d'Ivoire des recommandations de l'Union Africaine relatives à l'accroissement du niveau du budget à allouer à la Santé (15% du budget global) ;
- l'existence d'un ministère du SIDA et l'existence d'un plan national stratégique de lutte contre le Sida 2006-2010 ;
- la mise en place des programmes en charge de la santé de la mère et du nouveau-né et de l'enfant par le PNDS 1996-2005;
- l'initiative de la vision 2010 des Premières Dames ;
- le recrutement de 1306 médecins en janvier 2007 ;
- la création de l'antenne de l'INFAS à Aboisso et celle d'Abengourou en projet ;
- la volonté politique pour faire les comptes nationaux de la santé ;
- l'existence d'une politique de valorisation des ressources humaines ;
- l'existence d'une disposition portant sur la formation continue professionnelle du personnel de la Santé (Cf. décret 2006-03 du 25 janvier 2006 et décret 2006-33 du 08 mars 2006 portant nouvelles attributions du MSHP) ;
- l'engagement et la volonté politique de restructurer la PSP pour une meilleure disponibilité des médicaments ;
- la mise en œuvre du processus d'intégration des contraceptifs à la PSP ;
- l'existence d'une Politique Nationale de Genre prenant en compte les services sociaux de base notamment la santé ;
- l'harmonisation des curricula de formation dans les écoles de base de l'espace CEDEAO ;
- l'existence de la politique, des normes et standards des services de santé de la reproduction ;
- la disponibilité des documents de politique pour les LMD/IRA, AM, PCIME ;
- l'élaboration et la validation d'un avant projet de loi sur la santé de la reproduction et sur le Code de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- l'existence d'une loi portant sur les pratiques néfastes à la promotion de la SR (Loi de 1998 sur les MGF) ;
- la disponibilité d'un PMA pour les établissements de premier contact et pour les hôpitaux de référence de district ;
- la disponibilité d'un document de supervision à l'intention des équipes cadres de district ;
- la mise en œuvre de la Stratégie Accélérée de Survie de Développement de l'Enfant (SASDE).

Toutes ces actions reposent sur la volonté continue des gouvernements, des partenaires au développement et des organisations de la société civile de rendre disponibles et accessibles les services de santé de la mère et de l'enfant.

III- DEFIS

Cette analyse met en exergue de nombreux défis ci-après décrits et face auxquels il est urgent de développer des stratégies et actions qui permettront d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

1. La qualité des services de SMNI doit être assurée : l'analyse de la situation a révélé que la qualité des services reste à désirer compte tenu de plusieurs raisons soulevées dont le faible plateau technique, l'absence de mécanisme de motivation du personnel et de renforcement continu des compétences, etc. En s'engageant à faire de la qualité des services une de ses préoccupations majeures, l'Etat de Côte d'Ivoire entend donner un nouveau visage aux services de santé en Côte d'Ivoire et dans tous les secteurs.
2. Les ressources humaines doivent être optimisées : les hommes restent au cœur des préoccupations de santé. C'est pourquoi, il est primordial pour l'état et ses partenaires de veiller à ce que les ressources humaines utilisées soient compétentes et surtout qu'elles soient utilisées de façon rationnelle et efficiente.
3. Les ressources financières et matérielles sont nécessaires pour atteindre les objectifs de la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile: l'engagement des chefs d'états et de gouvernements pris à Abuja doit être traduit dans les faits. En même temps il est primordial de s'assurer que les ressources sont mises à temps à la disposition des structures d'interventions de sorte à réduire les écarts dans l'exécution des programmes et accroître le taux d'absorption des ressources. Eléments essentiels dans la mise à jour des comptes nationaux de la Santé.
4. Les produits de la santé de la reproduction y compris les produits sanguins méritent d'être sécurisés. Il s'agira pour l'Etat et ses partenaires de s'assurer de la continuité des programmes et services en veillant à sécuriser les produits de la santé.
5. Les textes législatifs et réglementaires ainsi que les documents nationaux doivent aider à améliorer la santé maternelle néonatale et infantile.
6. Devant la difficile accessibilité financière des populations aux services de santé, l'Etat fournira un effort supplémentaire en terme de subvention à la prise en charge de certaines urgences obstétricales et néonatales.
7. Les communautés doivent s'engager davantage dans la gestion et dans l'utilisation des services de santé. En outre, elles doivent s'organiser pour développer des mutuelles d'assurances de santé de la mère et de l'enfant.
8. Le mécanisme de suivi, de coordination, de supervision et d'évaluation doit rester un atout majeur.

IV- PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes suivants ont guidé l'élaboration de la Feuille de Route afin d'en assurer l'efficacité et la pérennité.

- Une analyse de la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile a été réalisée et les interventions prioritaires ont été identifiées sur une base factuelle (bon rapport, coût/efficacité) ;
- L'accent a été mis sur la qualité des prestations de soins de santé maternelle, néonatale et infantile à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec une implication des communautés ;

- Tous les programmes de santé intervenant dans le domaine de la SMNI, sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de la Feuille de Route ;
- Toutes les parties prenantes se sont engagées à la mise en œuvre concertée de la feuille de route ;
- L'approche multisectorielle a été prise en compte dans l'élaboration du document et la définition claire des rôles et des responsabilités sont établies ;
- La transparence dans la gestion et l'obligation de rendre compte seront promues dans la mise en œuvre de cette Feuille de Route ;
- Le développement du partenariat et la programmation conjointe entre les parties prenantes y compris le secteur privé, les collectivités décentralisées, les associations professionnelles à tous les niveaux ont été effectifs afin de renforcer la collaboration, de maximiser les ressources et d'éviter la duplication.

Ces principes doivent guider la planification et la mise en œuvre de la Feuille de Route dans chaque district sanitaire.

V- VISION

Au regard de l'analyse de la situation, la Côte d'Ivoire se donne comme vision :



**UNE CÔTE D'IVOIRE
OÙ AUCUNE FEMME NE MEURT EN DONNANT LA VIE ET
OÙ CHAQUE ENFANT NAÎT EN BONNE SANTÉ ET VIT SAINEMENT**

VI- OBJECTIFS

VI-1 Objectifs Généraux

Conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, les objectifs généraux de la feuille de route de la Côte d'Ivoire de 2008 à 2015 sont :

- réduire le taux de mortalité maternelle de 543 à 136 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes ;
- réduire le taux de mortalité néonatale de 41 à 10,25 décès pour 1000 naissances vivantes,
- réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 125 à 42 décès pour 1000 naissances vivantes.

VI-2 Objectifs Spécifiques

- Améliorer l'accessibilité des services intégrés de CPN, SONU, PCIME, PTME et PF de qualité dans 100% des structures de santé au terme de l'année 2015 ;
- Renforcer les capacités des individus, des familles, de la communauté et des collectivités pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale dans au moins 80% des villages d'ici 2015 ;
- Accroître la proportion de ressources allouées à la santé maternelle, néonatale et infantile à 5% du budget de la santé.

VII- STRATEGIES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES

- **Objectif Spécifique 1** **Améliorer l'accessibilité des services intégrés de CPN, SONU, PCIME, PTME et PF de qualité dans 100% des structures de santé au terme de l'année 2015**
 - **Stratégie 1: Amélioration de la qualité des services de la santé maternelle, néonatale et infantile**

Il s'agit surtout de rendre acceptables et utilisables de façon libre les services de santé dans les établissements publics, privés et des ONG. Pour ce faire, les éléments suivants seront utilisés pour suivre et évaluer la qualité et l'efficacité des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour mieux répondre aux besoins des populations :

- la diversification et l'intégration des services ;
- la disponibilité des services pour répondre aux besoins quotidiens ;
- la compétence professionnelle du personnel ;
- la conscience et la responsabilité professionnelles ;
- la qualité de l'information aux utilisateurs ;
- la qualité de la relation interpersonnelle entre les utilisateurs et le prestataire ;
- l'intégration de l'approche genre dans les activités ;
- la gamme élargie des méthodes contraceptives ;
- la supervision régulière.

L'amélioration constante de ces éléments dans les points de prestation des services garantira une meilleure prise de conscience et une meilleure compétence du personnel, un plateau technique performant, un approvisionnement sécurisé en médicaments essentiels. La qualité entraînera une utilisation plus accrue des services. L'introduction de la démarche qualité et du prix d'excellence constituera une source de motivation du personnel.



Réanimation d'un nouveau-né dans un établissement sanitaire

INTERVENTIONS PRIORITAIRES :

1. Réviser les documents de référence (politique, programme, PMA, standards et protocoles, grilles de supervision) ;
2. Réviser le manuel de formation ainsi que les méthodes et techniques de formation en SR dans les écoles de formation de base ;
3. Introduire la démarche qualité dans l'offre des services ;
4. Réaliser et vulgariser les travaux de recherche et les bonnes pratiques pour leur application ;
5. Intégrer la stratégie des staffs communs mensuels entre les structures périphériques et la structure de référence pour l'amélioration des SONU ;
6. Intégrer la stratégie des audits des décès maternels et néonataux dans les structures de référence pour l'amélioration des SONU ;
7. Sensibiliser les prestataires pour une plus grande conscience professionnelle et pour l'élimination des rackets ou toutes pratiques entraînant un surcoût des services de santé ;
8. Organiser un prix d'excellence pour la motivation du personnel et l'amélioration des SOU tous les deux ans.

- Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Sur la base du PMA et des normes et standards des services de la santé maternelle et infantile, il s'agira d'apprécier les besoins des structures de santé en personnel, en formation du personnel, en équipement et en médicaments. Le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services consistera à satisfaire ces besoins et à intégrer les composantes suivantes de la santé de la reproduction : PF, PCIME, PTME, prévention et prise en charge des IST/VIH/SIDA et des SONU y compris les soins après avortement. Pour ce faire, la collaboration entre différents programmes de santé pour optimiser les actions menées sur le terrain est indispensable. Une attention particulière sera accordée au redéploiement du personnel et à la revitalisation des structures sanitaires endommagées par le conflit que traverse le pays.

Le marketing social, technique utilisant les moyens du marketing commercial pour mettre à la disposition de la population des produits de santé de qualité et à moindre coût, contribuera plus efficacement à rendre disponibles et accessibles les produits contraceptifs.

Devant cette difficile accessibilité financière de la césarienne, le Ministre de la Santé de l'Hygiène Publique se propose d'harmoniser et de réduire le coût de la césarienne afin de contribuer à diminuer très significativement la mortalité maternelle et néonatale. Dans cette perspective, des pays de la sous région ont mis en place des stratégies allant de l'approche communautaire par préfinancement à la gratuité en passant par la subvention.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

1. Recruter et redéployer le personnel ;
2. Former 340 formateurs régionaux et 5000 prestataires en CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME, SIG ;
3. Réhabiliter 100 structures dotées en services SONU ;
4. Fournir à 1400 ESPC et 100 structures de référence des équipements et le matériel additionnel nécessaires aux CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME, SIG ;
5. Renforcer les 67 blocs opératoires des structures de référence (4 CHU, 18 CHR, 45 HG) pour les SONU ;
6. Doter le pays de 20 blocs opératoires additionnels ;
7. Assurer la maintenance des équipements et matériels ;
8. Mettre en œuvre le plan de sécurisation des produits de la SR ;
9. Redynamiser les séances de vaccination de routine, fixes, avancées et mobiles ;
10. Elargir le Marketing Social aux autres produits de la SR (injectables et le SRO) ;
11. Superviser, suivre et évaluer les activités sur le terrain.



Vue extérieure d'une maternité



Un modèle de bloc opératoire fonctionnel

– **STRATEGIE 3 : Renforcement du système de référence et de contre référence**

Il s'agira de mettre en place un système de référence fonctionnel qui lie de manière efficace les prestataires selon les niveaux de soins dans le but d'assurer une gestion appropriée et une meilleure prise en charge des complications chez la mère, le nouveau-né et l'enfant. Ce système doit permettre la gestion, l'utilisation et la circulation des informations à tous les niveaux et dans tous les sens, dans le but de favoriser la culture d'échange d'informations et de renforcer la continuité et la qualité des soins. Des moyens d'évacuation et de communication seront nécessaires pour assurer un lien efficace entre les différents niveaux de prestation.



INTERVENTIONS PRIORITAIRES :

1. Evaluer les besoins pour le renforcement du système de référence et de contre référence dans les 72 districts ;
2. Mettre en place un système de Radio Aérien de Communication (RAC) dans chaque district ;
3. Fournir aux structures de santé et aux communautés 500 ambulances ;
4. Assurer la maintenance des équipements, matériels de communication et moyens d'évacuation dans les 72 districts ;
5. Produire et distribuer les outils de référence et contre référence ;
6. Former et sensibiliser les prestataires et les communautés au système de référence et de contre référence ;
7. Organiser des rencontres au sein des structures et entre structures pour l'amélioration de l'organisation et de la gestion des structures de soins et le système de référence ;
8. Organiser les communautés à la mise en place des comités de gestion pour les évacuations rapides et précoces des urgences ;
9. Développer le partenariat avec les autres secteurs pour le renforcement de la référence et de la contre référence dans les 72 districts ;
10. Superviser, suivre et évaluer le système de référence et de contre référence.

- Stratégie 4 : Amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales

Il s'agira de prendre les dispositions au sommet de l'Etat et de mettre place un mécanisme performant pour permettre la subvention pérenne de la prise en charge partielle ou totale de certaines urgences obstétricales et néonatales. Mais au préalable, une étude d'analyse situationnelle et une étude de faisabilité seront menées en vue d'apprécier les différents obstacles liés à l'accessibilité financière des populations aux soins de santé en l'occurrence les urgences obstétricales et néonatales. Des voyages d'étude seront organisés dans les pays de la sous région afin d'apprécier les expériences de ces pays en matière de gestion de suivi et d'évaluation de cette stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins. Des activités de plaidoyer seront organisées pour obtenir l'engagement politique et la prise en charge du coût de la stratégie par le budget de l'Etat. Un décret présidentiel sera pris à cet effet.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES :

1. Réaliser une étude d'analyse situationnelle sur l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales
2. Organiser des voyages d'études dans deux pays pour apprécier leurs expériences
3. Réaliser une étude de faisabilité de la prise en charge par l'Etat de certains coûts des urgences obstétricales et néonatales
4. Organiser un atelier de diffusion et de validation des résultats sur l'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales
5. Organiser des activités de plaidoyer auprès du gouvernement et du parlement
6. Prendre un décret pour subventionner les coûts des urgences obstétricales et néonatales notamment les césariennes, les grossesses extra-utérines, les ruptures utérines, etc..
7. Mettre en place un système de gestion de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales
8. Doter le système de ressources nécessaires pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales
9. Sensibiliser les prestataires sur les

urgences obstétricales et néonatales subventionnés par l'Etat

10. Sensibiliser les populations sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnés par l'Etat
11. Fournir les soins subventionnés aux populations
12. Superviser les activités
13. Suivre et évaluer la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales



La réduction des coûts des médicaments contribue significativement à l'utilisation des services de la santé maternelle et néonatale

- **Objectif Spécifique 2 : Renforcer les capacités des individus, des familles, de la communauté et des collectivités pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale dans au moins 80% des villages d'ici 2015**
 - **Stratégie 5 : Renforcement des capacités des individus et des communautés à la gestion et à l'utilisation accrue des services de santé**

Le renforcement des capacités des individus et des communautés se fera par des activités d'information, de formation, de communication pour le changement de comportement. Ces activités contribueront à l'amélioration du savoir-être et du savoir faire des populations. Les activités de recherche seront développées pour apprécier les connaissances, attitudes, pratiques et les facteurs entravant l'utilisation des services de santé par les populations et pour définir des actions et interventions plus pertinentes.

Le renforcement des capacités des femmes, de leurs partenaires et leurs familles sera indispensable pour permettre aux populations d'assurer des soins aux femmes et aux enfants à domicile et de pouvoir recourir à temps aux structures de santé pour une meilleure prise en charge. En plus, la responsabilisation pour une participation active de la communauté sera plus que nécessaire pour mobiliser les autorités, les leaders et les populations sur les problèmes de la santé de la mère et de l'enfant afin d'obtenir une utilisation plus accrue des services de santé.



Les leaders coutumiers, communautaires et religieux ...



La distribution à base communautaire améliorera l'accessibilité des produits de la santé des populations, en utilisant les ressources matérielles et humaines présentes dans la communauté.

Les associations communautaires seront encouragées pour mettre en place un mécanisme d'aide dans la prise en charge des problèmes de santé de la mère et de l'enfant.

.... s'engagent dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

1. Réaliser des études sur les connaissances, attitudes et pratiques culturelles récurrentes en matière de santé maternelle et infantile dans la communauté pour un meilleur plaidoyer ;
2. Développer et mettre en œuvre un plan stratégique de communication en SR ;
3. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse ;
4. Redynamiser les CoGes (Formation et équipement des Comités de Gestion des structures sanitaires) ;
5. Former 55 556 agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles et autres membres des communautés à la promotion de la santé maternelle et infantile et un continuum de soins à domicile ;
6. Fournir 5000 vélos aux relais communautaires éloignés des centres de santé ;
7. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés pour la santé maternelle, néonatale et infantile, sur leur implication et leur responsabilisation à la gestion des problèmes de santé familiale ;
8. Organiser des réunions bilan périodiques entre le personnel des structures sanitaires et les communautés pour faire le bilan sur l'utilisation des services de santé ;
9. Organiser les populations et les communautés à la mise en place de fonds d'entraide communautaire pour les soins maternels et néonataux ;
10. Superviser, suivre et évaluer les activités des relais communautaires.

- Stratégie 6 : Développement des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile



Les femmes s'organisent pour mettre en place des mutuelles d'entraide de santé

Le développement des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile se fera en deux phases. De prime abord, il s'agira d'appuyer les populations et les communautés à la mise en place dans des sites pilotes, des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile. Ces sites pilotes dont trois par district sanitaire, seront suivis sur deux ans et évalués afin d'apprécier les forces, faiblesses, les opportunités et les menaces des structures ou organisations existantes ayant servi de mutuelle d'assurance santé. Les résultats de ces études permettront également d'apprécier les niveaux d'acceptabilité et d'engouement des populations, les niveaux de performance et d'efficacité, les conditions et déterminants pour le bon

fonctionnement des mutuelles et pour une meilleure appropriation des mutuelles par les communautés et pour une pérennisation des acquis. L'appui de la société civile et du secteur privé sera indispensable.

La deuxième phase sera consacrée au passage à l'échelle de la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile. A terme, chaque aire de santé ou chaque village devra être couvert par une mutuelle d'assurance santé acceptée par tous.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES :

1. Réaliser une étude d'analyse situationnelle et faisabilité des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile dans les sites pilotes ;
2. Réaliser une étude de base sur les niveau d'utilisation des services de santé dans les sites pilotes et témoins dans les sites pilotes ;
3. Former les formateurs centraux, régionaux et départementaux à la mise en place des mutuelles d'assurance santé
4. Elaborer et reproduire les documents juridiques et de gestion des mutuelles d'assurance santé ;
5. Organiser les activités de plaidoyer et de mobilisation pour la mise place et l'adhésion des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile dans les sites pilotes ;
6. Former les acteurs à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé ;
7. Installer dans les sites pilotes les mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile ;
8. Suivre et évaluer la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile ;
9. Elaborer et mettre en œuvre un plan de passage à échelle de la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile ;
10. Produire les documents de gestion des mutuelles d'assurance santé ;
11. Organiser les activités de plaidoyer et de mobilisation pour la mise place des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile dans les aires de santé ;
12. Former les acteurs à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé ;
13. Installer les mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile ;
14. Suivre et évaluer la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile.

- **Objectif Spécifique 3 : Accroître la proportion de ressources allouées à la santé maternelle, néonatale et infantile à 5% du budget de la santé**

- STRATEGIE 7 : Mobilisation de ressources additionnelles



Mobilisation des ressources pour l'atteinte des résultats de la feuille de route

Il s'agira de porter à l'attention du Gouvernement, des décideurs, des partenaires, des collectivités territoriales, des communautés et des populations, le fardeau que représente la mortalité et la morbidité maternelle, néonatale et infantile, afin d'augmenter l'engagement et l'allocation des ressources nécessaires pour améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES :

1. Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer ;
2. Organiser des activités de plaidoyer en direction des Présidents des institutions, de la Première Dame, des décideurs, des partenaires au développement, des collectivités décentralisées, des leaders communautaires pour la mobilisation autour de la feuille de route ;
3. Instaurer une journée nationale pour la Santé Maternelle et Infantile (Santé de la Reproduction) et donner un appui pour sa commémoration.
4. Organiser des campagnes de sensibilisation des prestataires et des gestionnaires en pharmacie pour améliorer le recouvrement de coûts de prestations et des médicaments ;
5. Intégrer les audits financiers dans les districts sanitaires et structures de référence pour améliorer le recouvrement de coûts de prestations et des médicaments et la gestion financière.

- STRATEGIE 8 : Renforcement du cadre de gestion de la feuille de route

Il s'agira d'œuvrer pour l'appropriation et l'opérationnalisation de la Feuille de Route par tous les acteurs des niveaux de la pyramide sanitaire. Chaque district sanitaire produira son plan opérationnel pour la mise en œuvre de la Feuille de Route. Les capacités du système de santé seront renforcées pour mieux planifier, exécuter, suivre et évaluer les services de santé au niveau du district sanitaire et de la communauté, dans le but de maximiser les ressources disponibles et d'améliorer les prestations de santé.

En outre, le renforcement des partenariats pour améliorer la coordination et la collaboration entre les partenaires y compris le secteur privé, les associations et conseils de professionnels à tous les niveaux, sera nécessaire.



Suivi et évaluation de la feuille de route

INTERVENTIONS PRIORITAIRES :

1. Organiser des réunions pour la mobilisation de tous les partenaires autour de la Feuille de Route ;
2. Organiser des ateliers pour l'élaboration du plan opérationnel des districts ;
3. Organiser des réunions de toutes les parties prenantes au niveau national pour traduire la feuille de route en plans opérationnels budgétisés ;
4. Organiser la participation des acteurs de la Feuille de Route aux réunions internationales sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;
5. Harmoniser, reproduire et distribuer les supports de collecte de données et de production des indicateurs dans tous les secteurs y compris le privé ;
6. Former 1500 prestataires à la collecte et l'utilisation des données ;
7. Fournir du matériel logistique et informatique au niveau central, régional et départemental ;
8. Produire des rapports périodiques au niveau district, régional et national ;
9. Organiser les réunions de suivi, de coordination et d'évaluation de la Feuille de Route ;
10. Evaluer la Feuille de Route en 2011 et en 2015.

VIII- BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires finaux sont les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer et les nouveau-nés, les enfants, les jeunes, les adolescents, les hommes, les femmes et les communautés. Les autres groupes cibles sont le personnel médical, les agents de santé communautaire, les accoucheuses traditionnelles, les collectivités décentralisées, les préfets et les décideurs.

IX- MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE

La mise en œuvre de cette feuille de route se fera jusqu'en 2015 à compter de janvier 2008 et prendra en compte la situation de crise que connaît le pays depuis 2002. Malgré la décrispation actuelle, il est difficile de prévoir la normalisation de la situation sociopolitique à court, moyen et long terme. C'est pourquoi, trois scénarii sont proposés pour la mise en œuvre de la Feuille de Route.

IX-1 Scénario 1: Le retour à la paix

Conscients du risque de voir imploser le pays, la classe politique et les acteurs militaires s'engagent pour le consensus dans le processus de paix qui passe par l'organisation des différentes élections. Les organes de transition sont renforcés, l'administration est redéployée sur l'ensemble du territoire ivoirien, les milices sont dissoutes, les Forces Nouvelles sont désarmées. La communauté internationale appuie la Côte d'Ivoire. Un président est élu, sur la base d'une élection transparente et aucun remous n'est observé. La paix refait surface.

Dans ce scénario, la mise en œuvre de la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, se fera à travers le plan qui est joint en annexe. Ce plan décrit les objectifs, stratégies et activités à mettre en œuvre, les responsables, les lieux d'exécution des activités. Il précise les indicateurs devant être utilisés pour le suivi de cette feuille de route. Enfin, ce plan met en relief le budget alloué pour chaque activité.

Chaque année, un plan d'action sera élaboré par la DC-PNSR/PF et sera adopté par le Comité National de Suivi de la Santé de la Reproduction qui regroupe tous les intervenants en Santé de la Reproduction. Ce plan qui doit faire l'objet d'un consensus, sera financé par tous les intervenants dont l'Etat en première ligne, suivi des partenaires au développement.

IX-2 Scénario 2: Le pays toujours divisé

Toutes les parties se sont engagées à respecter le processus de paix, mais les différents accords signés ne sont toujours pas appliqués. Des problèmes se posent sur les prérogatives du Premier Ministre, le désarmement des Forces Nouvelles, la dissolution des milices, l'opération d'identification, l'organisation des élections. Les tensions s'exacerbent et le processus de paix se bloque.

Dans ce scénario, la mise en œuvre de la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, se fera également à travers le plan qui est joint en annexe. Cependant une importance particulière sera accordée aux régions et districts sanitaires ayant connu le plus de conséquences de la guerre.

IX-3 Scénario 3: le chaos

Dans ce scénario, malgré les différentes médiations, les accords de paix signés ne sont pas appliqués et les différentes parties prenantes au conflit campent chacune sur leurs positions. Le pays vit au rythme de vraies fausses tentatives de coup d'Etat, suivies de nombreuses arrestations, de purges dans les forces armées, de disparitions de personnalités politiques et militaires.

Un coup d'Etat finit par survenir, mais en réaction, les milices prennent le contrôle de certaines régions du pays et poursuivent leurs exactions. Au sein des Forces Nouvelles, des dissensions apparaissent et qui aboutissent à des divisions, chaque faction occupant une partie du pays. Les Forces Impartiales sont contraintes de quitter le pays et la guerre civile se généralise. La Côte d'Ivoire se trouve divisée en plusieurs entités dirigées par des chefs de guerre qui y règnent en maîtres absolus.

Dans ce scénario, le plan de mise en œuvre de la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale tel que décrit en annexe s'arrête. Une concertation d'urgence sous l'égide des Nations Unies sera organisée entre ONGs locales, internationales et agences des nations unies. Après évaluation initiale de la situation, les axes d'interventions prioritaires seront arrêtés. Une mobilisation des communautés notamment des accoucheuses traditionnelles, des bénévoles sera souhaitée pour les urgences obstétricales, des violences sexuelles, des IST/VIH/SIDA et la Planification Familiale.

IX-4 Plan de mise en œuvre et de suivi

Objectif Spécifique 1 : Améliorer l'accessibilité des services intégrés de CPN, SONU, PCIME, PTME et PF de qualité dans 100% des structures de santé au terme de l'année 2015

STRATÉGIE 1 : Amélioration de la qualité des services de la santé maternelle, néonatale et infantile

ACTIVITES	RESPON- SABLES	ANNEES									LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Réviser et disséminer les documents de référence (politique, programme, PMA, standards et protocoles, grilles de supervision)	DC-PNSR/PF	X	X								Abidjan	Nombre de documents de référence révisés et adoptés	Les documents de référence (politique, programme, PMA, standards et protocoles, grilles de supervision) sont révisés, disponibles et utilisés dans tous les établissements sanitaires
Réviser les curricula de formation dans les écoles de formation de base	UFR SM, INFAS et INFS	X	X								Abidjan	Nombre de curricula de formation de base révisés	Les curricula de formation dans les écoles de formation de base sont révisés et prenant en compte CPN _r , SONU, SAA, PF, PTME, PCIME+, PI
Introduire la démarche qualité dans l'offre des services	DC-PNSR/PF, DR, DD, PPS	X	X									Proportion des structures de santé qui appliquent les protocoles et standards des services SR	Les droits du client sont intégrés dans l'offre des services de SR. Les besoins des prestataires sont pris en compte 100% des clients sont satisfaits des services reçus
Réaliser et vulgariser les travaux de recherche et les bonnes pratiques pour leur application	DR, DD, PPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tout le pays	Nombre d'études réalisées et vulgarisées pour améliorer la qualité des soins	Les bonnes pratiques sont documentées et vulgarisées dans tous les PPS pour leur application

ACTIVITES	RESPON- SABLES	ANNEES								LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS	
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Intégrer la stratégie des staffs communs mensuels entre les structures périphériques et la structure de référence pour l'amélioration des services de santé de la mère et de l'enfant	DR, DD, HG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Les structures de référence	Proportion de structures de référence réalisant les staffs communs mensuels	Toutes les structures de référence ont intégré la stratégie des staffs communs mensuels qui réunissent les structures périphériques et la structure de référence pour l'amélioration des services de la santé
Intégrer la stratégie des audits des décès maternels et néonataux dans les structures de référence pour l'amélioration des SONU	DR, DD, HG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Les structures de référence	Proportion des audits réalisés par structure sanitaire	Tous les cas de décès maternels font l'objet d'audit pour améliorer les soins maternels et néonataux
Sensibiliser les prestataires pour une prise de conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services	DC-PNSR/PF, DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DD et au niveau national	Proportion de prestataires sensibilisés sur la conscience professionnelle et l'élimination du racket ou autres pratiques entravant la qualité des services	La conscience professionnelle s'est améliorée
Organiser un concours d'excellence pour les structures sanitaires publiques et privées tous les deux ans dans tous les districts et au niveau national	DC-PNSR/PF, DR, DD	X		X		X		X		X	Tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Nombre de structures sanitaires par type de service (Public et privé) primées tous les deux ans	Les meilleurs prestataires et structures de santé sont récompensés

STRATÉGIE 2 : Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la santé de la femme, de la mère et de l'enfant

ACTIVITES	RESPON- SABLES	ANNEES									LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Recruter et redéployer le personnel de santé	DRH, DSC, DC-PNSR/PF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Structures ayant des besoins en personnel de santé	Nombre d'agents de santé supplémentaires par fonction/qualité recrutés sur la période 2007-2015	Chaque PPS dispose d'un personnel qualifié et suffisant pour offrir les services de SMNI
Former 340 formateurs régionaux et départementaux en santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	DC-PNSR/PF, DSC, DR, DD	X	X								Abidjan, Bouaké	Nombre de formateurs régionaux et départementaux formés en SMNI	Les 72 districts disposent d'un pool de formateurs pour les services intégrés de CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+, SIG
Former 5000 prestataires en CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+, SIG	DC-PNSR/PF, DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Structures de référence	Proportion de prestataires qualifiés pour offrir des services de CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+ et pour produire les rapports du SIG	Tous les centres disposent des prestataires qualifiés pour offrir les services de CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+ et pour produire les rapports du SIG
Réhabiliter 100 structures de référence	DIEM, DR, DD	X	X								Structures de référence	Proportion des structures de santé ayant un environnement capable de garantir la qualité des services offerts	100 structures de santé réhabilitées pour les services de la SMNI
Fournir aux 1400 ESPC les équipements et le matériel additionnels et nécessaires aux CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+, SIG	DIEM, DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	ESPC	Proportion d'ESPC équipés de mobilier et de matériels additionnels nécessaires à l'offre de services de qualité en CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+, SIG	1400 ESPC ont bénéficié d'équipements et de matériels additionnels et nécessaires aux CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+, SIG

ACTIVITES	RESPON-SABLES	ANNEES										LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5					
Fournir à 100 structures de référence les équipements et le matériel additionnels et nécessaires aux SONU	DIEM, DC-PNSR/PF,DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Structures de référence	Proportion de structures de référence équipées de mobilier et de matériel additionnels, nécessaires à l'offre de services de qualité en CPN _r , SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+, SIG	100 structures de référence ont bénéficié d'équipements, de matériels additionnels nécessaires aux SONU
Renforcer les capacités fonctionnelles des blocs opératoires de 67 structures sanitaires de référence (4 CHU, 18CHR, 45HG) pour les SONU	DIEM, DC-PNSR/PF,DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Structures de référence	Nombre de blocs opératoires réhabilités. Nombre de blocs opératoires fonctionnels par district sanitaire	Les blocs opératoires des 67 structures existants sont réhabilités
Doter le pays en 20 blocs opératoires (1 bloc par hôpital qui n'en dispose pas)	DIEM, DC-PNSR/PF,DR, DD	X	X	X								District	Nombre de blocs opératoires construits. Nombre de blocs opératoires fonctionnels par district sanitaire	20 blocs opératoires additionnels sont construits
Assurer la maintenance des équipements et matériels	DIEM, DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tous les PPS	Existence d'un plan global de maintenance. Proportion de structures de santé dont les matériels et/ ou les équipements n'ont pas été maintenus au moins deux fois par an	Il existe un plan national de maintenance incluant la gestion des risques Chaque structure a vu ses matériels et équipements maintenus au moins deux fois par an

ACTIVITES	RESPON- SABLES	ANNEES									LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Assurer régulièrement l'approvisionnement en produits de la SR (contraceptif, ARV, vaccins du PEV, médicaments SONU et PEC des enfants, les intrants stratégiques...)	PSP, PEV, PNSI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Abidjan et tous les PPS	Fréquence des ruptures de stocks par type de produits au niveau central. Proportion des structures sanitaires ayant connu une rupture de stock d'au moins un produit. fréquence de produits périmés enregistrés au niveau central. Proportion de structures sanitaires ayant enregistré au moins un produit périmé dans son stock fonctionnel. Nombre total par type de produit enregistré dans les différentes structures sanitaires	Aucune structure sanitaire n'a connu une rupture de stock dans aucun produit Aucune rupture de stock par type de produit n'a été enregistré au niveau central Aucune structure sanitaire n'a été confrontée à un sur stock
Organiser des activités de plaidoyer auprès des collectivités décentralisées, pour obtenir des ressources et leur participation effective à la sécurisation des produits de la santé de la reproduction	DR, DD, PSP, DSC, DC-PNSR/PF, PNSI, PNPEC, PEV, PNL, PNN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Abidjan, DR, DD	Proportion de Conseils Généraux ayant accepté d'intégrer dans leurs budgets de fonctionnement et d'investissements des actions de la Feuille de Route au niveau local. Proportion de Districts et Conseils Généraux ayant accepté de participer aux coûts d'acquisition des produits de la SR au niveau national Proportion de Mairies ayant accepté de participer aux coûts d'acquisition des produits de la SR au niveau national	Tous les Conseils Généraux ont intégré dans leur budget de fonctionnement et d'investissement des actions locales de la Feuille de route Tous les Districts, Conseils Généraux et les Mairies participent aux coûts d'acquisition des produits de la SR

ACTIVITES	RESPON-SABLES	ANNEES								LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5			
Redynamiser les séances de vaccination de routine fixes, avancées et mobiles	PEV, DR, DD, PSP	X	X	X	X	X	X	X	X	DD	Proportion des structures de santé qui réalisent les séances de vaccination de routine fixes, avancées et mobiles conformément aux directives	Les séances de vaccination de routine fixes, avancées et mobiles sont réalisées systématiquement et périodiquement par toutes les structures de santé conformément aux directives
Élargir le Marketing Social des autres produits de la SR (injectables et le SRO)	DC-PNSR/PF, PNSI		X	X	X	X	X	X	X	Tous le pays	Type de produits concernés par le Marketing Social en Côte d'Ivoire	Les contraceptifs injectables et le SRO sont intégrés dans le Marketing social des produits SR
Superviser, suivre les activités sur le terrain	DR, DD, PSP, DSC, DC-PNSR/PF, PNSI, PNPEC, PEV, PNL, P, PNN	X	X	X	X	X	X	X	X	Tous le pays	Existence d'un tableau de bord national pour le suivi des activités SR, le suivi des activités de la Feuille de Route au niveau de la région, pour le suivi des activités de la Feuille de Route au niveau du district. Nombre de structures sanitaires ayant reçu au moins une visite de supervision du niveau central, ayant reçu au moins deux visites de supervision du niveau régional, ayant reçu au moins quatre visites de supervision du niveau du district. Proportion de structures sanitaires dont les besoins pour des services de qualité n'ont pas été satisfaits	Les services sont offerts suivant les normes et protocoles Les prestataires sont satisfaits Les clients sont satisfaits

STRATÉGIE 3 : Renforcement du Système de Référence et de contre référence

ACTIVITES	RESPON-SABLES	ANNEES									LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Évaluer les besoins pour le renforcement du système de référence et de contre référence dans les 72 districts	DR, DD, PSP, DSC, PNSI, PNPEC, PEV, PNL, PNN	X									DR, DD	Proportion des districts ayant réalisé une étude pour le renforcement du système de référence et de contre référence	Les besoins pour le renforcement du système de référence et de contre référence sont connus
Mettre en place un cadre institutionnel, de gestion et de coordination de la référence et la contre référence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	MSHP, DSC, DIEM, DIPE, DC-PNSR/PF	X									Abidjan	Existence d'un cadre institutionnel de gestion fonctionnel	Un cadre institutionnel, de gestion et de coordination de la référence et la contre référence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est mis en place
Sensibiliser et organiser les communautés à la mise en place des comités de gestion des évacuations rapides et précoces des urgences dans les 72 districts	DR, DD	X	X	X							Toutes les DD	Proportion des aires de santé par district ayant un comité de gestion des évacuations rapides et précoces des urgences	Toutes les aires de santé par district ont un comité dynamique de gestion des évacuations rapides et précoces des urgences
Développer le partenariat avec les autres secteurs pour le renforcement de la référence et de la contre référence dans les 72 districts	DR, DD, PPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tous les DD	Nombre de partenaires des secteurs privé et parapublic impliqués officiellement dans le système de référence et de contre référence	Chaque aire de santé a développé un partenariat avec le privé pour le renforcement de la référence et contre référence

ACTIVITES	RESPON- SABLES	ANNEES								LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS	
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Mettre en place un système de Radio Aérienne de Communication (RAC) dans 10 districts à problème de communication	DIEM, DC-PNSR/PF		X	X	X						10 DD	Proportion de district ayant un RAC	Un système de radio (RAC) est mis en place dans 10 districts et est fonctionnel
Fournir 500 ambulances aux structures de référence et aux ESPC éloignés dans les 72 districts	DIEM, DSC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DD	Nombre d'ambulance en pool Proportion d'ESPC disposant d'au moins une ambulance fonctionnelle	200 ambulances sont mises en pool et 300 autres sont mises à la disposition des ESPC les plus éloignés
Assurer la maintenance des équipements, matériels de communication et moyens d'évacuation dans les 72 districts	DIEM, DC-PNSR/PF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DD	Nombre de districts dont au moins une structure sanitaire a rencontré des problèmes d'équipements et de matériels non fonctionnels	Les équipements, matériels moyens d'évacuation sont fonctionnels
Fournir les outils de référence et contre référence	DSC, DC-PNSR/PF		X	X	X	X	X	X	X	X	Abidjan et toutes les DD	Proportion des structures sanitaires utilisant les nouveaux outils de référence et de contre référence	Les outils de référence et contre référence sont disponibles dans les PPS et utilisés
Sensibiliser les prestataires et les communautés au système de référence et de contre référence ;	DR, DD, DC-PNSR/PF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DD	Proportion des prestataires utilisant les supports de référence et de contre référence et appliquant les directives sur la référence et la contre référence	Les prestataires et les communautés des aires de santé appliquent les directives sur la référence et la contre référence
Superviser les prestataires, les communautés et évaluer les activités de référence et contre référence	DR, DD, DC-PNSR/PF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DD	Les forces et faiblesses identifiées	Les forces et faiblesses du système de référence et de contre référence sont connues et un plan d'actions correctrices est mis en œuvre

STRATÉGIE 4 : Amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales

ACTIVITES	RESPON-SABLE	PÉRIODE										LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		7	8	9	0	1	2	3	4	5				
Réaliser une étude d'analyse situationnelle sur l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	DC-PNSR/PF		X									Abidjan	Existence d'une étude d'analyse situationnelle sur l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	Les obstacles liés à l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales sont connus
Organiser des voyages d'études dans deux pays de la sous région pour apprécier leurs expériences	Cabinet, DSC, DC-PNSR/PF		X									2 pays de la sous région	Nombre de voyage d'étude réalisé dans 2 pays de la sous région pour apprécier leurs expériences	Les expériences des deux pays (forces et faiblesses du système de gestion de la subvention partielle ou totale des soins médicaux) sont connues
Réaliser une étude de faisabilité de la prise en charge par l'Etat de certains coûts des urgences obstétricales et néonatales	DC-PNSR/PF		X									Abidjan et intérieur du pays	Existence d'une étude de faisabilité de la prise en charge par l'Etat de certains coûts des urgences obstétricales et néonatales	Les conditions pour la faisabilité de la prise en charge par l'Etat de certains coûts des urgences obstétricales et néonatales sont connues
Organiser un atelier de diffusion et de validation des résultats sur l'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	DC-PNSR/PF		X									Abidjan	Nombre de participants à l'atelier de diffusion et de validation des résultats sur l'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	Les résultats des études sont connus et la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales est adoptée de façon consensuelle

ACTIVITES	RESPON-SABLE	PÉRIODE										LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS	
		7	8	9	0	1	2	3	4	5					
Organiser des activités de plaidoyer auprès du gouvernement et du parlement	Cabinet, DSC, DC-PNSR/PF		X										Abidjan	Nombre et type d'activités de plaidoyer réalisées	Le gouvernement et les parlementaires sont en favorables et s'engagent dans la mise en œuvre de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales
Prendre un décret pour subventionner les coûts des urgences obstétricales et néonatales notamment les césariennes, les grossesses extra-utérines etc	Conseil des Ministres		X										Abidjan	Nombre de dispositions prises pour la mise en œuvre de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	Au moins un décret est pris pour subventionner les coûts des urgences obstétricales et néonatales notamment les césariennes, les grossesses extra-utérines, les ruptures utérines, etc..
Mettre en place un système de gestion de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	Cabinet, DSC, DC-PNSR/PF		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de dispositions prises pour la mise en œuvre de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	le système de gestion de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales est mis en place et est fonctionnel
Doter le système de ressources nécessaires pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales	Ministère des finances			X	X	X	X	X	X	X	X	X	Abidjan	Proportion des besoins financiers couverts	Le système de gestion de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales est doté de fonds suffisants

ACTIVITES	RESPON- SABLE	PÉRIODE										LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		7	8	9	0	1	2	3	4	5				
Sensibiliser les prestataires sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnées par l'Etat	DC-PNSR/PF, DR, DD			X	X	X	X	X	X	X	X	Tous les DD	Nombre d'activités de sensibilisation réalisées sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnées par l'Etat	Tous les prestataires sont informés sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnées par l'Etat
Sensibiliser les populations sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnées par l'Etat	DC-PNSR/PF, DR, DD			X	X	X	X	X	X	X	Tous les DD	Nombre d'activités de sensibilisation réalisées sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnées par l'Etat	Toutes les populations sont informées sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnées par l'Etat	
Fournir les soins subventionnés aux populations	DD, Structures de référence			X	X	X	X	X	X	X	Tous les DD	Nombre et proportions de soins subventionnés fournis aux populations	100% des complications attendus sont prises en charges	
Superviser les activités	DC-PNSR/PF, DR, DD			X	X	X	X	X	X	X	Tous les DD	Nombre d'activités de supervision réalisées, les forces et faiblesses identifiées	Les forces et faiblesses du système de gestion de la stratégie sont connues et un plan d'actions correctrices est mis en œuvre	
Suivre et évaluer la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	DC-PNSR/PF, DR, DD			X	X	X	X	X	X	X	Tous les DD	Nombre d'activités d'évaluation réalisées, les forces et faiblesses identifiées	La stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales est évaluée et la performance est connue	

Objectif Spécifique 2 : Renforcer les capacités des individus, des familles, de la communauté et des collectivités pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale dans au moins 80% des villages d'ici 2015

STRATÉGIE 5 : Renforcement des capacités des individus et des communautés à la gestion et à l'utilisation accrue des services de santé

ACTIVITES	RESPON-SABLES	ANNEES										LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5					
Réaliser des études sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) culturelles en matière de santé maternelle et infantile dans la communauté	DC-PNSR/PF	X	X	X	X							Toutes les DD	Connaissances, attitudes et pratiques culturelles liées à l'insuffisance d'utilisation des services de santé identifiées	Les CAP en matière de SMNI sont connues Un plan d'actions correctives est élaboré
Développer un plan stratégique de communication pour la promotion de la santé maternelle et infantile	DC-PNSR/PF	X										Abidjan	Nombre de séances de travail et d'ateliers réalisés pour la production du plan stratégique de communication	Le plan de communication pour la promotion de la santé maternelle et infantile est adopté
Produire et reproduire les supports de communication interpersonnelle et de masse	DC-PNSR/PF, DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Abidjan et toutes les DD	-Types de supports de communication produits - Nombre par type de supports de communication produits	Les supports de communication interpersonnelle et de masse (tous les types) sont produits, reproduits et disponibles dans les structures de santé
Redynamiser les COGES (Formation et équipement des Comités de Gestion des structures sanitaires)	DR, DD, PPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Toutes les DD	Proportion de COGES fonctionnels	Tous les COGES sont fonctionnels

ACTIVITES	RESPON-SABLES	ANNEES								LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS	
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Former 55 556 agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles et les communautés à la promotion de la santé maternelle et infantile et un continuum de soins à domicile	DR, DD, PPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DD	Proportion d'agents communautaires formés	55556 agents de santé communautaires en milieu rural couvrant chacun 30 ménages sont formés pour la promotion de la santé maternelle et infantile y compris le continuum de soins à domicile
Fournir les équipements et matériels aux 55 556 agents de santé communautaire et accoucheuses traditionnelles	DR, DD, PPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DD	Proportion d'ASC éloignés disposant d'un vélo	55.556 ASC disposent de leurs équipements pour la promotion de la SMNI y compris le continuum de soins à domicile
Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés pour la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile dans les 72 districts	DC-PNSR/PF, PNSI, PNN, DR, DD, PPS, ASC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DD	Niveaux de connaissances, attitudes et pratiques des populations en SMNI	Les populations et les communautés sont informées et sensibilisées tous les ans sur les problèmes de la SMNI
Fournir 5000 vélos aux relais communautaires éloignés des centres de santé	DC-PNSR/PF, PNSI, PNN, DR, DD		X	X	X						Toutes les DD	Proportion d'ASC éloignés disposant de vélos	5000 vélos sont acquis pour les relais commu-nautaires éloignés des centres de santé
Superviser les relais communautaires, évaluer leur activité	DR, DD, DC-PNSR/PF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DD	Les forces et faiblesses identifiées	Les forces et faiblesses des relais communautaires sont connues et un plan d'actions correctrices mis en œuvre

STRATÉGIE 6 : Développement des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile													
ACTIVITES	RESPON-SABLES	ANNEES								LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS	
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Réaliser une étude d'analyse situationnelle et de faisabilité des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile dans les sites pilotes	DC-PNSR/PF		X								Sites témoins	Existence d'une l'étude sur l'analyse situationnelle et sur la faisabilité des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile dans les sites pilotes	La situation et les conditions de faisabilité des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile sont connues
Réaliser une étude de base sur les niveau d'utilisation des services de santé dans les sites pilotes et témoins dans les sites pilotes	DC-PNSR/PF		X								Sites témoins	Existence d'étude de base sur les niveaux d'utilisation des services de santé dans les sites pilotes et témoins	Les niveaux d'utilisation des services de santé dans les sites pilotes et témoins sont connus
Former les formateurs centraux, régionaux et départementaux à la mise en place des mutuelles d'assurance santé	DC-PNSR/PF, DR, DD		X								Abidjan et toutes les DD	Proportion de formateurs formés	149 formateurs centraux, régionaux et départementaux sont formés à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé
Elaborer et reproduire les documents juridiques et de gestion des mutuelles d'assurance santé	DC-PNSR/PF, DR, DD		X								Abidjan	Proportion de mutuelles ayant les documents juridiques et de gestion	Les 149 mutuelles ont les documents juridiques et de gestion
Organiser les activités de plaidoyer et de mobilisation des populations à la mise place des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile dans les sites pilotes	DC-PNSR/PF, DR, DD		X								Sites témoins	Proportion de ménages ou familles touchés	Au moins 80% des familles ou ménages ont adhéré à la mutuelle d'assurance santé

ACTIVITES	RESPON-SABLES	ANNEES								LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5			
Former 3 acteurs par site pilote à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé	DR, DD, PPS		X							Sites témoins	Proportion d'acteurs formés par site pilote à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé	Chaque district dispose de 9 acteurs (pour les 3 sites pilote) formés à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé
Installer dans les sites pilotes les mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile	DD, PPS et communautés		X	X						Sites témoins	Proportion de mutuelles d'assurance fonctionnelles	Les 72 districts disposent chacun de 3 mutuelles d'assurance santé fonctionnelles
Suivre et évaluer la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile	DC-PNSR/PF, DR, DD, communautés		X	X	X					Sites témoins	Nombre d'activités de suivi et d'évaluation réalisées, les forces et faiblesses identifiées	Les forces, faiblesses, les opportunités et les menaces, les niveaux d'acceptabilité et d'engouement des populations, les niveaux de performance et d'efficacité, les conditions et déterminants pour le bon fonctionnement, une meilleure appropriation des mutuelles par les communautés et pour une pérennisation des acquis sont connues.

ACTIVITES	RESPON- SABLES	ANNEES										LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5					
Elaborer et mettre en œuvre un plan de passage à échelle de la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile	DC-PNSR/PF, DR, DD, communautés				X							DC-PNSR/PF, DR, DD, communautés	Existence d'une un plan de passage à échelle de la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile	Toutes les préoccupations sont prises en comptes dans le plan de passage à échelle
Produire les documents de gestion des mutuelles d'assurance santé	DC-PNSR/PF, DR, DD				X							Abidjan et toutes les DD	Proportion de mutuelles ayant les documents juridiques et de gestion	Toutes les mutuelles ont les documents juridiques et de gestion
Organiser les activités de plaidoyer et de mobilisation pour la mise place des mutuelles d'assurance	DR, DD, PPS				X	X	X	X	X			Toutes les DD	Proportion de ménages ou familles touchés	Au moins 80% des familles ou ménages ont adhéré à la mutuelle d'assurance santé
Former les acteurs à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé	DR, DD, PPS				X	X	X	X	X			Toutes les DD	Proportion d'acteurs formés à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé	Chaque districts dispose d'au moins 90 personnes formées à la gestion des mutuelles d'assurance santé
Installer les mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile	DR, DD, PPS				X	X	X	X	X			Toutes les DD	Proportion de mutuelles d'assurance fonctionnelles	Au moins 80% des femmes en âge de reproduction et des enfants de moins de 5 ans sont couverts par une assurance santé
Suivre et évaluer la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile.	DC-PNSR/PF, PNSI, PNN, DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X			Toutes les DD	Nombre d'activités de suivi et d'évaluation réalisées, les forces et faiblesses identifiées	Les forces, faiblesses, les niveaux d'acceptabilité et d'engouement des populations, les niveaux de performance sont connues.

Objectif Spécifique 3 : Accroître la proportion de ressources allouées à la santé maternelle, néonatale et infantile à 5% du budget de la santé

STRATÉGIE 7 : Mobilisation des ressources additionnelles

ACTIVITES	RESPON-SABLES	ANNEES								LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS	
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Développer un plan de mobilisation de ressources pour la mise en œuvre de la Feuille de Route	DC-PNSR/PF, DSC	X									Abidjan	Existence d'un plan national de mobilisation de ressources	Un plan de mobilisation de ressources est élaboré, validé et adopté
Organiser des activités de plaidoyer en direction des décideurs, des leaders communautaires, des collectivités décentralisées pour la mobilisation autour de la Feuille de Route	DSC, DC-PNSR/PF, PNSI, PNN, DR, DD, PPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Abidjan et toutes les DD	- Nombre de partenaires financiers identifiés pour soutenir financièrement la FR -Montant du financement requis pour la mise en œuvre de la FR collecté - Pourcentage du budget global de l'Etat de CI consacré à la santé - Pourcentage du budget de la Santé consacré à la FR	-Au moins 15% du budget global de l'Etat consacré à la santé -Au moins 5% du budget de la santé consacré à la SMNI -Le montant requis pour la mise en œuvre de la FR est obtenu
Instaurer la Journée Nationale pour la Santé Maternelle et Infantile	Cabinet, DSC, DC-PNSR/PF, PNSI, PNN, DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tout le pays	Existence d'un décret portant Commémoration d'une journée nationale de la Santé de la Reproduction	La journée pour la Santé Maternelle et Infantile (Santé de la reproduction) est instituée et est organisée chaque année
Organiser des campagnes de sensibilisation des prestataires et des gestionnaires en pharmacie pour améliorer le recouvrement de coûts de prestations et des médicaments	DSC, DC-PNSR/PF, PNSI, PNN, DR, DD, PPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Abidjan et toutes les DD	- Niveau global de recouvrement des coûts de prestations - Niveau de recouvrement des coûts de prestation par district sanitaire - Taux de pérennité de l'action	Tous les coûts de prestation encaissés sont recouverts

STRATÉGIE 8 : Renforcement de la mise en œuvre de la feuille de route

ACTIVITES	RESPON-SABLES	ANNEES										LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5					
Mettre en place un cadre de suivi et de coordination de la feuille de route (National et Districts)	MSHP, DSC, DC-PNSR/PF, Préfecture, DR, DD	X										Abidjan et toutes les DD	Existence d'un décret portant organisation de la gestion de la Feuille de route	Un cadre de suivi et de coordination de la feuille de route est mis en place
Reproduire le document de la Feuille de Route en 5000 exemplaires	MSHP, DSC, DC-PNSR/PF	X										Abidjan	Proportion des structures de santé disposant et utilisant la Feuille de Route	Toutes les structures de santé disposent et utilisent la Feuille de Route
Organiser le lancement officiel national de la mise en œuvre de la Feuille de Route	DC-PNSR/PF, DR, DD	X										Abidjan	Lancement officiel effectué au niveau national	Les autorités et les partenaires s'engagent pour la mise en œuvre de la Feuille de Route
Organiser les ateliers de dissémination et formation à l'opérationnalisation de la feuille de route dans les 19 régions	DC-PNSR/PF, DR, DD	X										Régions	- Nombre de participants par région sanitaire aux ateliers d'opérationnalisation de la FR - Nombre de participants par district sanitaire aux ateliers d'opérationnalisation de la FR - Niveau de compréhension des acteurs de la FR à son mécanisme d'opérationnalisation	Les acteurs identifiés sont mobilisés pour l'opérationnalisation de la FR
Elaborer et mettre en œuvre le plan opérationnel de la Feuille de Route au niveau des districts	DD	X										Toutes les DD	Proportion de districts qui mettent en œuvre leur plan d'opérationnalisation de la Feuille de Route	Le plan d'opérationnalisation de la Feuille de Route est disponible et mis en œuvre dans chaque district. Les niveaux de mortalité maternelle, néonatale et infantiles sont en baisse d'année en année

ACTIVITES	RESPON- SABLES	ANNEES								LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS	
		8	9	0	1	2	3	4	5				
Former 1500 prestataires à la collecte et à l'utilisation des données	DIPE, DC-PNSR/PF, DR, DD, PPS	X	X	X	X						Toutes les DD	Proportion de prestataires utilisant parfaitement les outils de collecte de données	1500 prestataires sont formés à la collecte et à l'utilisation des données
Fournir 150 équipements et matériels informatiques (DD, DR et Central)	DC-PNSR/PF	X	X	X	X						Abidjan et toutes les DD	Nombre d'équipement et matériels informatiques acquis	150 micro-ordinateurs, imprimantes et matériels informatiques acquis au niveau central, régional et départemental
Produire les rapports périodiques	DD, DR, DC-PNSR/PF; PNSI, PNN, DSC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Abidjan et toutes les DD	-Nombre par type de rapports produits par structure sanitaire et transmis au niveau supérieur - proportion de structures sanitaires par district ayant reçu un feedback à chacun des rapports soumis	-Toutes les structures sanitaires publiques et privées ont soumis tous les types de rapports aux niveaux supérieur pour traitement - Toutes les structures sanitaires ayant transmis leurs rapports ont reçu un feedback de la part du niveau supérieur à chacun des rapports transmis
Organiser des journées de bilan annuel et de planification, au niveau district et national, pour la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile	DC-PNSR/PF, DIPE, DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Toutes les DR et le niveau national	- Nature des leçons apprises -Existence d'un plan d'actions correctrices à la suite de chaque réunion bilan	- Un plan d'action correctrice et d'amélioration de la gestion de la FR est élaboré et diffusé à tous les acteurs
Organiser la participation de 30 agents aux réunions et formations internationales sur la santé de la mère et de l'enfant	DC-PNSR/PF, DR, DD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Abidjan, International	Nombre par type de réunions auxquelles la Côte d'Ivoire a pris part Nombre de participants par type de réunion	30 acteurs et des gestionnaires /planificateurs en management des politiques, programmes et projets de santé sont formés

ACTIVITES	RESPON- SABLES	ANNEES										LIEUX	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		8	9	0	1	2	3	4	5					
Fournir 3 véhicules 4x4	DC-PNSR/PF			X	X							Abidjan	Nombre de véhicules acquis	Les capacités du programme renforcées
Elaborer et mettre en œuvre le plan de suivi et évaluation de la Feuille de Route	DR, DD, DC	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Toutes les DD et le niveau national	Existence d'un plan de suivi et d'évaluation de la Feuille de route	Les forces, faiblesses, les opportunités et les menaces, les niveaux d'engouement des populations pour la maternité à moindre risque, les niveaux de performance sont connus
Réaliser l'évaluation à mi-parcours	DSC, DC-PNSR/PF; PNSI, PNN, DR, DD				X							Abidjan et toutes les DD	-Nature des forces, faiblesses, menaces et opportunités identifiées - Type d'améliorations apportées au document après la revue à mi-parcours	La performance de la Feuille de Route est connue et les orientations pour une meilleure performance de la Feuille de Route sont prises
Réaliser l'évaluation finale de la Feuille de Route	DSC, DC-PNSR/PF; PNSI, PNN, DR, DD									X		Abidjan et toutes les DD	Nature des leçons tirées Impact des interventions	Les résultats de la Feuille de Route sont connus et les leçons sont tirées

X- SUIVI ET EVALUATION

Le suivi de la Feuille de Route se fera à travers un plan de suivi et d'évaluation élaboré et mis en œuvre à cet effet. Le mécanisme et les indicateurs de suivi sont :

X - 1 Dispositif pour le suivi des activités

La mise en œuvre de la Feuille de Route sera suivie à travers les réunions et les revues périodiques des comités nationaux, régionaux et départementaux de la santé de la mère et de l'enfant. Ces comités sont chargés d'apprécier l'état d'avancement des plans d'actions annuelles, d'identifier les problèmes et de proposer des solutions. Ils participent également à la mobilisation des ressources. Les comités de suivi sont présidés au niveau central par le Directeur Général de la Santé, au niveau régional et départemental par les préfets de région et les préfets des départements. Les réunions des comités verront la participation de tous les intervenants dans la santé de la femme de la mère et de l'enfant et des communautés.

Les comités de suivi se réunissent tous les deux mois au niveau des districts, tous les trois mois au niveau des régions sanitaires et tous les six mois au niveau central. Au niveau national, une revue se tient chaque année et est présidée par le Ministre en charge de la Santé. Le suivi de la Feuille de Route se fait au moyen des rapports d'activités produits périodiquement par tous les intervenants, des rapports de supervision, de visites de terrain, des audits cliniques et des rapports trimestriels et annuels de suivi de la Feuille de Route. Les données produites par le système national d'information sanitaire et les enquêtes dont les EDS serviront au suivi et à l'évaluation de la feuille de route.

X - 2 Indicateurs de suivi

Le plan de mise en œuvre contient des indicateurs de processus et de résultats permettant le suivi de la Feuille de Route. En outre, le tableau 2 fournit des indicateurs de résultat et d'impact pour le suivi de la feuille. Deux évaluations seront réalisées : une évaluation à mi-parcours en 2011 et une finale en 2015.

Tableau 2 : Liste des indicateurs d'impact et de résultats

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2011	NIVEAU ATTENDU FIN 2015
INDICATEURS D'IMPACT						
1	Ratio de Mortalité maternelle	Nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes	Tous les 5 ans lors des EDS et tous les 10 ans pour les RGPH	543 (2005)	345	146
2	Taux de mortalité néonatale	Nombre de décès dans la période néonatale pour 1000 naissances	Tous les 5 ans lors des EDS	41 (2005)	30,75	10,25
3	Taux de mortalité infantile	Nombre de décès dans la période néonatale pour 1000 naissances	Tous les 5 ans lors des EDS	84 (2005)	56	28
4	Indice synthétique de fécondité	Nombre moyen d'enfants par femme à la fin de sa période procréative.	Tous les 5 ans lors des EDS	4,6 (2005)	4,1	3,3
5	Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes séropositives par rapport à l'ensemble des femmes enceintes	Toutes les années par le SIG à tous les niveaux	8,5% (2004)	6%	4,5
INDICATEURS DE COUVERTURE						
6	Taux d'accouchements assistés	Nombre total des accouchements effectués par un personnel qualifié (méd, SF, IDE) par rapport au total des naissances attendues	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG Et tous les 5 ans lors des EDS	56%	73%	90%
7	Couverture des besoins satisfaits en matière de prise en charge des complications obstétricales	Nombre de complications obstétricales prises en charge dans les structures SONU par rapport aux complications attendues	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	42% (2000)	60%	85%
8	Proportion d'accouchement par césarienne	Nombre de femmes enceintes ayant accouché par césarienne sur le nombre total des naissances attendues de la zone ou du pays	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	0,78% (2000)	4%	10%

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2011	NIVEAU ATTENDU FIN 2015
9	Taux de létalité du aux complications obstétricales au sein des structures SONU	Nombre de décès maternels directement liés à des complications obstétricales par rapport au nombre total de femmes avec complications obstétricales reçues dans les structures sanitaires	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	2,7%	1,5%	1%
10	Incidence du tétanos néonatal	Nombre de cas de tétanos néonatal par rapport aux naissances vivantes pendant une période donnée	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	32	25	14
11	Couverture de femmes ayant fait au moins 4 CPN	Nombre de femmes enceintes ayant fait au moins 4 CPN selon les normes sur le nombre de femmes enceintes attendues	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG Et tous les 5 ans lors des EDS	45%	75%	85%
12	Couverture VAT2 des femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 injections de VAT par rapport au nombre total de grossesses attendues	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	35%	65%	80%
13	Proportion de femmes enceintes dormant sous Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)	Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MII la nuit précédant l'enquête	Tous les 5 ans lors des EDS	17%	60%	80%
14	Proportion de population connaissant des signes de danger des complications obstétricales et néonatales.	Nombre de personnes (toute tranche d'âge et tout sexe) enquêtées ayant cité correctement trois signes de dangers des complications obstétricales sur la population totale enquêtée	Tous les 5 ans lors des EDS	A rechercher	75%	85%

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2011	NIVEAU ATTENDU FIN 2015
15	Proportion de nouveau-nés avec faible poids de naissance	Nombre de nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2500 grammes sur le nombre total de naissances vivantes	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	19% (2005)	14%	8%
16	Pourcentage de morts nés	Nombre de morts nés sur le nombre total des naissances	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	A rechercher	Taux réduction = 50%	Taux réduction = 25%
17	Proportion de femmes enceintes et ou accouchées, mises sous ARV prophylactiques dans le cadre de la PTME	Nombre de femmes enceintes accouchées ayant bénéficié d'ARV prophylactiques selon les protocoles nationaux par rapport au nombre total de femmes enceintes séropositives durant la période	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	A rechercher	Taux d'accroissement = 50%	Taux d'accroissement = 25%
18	Proportion de femmes ayant une fistule obstétricale	Nombre de femmes souffrant de fistules obstétricales prises en charge sur le nombre total des naissances attendues	Tous les 5 ans lors des EDS	A rechercher	Taux de réduction = 25%	Taux de réduction = 35%
19	Prévalence de la contraception (toutes méthodes modernes)	Nombre de femmes en âge de procréer utilisant une méthode de contraception sur le nombre total de femmes en âge de procréer	Tous les 5 ans lors des EDS	13 %	20%	30%
20	Taux de scolarisation des filles (Premier cycle du secondaire)	Nombre de filles ayant poursuivi la scolarité jusqu'en fin du premier cycle du secondaire par rapport au total de la cible	Rythme annuel par le SIG de l'Education nationale	A rechercher	Taux d'accroissement = 50%	Taux d'accroissement = 25%

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2011	NIVEAU ATTENDU FIN 2015
21	Taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois	Nombre d'enfants de 6 mois exclusivement allaités au sein sur le nombre total d'enfants de 6 mois	Tous les 5 ans lors des EDS	4%	10%	20%
22	Vitamine A en post-partum	Nombre de femmes accouchées ayant bénéficié de la vitamine A sur le nombre total des femmes en post-partum	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	A rechercher	Taux d'accroissement = 50%	Taux d'accroissement = 25%
INDICATEURS DE PROCESSUS						
23	Proportion de structures sanitaires de premier contact fonctionnelles	Nombre de structures de premier contact par rapport au nombre prévu sur la carte sanitaire	Rythme annuel par le SIG	A rechercher	100%	100%
24	Proportion de districts sanitaires ayant un système de référence organisé	Nombre de districts sanitaires ayant un système de référence fonctionnel sur le nombre total de districts sanitaires	Rythme annuel par le SIG	2 sur 72	100%	100%
25	Proportion de sites PTME fonctionnels	Nombre de sites PTME fonctionnels sur le nombre de structures de santé	Rythme annuel par le SIG	A rechercher	60%	90%
26	Disponibilité en structures de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence	Nombre de structures SONUC fonctionnelles (1 SONUC pour 500.000 habitants) Nombre de structures SONUB fonctionnelles (1 SONUC = 4 SONUB)	Rythme annuel par le SIG	10,2 SONUB (2000) et 1,5 SONUC (2000)	15 SONUB et 2.5 SONUC	20 SONUB et 3 SONUC

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2011	NIVEAU ATTENDU FIN 2015
27	Proportion de structures de premier recours disposant de ressources humaines spécifiques (Sage Femmes, infirmières/infirmiers)	Nombre de structures de premier recours disposant de ressources humaines spécifiques par rapport au total des structures par niveau Premier niveau : Sage - Femmes ou infirmiers (ères)	Rythme annuel par le SIG	A rechercher	100%	100%
28	Proportion de structures de deuxième niveau disposant de ressources humaines spécifiques (Médecins compétent en obstétrique, néonatalogie et Anesthésiste)	Nombre de structures de deuxième niveau disposant de ressources humaines spécifiques par rapport au total des structures par niveau 2 ^{ème} niveau : Médecin compétent en obstétrique et anesthésiste	Rythme annuel par le SIG	A rechercher	100%	100%
INDICATEURS D'ENGAGEMENT POLITIQUE						
29	Proportion du budget de l'état alloué au secteur santé	Montant du Budget de la santé par rapport au montant du budget global Etat de la même année	Annuel	6%	10%	15%
30	Proportion du budget du secteur de la santé allouée à la SMNI	Budget alloué à la santé maternelle et néonatale sur le budget de la santé	Annuel	A rechercher	3%	5%

XI- RESSOURCES NECESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE

Le budget global de la Feuille de Route est estimé, pour les 8 ans de mise en oeuvre, à **93 582 803 000** Francs CFA. Le budget produit à l'aide du logiciel Excel, se répartit selon les stratégies comme suit :

Tableau 3 : Budget de mise en œuvre de la feuille de route (Montant en millier de frac CFA)

STRATEGIES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Amélioration de la qualité des services de la santé maternelle et infantile	285 600	304 892	289 938	158 400	188 400	158 400	188 400	158 400	1 732 430
Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la santé de la femme, de la mère et de l'enfant	8 397 414	6 924 664	3 891 223	1 892 207	1 601 765	1 399 842	1 399 842	1 399 842	26 906 800
Renforcement du système de référence et de contre référence	6 542 674	4 765 074	2 952 347	1 834 095	1 888 568	1 597 516	1 679 226	1 733 700	22 993 200
Renforcement des capacités des individus et des communautés à la gestion et à l'utilisation accrue des services de santé	1 513 933	1 688 600	1 627 267	1 364 933	639 100	347 433	347 433	347 433	7 876 133
Amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	22 400	2 508 881	3 081 713	3 646 889	4 290 021	4 928 787	5 606 939	6 326 299	30 411 930
Développement des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile		441 070	12 000	132 240	134 040	113 040	113 040	113 040	1 058 470
Plaidoyer pour un engagement en faveur de la mobilisation accrue de ressources additionnelles	584 400	80 400	44 400	44 400	44 400	44 400	44 400	44 400	931 200
Renforcement du cadre de gestion de la feuille de route	330 440	298 600	263 600	282 600	97 350	97 350	97 350	205 350	1 672 640
TOTAL	17676861	17012181	12162488	9.355.764	8 883 644	8686769	9476631	10328 465	93 582 803

En dépit des difficultés économiques, l'État accordera une priorité à la mise œuvre de la feuille de route pour lutter contre la pauvreté. Dans le même temps, il cherchera à mobiliser toutes les ressources tant intérieures qu'extérieures afin de pouvoir atteindre les objectifs visés.

XII- CADRE INSTITUTIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE

Le Ministère de la Santé Publique est responsable de la mise en œuvre de la Feuille de Route. Toute organisation intervenant dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant devra se conformer à cette feuille de route. La Feuille de Route fera intervenir les structures suivantes :

1. Présidence de la république
2. Assemblée Nationale
3. Primature
4. Cabinet de la 1^{ère} Dame
5. Gouvernement
6. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
7. Comité national, Comité régional, Comité Départemental, Comité Sous-préfectoral,
8. Comité de village, association chef
9. Comité Technique
10. District sanitaire
11. Partenaires

- **Présidence de la République**, Premier responsable et garant de l'exécution de la Feuille de Route.
- **Assemblée Nationale** : les députés apporteront leur appui pour créer un environnement favorable à la mise en œuvre de la Feuille de Route. Les questions relatives à la santé de la mère et de l'enfant seront intégrées dans les préoccupations des députés qui devront participer à la mobilisation des populations et des ressources.
- **Cabinet de la 1^{ère} Dame** : La 1^{ère} dame est la Marraine de la feuille de route, elle apportera son appui pour la mobilisation des ressources.
- **Primature** : La Primature apportera son appui à la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la mise en œuvre de la feuille de route. Le Gouvernement à travers ses ministères interviendra dans la mise en œuvre de la Feuille de Route.
- **Comité National de Suivi des OMD** : Il assurera la coordination et le suivi des interventions de tous les secteurs.
- **Ministère en charge de la Santé** est responsable de la mise en œuvre de la Feuille de Route.
- **Les partenaires nationaux et internationaux** apporteront leur appui technique et financier à la mise en œuvre de la Feuille de Route.
- **Comité de Suivi de la Feuille de Route pour la Réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile** : Il sera mis en place et composé des programmes de santé, des autres départements ministériels et des partenaires intervenant dans la santé de la mère et de l'enfant. Ce comité sera représenté au niveau régional, départemental, sous-préfectoral et au niveau des villages.
- **District sanitaire** : Le district sanitaire, unité opérationnelle du système de santé, est chargé de l'opérationnalisation de la Feuille de Route.

CONCLUSION

La feuille de route de la Côte d'Ivoire est un plan stratégique de réduction accélérée de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Il repose sur les politiques et plans en vigueur de lutte contre la pauvreté et les décès maternels et infantiles. Elle prend en compte les projets en cours d'exécution d'amélioration de la santé maternelle et infantile. Elle est faite de stratégies relatives à l'amélioration de la qualité des soins, la délivrance d'un paquet d'activités intégrées à offrir au couple mère-enfant, au renforcement des capacités des individus et des communautés pour un continuum de soins à domicile et une plus grande utilisation des services de santé et à la mobilisation des ressources.

Son élaboration a reçu le soutien technique et financier des partenaires au développement. Il constitue un document de référence pour tous les intervenants dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

L'atteinte des objectifs de cette Feuille de Route dépendra de prime abord des politiciens à ramener la paix durable en Côte d'Ivoire, puis de la volonté politique de mobiliser effectivement les ressources pour la survie des mères et des enfants, des partenaires à se mobiliser autour de cette feuille de route. Le succès de la mise en œuvre de la Feuille de Route dépendra également de l'implication effective de tous des acteurs de tous des secteurs publics et privés, des communautés, des ONG, des syndicats.

ANNEXES

A. PAQUETS D'ACTIVITES

a. Famille et Communauté

▪ Hygiène individuelle et collective

- Sensibiliser sur les méfaits de l'alcool et du tabac ;
- Assainir le cadre de vie ;
- Assainir le centre de santé et les structures publiques ;
- Construire les latrines et former les populations à leur utilisation ;
- Sensibiliser sur l'hygiène des mains avant tout repas et au sortir des toilettes.

▪ Planification Familiale

- Sensibiliser sur l'espacement des naissances (un intervalle inter gésique de 24 mois au moins) ;
- Sensibiliser pour l'adoption d'une méthode moderne de contraception ;
- Réapprovisionner les anciennes accepteuses de contraceptifs oraux ;
- Approvisionner en certains produits contraceptifs (préservatifs, spermicides) ;
- Référer les nouvelles accepteuses de méthodes de planification familiale.

▪ Soins maternels, néonataux et infantiles

- Sensibiliser les populations pour la pratique précoce et régulière des CPN ;
- Sensibiliser au dépistage du VIH pendant la grossesse ;
- Sensibiliser au dépistage de l'anémie ;
- Sensibiliser aux signes d'alerte des complications de la grossesse ;
- Sensibiliser à l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à l'Insecticide (MII) pendant la grossesse et dans le post-partum ;
- Sensibiliser à l'accouchement à la maternité et aux soins postnatals ;
- Mettre en place une mutuelle communautaire pour les évacuations obstétricales et la prise en charge des SONU ;
- Sensibiliser au suivi correct à domicile des conseils prodigués pour la santé du nouveau-né au centre de santé (l'hygiène corporelle, du cordon ombilical et des yeux ; du nouveau-né, maintien du nouveau né au chaud) ;
- Sensibiliser à l'allaitement maternel précoce ;
- Sensibiliser à l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- Sensibiliser à l'introduction des aliments de complément fraîchement préparés et riches en éléments énergétiques dès l'âge de 6 mois tout en continuant l'allaitement jusqu'à 24 mois ;
- Sensibiliser à l'utilisation des services de santé pour les soins après avortement ;
- Sensibiliser les femmes sur les grossesses à risque et des complications à l'accouchement ;
- Prévenir les fistules obstétricales.

▪ Hygiène alimentaire

- Sensibiliser à l'utilisation d'eau potable, du sel iodé et à une alimentation équilibrée en privilégiant les ingrédients locaux ;
- Sensibiliser à la supplémentation en vitamine A et en iode chez les enfants de 0 à 5 ans et chez les femmes dans le post-partum immédiat ;
- Sensibiliser à la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer (chez la femme enceinte et chez l'enfant de 0 à 5 ans) ;
- Sensibiliser à la supplémentation en fer et en acide folique chez les femmes enceintes et dans le post-partum immédiat ;
- Sensibiliser à l'introduction des aliments de complément chez le nourrisson à partir de l'âge de six mois ;
- Sensibiliser à l'hygiène des aliments consommés.

▪ **Soins infantiles**

- Sensibiliser les mères à l'utilisation des MII chez les enfants ;
- Sensibiliser les mères à la bonne observance des prescriptions chez les enfants à domicile ;
- Sensibiliser au respect du calendrier vaccinal de l'enfant ;
- Sensibiliser les mères à l'utilisation du sel de réhydratation orale (SRO/ORASEL) en cas de diarrhée chez les enfants ;
- Sensibiliser à la reconnaissance des signes de danger motivant le transfert de l'enfant au centre de santé (toux avec difficultés respiratoires, convulsions,...) ;
- Sensibiliser à la pratique des premiers soins pour certains signes de danger avant le transfert au centre de santé.

b. Etablissements Sanitaires de Premier Contact

▪ **La Planification Familiale**

- Faire la sensibilisation de masse;
- Communication interpersonnelle ;
- Faire le counselling (initial, spécifique et de suivi);
- Fournir des méthodes contraceptives hormonales et non hormonales, y compris les implants ;
- Prendre en charge des IST ;
- Identifier les cas de problèmes liés ou associés à l'utilisation des produits contraceptifs ;
- Référer les cas de problèmes (liés ou associés à l'utilisation des produits contraceptifs, complications des IST, infertilité, cardiopathies...) ;
- Prévenir les fistules obstétricales ;
- Superviser les ASC.

▪ **Les soins prénatals**

- Faire le Counseling et PTME (VIH/SIDA) ;
- Faire la prévention et traitement des IST ;
- Faire la prévention et traitement du paludisme ;
- Faire la prévention et traitement des anémies ;
- Faire les évacuations précoces des grossesses à risque vers des centres de référence ;
- Faire la prévention de la bonne habitude alimentaire et nutritionnelle ;
- Faire la prévention du tétanos.

▪ **L'accouchement et le post-partum**

- Utiliser effectivement et correctement le partogramme ;
- Délivrer à temps les SOU de base comprenant les six fonctions suivantes :
 1. Injection d'ocytociques par voie parentérale
 2. Injection d'antibiotiques par voie parentérale
 3. Injection d'anti-convulsivants par voie parentérale
 4. Révision utérine
 5. Evacuation manuelle du placenta
 6. Accouchement assisté par ventouse
- Réaliser les soins à la mère et au nouveau né (chauffage, hygiène, réanimation et prise en charge efficace des infections locales);
- Faire l'apprentissage précoce de l'allaitement exclusif ;
- Diagnostiquer précocement les cas de complications liées à la grossesse nécessitant une référence ;
- Transférer à temps après les premiers soins des cas de complications liées à la grossesse et ayant bénéficié d'une décision de référence ;
- Supplémenter en vitamine A dans le post-partum immédiat ;
- Sensibiliser sur les intérêts d'accoucher à la maternité ;

- Sensibiliser sur les bénéfices de la mise en observation de l'accouchée et du nouveau-né pendant au moins 48 heures dans une structure sanitaire et la nécessité de faire la consultation du post-partum ;
- Prendre en charge de façon intégrée les cas de maladies du nouveau-né et de l'enfant ;
- Vacciner les nouveau-nés et les enfants ;
- Assurer une prise en charge médicale et psychosociale des victimes des violences.

c. Soins de santé du niveau de référence

- Fournir les SOU complets comprenant les six fonctions des SOU de base plus la césarienne et la transfusion sanguine ;
- Prendre en charge les grossesses à risque et les fistules obstétricales ;
- Prendre en charge les complications des maladies du nouveau-né et de l'enfant ;
- Prendre en charge la malnutrition aiguë, sévère ;
- Diagnostiquer précocement les cas de complications liées à la grossesse nécessitant une référence ;
- Transférer à temps après les premiers soins les cas de complications liées à la grossesse et ayant bénéficié d'une décision de référence.

d. Référence et Contre référence

- Assurer la référence et contre référence à tous les niveaux ;
- Avoir un système de communication efficient (voirie, moyens de transfert, téléphone...).

e. Elimination des barrières socioculturelles et juridiques

- Assurer cette activité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les communautés ;
- Promouvoir les droits des clients et les questions de genre.

B. BUDGET DETAILLE

STRATÉGIE 1 : Amélioration de la qualité des services de la santé maternelle, néonatale et infantile

ACTIVITES	BUDGET (1000 CFA)								TOTAL
	Année								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Réviser les documents de référence (politique, programme, PMA, standards et protocoles, grilles de supervision)	14 000	14000							28 000
Reproduire en 3000 exemplaires les documents de référence		30000	45000						75 000
Disséminer les documents de référence (politique, programme, PMA, standards et protocoles, grilles de supervision)		13692	20538						34 230
Réviser les curricula de formation dans les écoles de formation de base	11 200	16800							28 000
Introduire la démarche qualité dans l'offre des services	72 000	72000	36000						180 000
Réaliser et vulgariser les travaux de recherche et les bonnes pratiques pour leur application	36 000	36 000	36 000	36 000	36 000	36 000	36 000	36 000	288 000

ACTIVITES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Intégrer la stratégie des staffs communs mensuels entre les structures périphériques et la structure de référence pour l'amélioration des services de santé de la mère et de l'enfant	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600	460 800
Intégrer la stratégie des audits des décès maternels et néonataux dans les structures de référence pour l'amélioration des SONU	25 200	25 200	25 200	25 200	25 200	25 200	25 200	25 200	201 600
Sensibiliser les prestataires pour une plus grande conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services de santé de la mère et de l'enfant	39600	39600	39600	39600	39600	39600	39600	39600	316 800
Organiser un concours d'excellence pour les structures tous les deux ans dans tous les districts et au niveau national	30000		30 000		30 000		30 000		120 000
TOTAL	285 600	304 892	289 938	158 400	188 400	158 400	188 400	158 400	1 732 430

STRATÉGIE 2 : Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services de la santé de la femme, de la mère et de l'enfant									
ACTIVITES	BUDGET (1000 CFA)								TOTAL
	Année								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Recruter et redéployer le personnel de santé									PM
Former 340 formateurs régionaux et départementaux en santé de la mère et de l'enfant	67 200	134 400							201 600
Former 5000 prestataires en CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+, SIG	1 817 308	1 413 462	1 009 615	403 846	302 885	100 962	100 962	100 962	5 250 000
Réhabiliter 100 structures de référence	1 250 000	1 250 000							2 500 000
Fournir aux 1400 ESPC les équipements et matériels additionnels nécessaires aux CPNr, SONU/SAA, PF, IST, PTME, PCIME+, SIG	533 333	400 000	266 667	66 667	33 333	33 333	33 333	33 333	1 400 000
Fournir à 100 structures de référence les équipements et matériels additionnels nécessaires aux SONU	1 523 810	1 142 857	761 905	190 476	95 238	95 238	95 238	95 238	4 000 000

ACTIVITES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Renforcer 67 blocs opératoires des structures de référence (4 CHU, 18 CHR, 45 HG) pour les SONU	1 096 364	974 545	243 636	121 818	60 909	60 909	60 909	60 909	2 680 000
Doter le pays de 20 blocs opératoires additionnels	1 000 000	500 000	500 000						2 000 000
Assurer la maintenance des équipements et matériels	126 000	126 000	126 000	126 000	126 000	126 000	126 000	126 000	1 008 000
Redynamiser l'approvisionnement en produits de la SR (contraceptif, ARV, Vaccins du PEV et VAT, Médicaments SONU et PEC des enfants, les intrants stratégiques...)	825 000	825 000	825 000	825 000	825 000	825 000	825 000	825 000	6 600 000
Superviser, suivre les activités sur le terrain	158 400	158 400	158 400	158 400	158 400	158 400	158 400	158 400	1 267 200
TOTAL	8 397 414	6 924 664	3 891 223	1 892 207	1 601 765	1 399 842	1 399 842	1 399 842	26 906 800

STRATÉGIE 3 : Renforcement du Système de Référence et de contre référence

ACTIVITES	BUDGET (1000 CFA)								TOTAL
	Année								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Évaluer les besoins pour le renforcement du système de référence et de contre référence dans les 72 districts	50 400								50 400
Sensibiliser et organiser les communautés à la mise en place des comités de gestion des évacuations rapides et précoces des urgences dans les 72 districts	21 600	14 400	7 200						43 200
Mettre en place un système de Radio Aérienne de Communication (RAC) dans 10 districts à problème de communication		280 000	420000						700 000
Fournir 500 ambulances aux structures de référence et aux ESPC éloignés dans les 72 districts	6 400 000	4 400 000	2 400 000	1 600 000	1 600 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	20 000 000
Assurer la maintenance des équipements, matériels de communication et moyens d'évacuation dans les 72 districts	54 474	54 474	108 947	217 895	272 368	381 316	463 026	517 500	2 070 000

Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement.

ACTIVITES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Fournir les outils de référence et contre référence	16200	16200	16200	16200	16200	16200	16200	16200	129 600
TOTAL	6 542 674	4 765 074	2 952 347	1 834 095	1 888 568	1 597 516	1 679 226	1 733 700	22 993 200

STRATÉGIE 4 : Renforcement du Système de Référence et de contre référence

ACTIVITES	BUDGET (1000 CFA)								TOTAL
	Année								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Réaliser une étude d'analyse situationnelle sur l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	8 000								8 000
Organiser des voyages d'études dans deux pays de la sous région pour apprécier leurs expériences	7 000								7 000
Réaliser une étude de faisabilité de la prise en charge par l'Etat de certains coûts des urgences obstétricales et néonatales	5 000								5 000
Organiser un atelier de diffusion et de validation des résultats sur l'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales	2 400								2 400
Organiser des activités de plaidoyer auprès du gouvernement et du parlement									PM

ACTIVITES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Prendre un décret pour subventionner les coûts des urgences obstétricales et néonatales notamment les césariennes, les grossesses extra-utérines etc..									PM
Mettre en place un système de gestion de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales		210 000	210 000	168 000	168 000	126 000	84 000	42 000	1 008 000
Doter le système de ressources nécessaires pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales		2262 881	2 835 713	3 442889	4 086 021	4766787	5 486 939	6 248 299	29 129 530
Sensibiliser les prestataires sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnés par l'Etat		7200	7200	7200	7200	7200	7200	7200	50 400
Sensibiliser les populations sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnés par l'Etat		21600	21600	21600	21600	21600	21600	21600	151 200
Fournir les soins subventionnés aux populations									PM

Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement.

ACTIVITES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Superviser les activités		7200	7200	7200	7200	7200	7200	7200	50 400
Suivre et évaluer la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales									PM
TOTAL	22 400	2 508 881	3 081 713	3 646 889	4 290 021	4 928 787	5 606 939	6 326 299	30 411 930

STRATÉGIE 5 : Renforcement des capacités des individus et des communautés à la gestion et à l'utilisation accrue des services de santé									
ACTIVITES	BUDGET (1000 CFA)								TOTAL
	Année								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Réaliser des études sur les connaissances, attitudes et pratiques culturelles (CAP) en matière de santé maternelle et infantile dans la communauté	90000	72000	54000						216 000
Développer un plan stratégique de communication pour la promotion de la santé maternelle et infantile	14000								14 000
Produire et reproduire les supports de communication interpersonnelle et de masse	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	1 152 000
Former 55 556 agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles et autres membres des communautés à la promotion de la santé maternelle et infantile et un continuum de soins à domicile	375 000	625 000	625 000	500 000	187 500	62 500	62 500	62 500	2 500 000
Fournir les équipements et matériels aux 55 556 agents de santé communautaires et accoucheuses traditionnelles	833 333	750 000	666 667	583 333	250 000	83 333	83 333	83 333	3 333 333

Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement.

ACTIVITES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés pour la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile dans les 70 districts	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600	460 800
Fournir 5000 vélos aux relais communautaires éloignés des centres de santé		40 000	80 000	80 000					200 000
TOTAL	1513933	1688600	1627267	1364933	639100	347433	347433	347 433	7 876 133

STRATÉGIE 6 : Développement des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile									
ACTIVITES	BUDGET (1000 CFA)								TOTAL
	Année								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Réaliser une étude d'analyse situationnelle et de faisabilité des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile dans les sites pilotes		216 000							216 000
Réaliser une étude de base sur les niveau d'utilisation des services de santé dans les sites pilotes et témoins dans les sites pilotes		108 000							108 000
Former les formateurs centraux, régionaux et départementaux à la mise en place des mutuelles d'assurance santé		22 350							22 350
Elaborer et reproduire les documents juridiques et de gestion des mutuelles d'assurance santé		1 000							1 000
Organiser les activités de plaidoyer et de mobilisation des populations à la mise place des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile dans les sites pilotes		72 000							72 000
Former 3 acteurs par site pilote à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé		9 720							9 720

ACTIVITES	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Installer dans les sites pilotes les mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile									PM
Suivre et évaluer la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile		12 000	12 000	12 000					36 000
Elaborer et mettre en œuvre un plan de passage à échelle de la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile					21 000				21 000
Produire les documents de gestion des mutuelles d'assurance santé				7 200					7 200
Organiser les activités de plaidoyer et de mobilisation pour la mise place des mutuelles d'assurance				72000	72000	72000	72000	72000	360 000
Former les acteurs à la mise en place et la gestion des mutuelles d'assurance santé				19 440	19 440	19 440	19 440	19 440	97 200
Installer les mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile									PM
Suivre et évaluer la stratégie des mutuelles d'assurance santé maternelle et infantile.				21 600	21 600	21 600	21 600	21 600	108 000
TOTAL	0	441070	12000	132240	134040	113040	113040	113 040	1 058 470

STRATÉGIE 7: Mobilisation des ressources additionnelles

ACTIVITES	BUDGET (1000 CFA)								TOTAL
	Année								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Élaborer et mettre en œuvre le plan de mobilisation des ressources	504000								504 000
Produire des supports de plaidoyer pour mobiliser les ressources financières	36 000	36000							72 000
Organiser des activités de plaidoyer en direction des décideurs, des leaders communautaires, des collectivités décentralisées pour la mobilisation autour de la feuille de route	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	115 200
Instaurer la Journée pour la Santé Maternelle et Infantile	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	240 000
TOTAL	584 400	80 400	44 400	931 200					

STRATÉGIE 8 : Renforcement de la mise en œuvre de la feuille de route

ACTIVITES	BUDGET (1000 CFA)								TOTAL
	Année								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Reproduire le document de la Feuille de Route en 5000 exemplaires	25000								25 000
Organiser les activités de lancement de la feuille de route	20000								20 000
Organiser les ateliers de dissémination et formation à l'opérationnalisation de la feuille de route dans les 19 régions	56840								56 840
Harmoniser, reproduire et distribuer les supports de collecte de données et de production des indicateurs	36 000	36 000	36 000	36 000	36 000	36 000	36 000	36 000	288 000
Former 1500 prestataires à la collecte et à l'utilisation des données	75000	75000	75000	75000					300 000
Fournir 150 équipements et matériels informatiques (DD, DR et Central)	56 250	56 250	56 250	56250					225 000

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Organiser des journées de bilan annuel et de planification, au niveau district et national, pour la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile	21000	21000	21000	21000	21000	21000	21000	21000	168 000
Organiser la participation de 30 agents aux réunions et formation internationales sur la santé de la mère et de l'enfant	18 750	18 750	18 750	18 750	18 750	18 750	18 750	18 750	150 000
Fournir 3 véhicules 4x4		70 000	35 000						105 000
Elaborer et mettre en œuvre le plan de suivi et évaluation de la Feuille de Route	21 600	21 600	21 600	21 600	21 600	21 600	21 600	21 600	172 800
Réaliser l'évaluation à mi-parcours				54000					54 000
Réaliser l'évaluation finale de la Feuille de Route								108 000	108 000
TOTAL	330 440	298 600	263 600	282 600	97 350	97 350	97 350	205 350	1 672 640

C. COÛT ESTIMATIF DES KITS D'URGENCE SONU A SUPPORTER PAR L'ÉTAT EN CAS DE GRATUITÉ

Année	Population	Accouchements Attendus	Césariennes Minimum Attendues	Césariennes Maximum Attendues	Objectifs De ouverture	Nombre d'urgence SONU à prendre en charge	Coût Césarienne (1000 F CFA)
2 007	20 235 456	1 011 773	50 589	151 766	2,000	20 235	1 214 127,360
2 008	20 882 991	1 044 150	52 207	156 622	2,750	28 714	1 722 846,724
2 009	21 551 246	1 077 562	53 878	161 634	3,500	37 715	2 262 880,861
2 010	22 240 886	1 112 044	55 602	166 807	4,250	47 262	2 835 712,987
2 011	22 952 595	1 147 630	57 381	172 144	5,000	57 381	3 442 889,179
2 012	23 687 078	1 184 354	59 218	177 653	5,750	68 100	4 086 020,878
2 013	24 445 064	1 222 253	61 113	183 338	6,500	79 446	4 766 787,487
2 014	25 227 306	1 261 365	63 068	189 205	7,250	91 449	5 486 939,074
2 015	26 034 580	1 301 729	65 086	195 259	8,000	104 138	6 248 299,171
2 016	26 867 686	1 343 384	67 169	201 508	8,750	117 546	7 052 767,690
2 017	27 727 452	1 386 373	69 319	207 956	9,500	131 705	7 902 323,935
2 018	28 614 731	1 430 737	71 537	214 610	10,250	146 650	8 799 029,745
2 019	29 530 402	1 476 520	73 826	221 478	11,000	162 417	9 745 032,748
2 020	30 475 375	1 523 769	76 188	228 565	11,750	179 043	10 742 569,737

D. COMITE TECHNIQUE D'ELABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION
1	BENIE Bi Vroh Joseph	DC- PNSR/PF	Directeur Coordonnateur
2	ANDOH Kouakou Hyacinthe	DC-PNSR/PF	Coordonnateur des Moyens
3	KOUAKOU Lucien	AIBEF	Directeur Exécutif
4	KOUADIO Yao Alexis	DC-PNSR /PF	Coordonnateur Technique
5	KAMELAN Tano Akoua	DC-PNSR /PF	Chargé de VIH/SIDA
6	GNAMIEN Boni Marie-claire	DSC	Sous-Directeur chargée de la coordination des Programmes
7	AKA Koutoua	INFAS	Enseignant à l'INFAS
8	LAGO Gouali David	DAF Santé	Sous-Directeur chargé du Budget
9	DUNCAN Rachel	PSP	Directeur de la Distribution
10	KASSI Victor	DIEM	Sous-Directeur Etude, Normanisation et programmation des investissements
11	DOUMBIA Yacouba	CHU Bouaké	Maître-Assistant URF Sciences Médicale
12	KONAN épouse KOUAKOU A. Virginie	PNSI	Chargée de la Formation
13	AZANDEGBE Nestor	OMS AFRO	Expert
14	SAKI Geneviève	OMS-CI	Chargée de santé familiale
15	DOGORE Eliane	UNFPA	Chargée de Programme SR
16	AMANI René	UNICEF	Chargé de Programme mère-enfant

E. LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A L'ELABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

N°	STRUCTURE	NOM ET PRENOMS
1	DGS	Jean DENOMAN
2	DSC	GNAMIEN Boni Marie-claire
3	DSC	YEDESS
4	PSP	DUNCAN Rachel
5	DIEM	AMEMOU Kouassi Marcellin
6	DIEM	KASSI Victor
7	DIPE	METAHAN Traoré
8	DAF Santé	LAGO Gouali David
9	CNTS	HYDA Jules
10	CHU Bouaké	DOUMBIA Yacouba
11	CHU Bouaké	VAGAMON Bamba
12	CHU Cocody	BONY Serge
13	CHU Cocody	BOUHOUSSOU Marcellin
14	CHU Cocody	N'GUESSAN Koffi
15	CHU Cocody	HOUENOU Yveline
16	CHU Treichville	ADJOBI René
17	CHU Yopougon	TIMITE Konan Marguerite
18	UFR – SMA	ANONGBA Simplicie
19	UFR SCM Bouaké	DJANHAN Yao
20	INFAS	AKA Koutoua
21	INFAS	KONAN Sophie
22	INFAS	KONE Adja Kourouma
23	INFS	YAPI Ayeuon I.
24	INSP	GOHOU Valerie
25	DC-PNSR/PF	BENIE Bi Vroh Joseph
26	DC-PNSR/PF	ANDOH Kouakou Hyacinthe
27	DC-PNSR/PF	KOUADIO Yao Alexis
28	DC-PNSR/PF	KAMELAN Tano Akoua
29	DC-PNSR/PF	TCHOTCH Niamba Viviane
30	DC-PNSR/PF	AHIBA Aké Léon
31	DC-PNSR/PF	LIAGUI Amadou Ouattara
32	DC-PNSR/PF	WANOGO Dotian Ali
33	DC-PNSR/PF	ZEREGBE Toh
34	PNN	OUFFOUE Koffi
35	PNPEC	AHOBA Irma P.
36	PNSI	DIOMANDE Bourgoïn
37	PNSI	ASSAMOI Badjo Colette

N°	STRUCTURE	NOM ET PRENOMS
38	PNSI	KIMOU K. François
39	PNSI	KONAN épouse KOUAKOU A. Virginie
40	PNLP	YOBOUE Brou Bernard
41	PNLP	MEMAIN Srado
42	PNSSU	DJANGO N. Claudine
43	PEV	KOUAME Assouan Clarice
44	PEV	YAO Kossia
45	DR santé lac Yamoussoukro	N'TAMON Ahi Jean-baptiste
46	DR Savanes	DIAMANDE Idrissa
47	DR Fromager	NDOLLI Kouakou
48	DD Abidjan Ouest	COULIBALY koné Soltié
49	DD Abidjan Sud I	TOA BI Laurent
50	DD Bocanda	AMAN Boni Aimé
51	DD Bondoukou/ Sangegué	TIA Mamadou
52	DD Bouaké Ouest	GALA Benjamin
53	DD Kouibly / Man	GOKOU Oboho Sébastien
54	DD Odienné	BAMBA Fatoumata
55	DD Abidjan-Centre	KOUAKOU Elisabeth
56	DD Abidjan Sud 3	SOUME Danielle
57	Ministère SIDA	SORO Ep SORO Massagnon
58	Ministère du Plan et du Développement	GONNE Louh Jeannot
59	Ministère du Plan et du Développement	DRABO Brahim
60	AIBEF	KOUAKOU Lucien
61	AIBEF	WELFFENS Ekra Christiane
62	AIBEF	N'DJORE Maurice Adama
63	AIMAS	KOUAKOU Alphonse
64	ASFI	BAKAYOKO T. Nabintou
65	CRESARCI	ZOUMANA Kamagaté
66	SOGOCI	ABHE Gnagoran Eliane
67	SYSAFCI	AGNINI Martine
68	SYSAFCI	GNAGNE Mathilde
69	OMS AFRO	AZANDEGBE Nestor
70	OMS-CI	SAKI Geneviève
71	UNFPA	DOGORE Eliane
72	UNFPA/DC-PNSR/PF	ABOU Nankan Pauline
73	UNICEF	AMANI René