



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union-Discipline-Travail



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE 2016-2020**

Draft Consolidé

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX	3
LISTE DES GRAPHIQUES.....	3
SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS	4
REMERCIEMENTS	6
PREFACE	7
RESUME EXECUTIF	8
INTRODUCTION	9
METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PNDS 2016-2020.....	10
PARTIE I : CONTEXTE GENERAL	13
1.1 Contexte géographique et démographique.....	13
1.2 Contexte Administratif.....	14
1.3 Contexte Socio-politique.....	15
1.4 Contexte socio-économique	15
PARTIE II : CONTEXTE SANITAIRE	17
2.1 Profil épidémiologique.....	17
2.2 Prévention et Promotion de la santé	27
2.3 Bilan des OMD.....	27
2.4 Revue du PNDS 2012-2015	28
2.5 Déterminants de la santé	30
2.6 Organisation du système de santé.....	32
PARTIE III : ANALYSE DES COMPOSANTES DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN	34
PARTIE IV : DEFIS ET PROBLEMES MAJEURS DU SYSTEME DE SANTE	44
4.1 Forces.....	44
4.2 FAIBLESSES	44
4.3 Opportunités.....	46
4.4 Menaces.....	46
4.5 Problèmes prioritaires du système de Santé	46
PARTIE V : ALIGNEMENT DU PNDS 2016-2020 SUR LES ENGAGEMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX	47
5.1 Plan National de Développement (PND) 2016-2020.....	47
5.2 Objectifs de Développement Durable (ODD).....	47
PARTIE VI : CADRE STRATEGIQUE DU PNDS 2016-2020.....	49
6.1 Vision, Objectif Général et Impact Global du PNDS 2016-2020.....	49
6.2 Les Axes Stratégiques et cadre des résultats du PNDS 2016-2020	49
PARTIE VII : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2016-2020	55
7.1 Cadre institutionnel.....	55
7.2 Système de Planification	56
7.3 Suivi et Evaluation.....	57
7.4 Mécanismes de mobilisation et de gestion des ressources financières	58
PARTIE VIII : BESOINS EN RESSOURCES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2016-2020	59
8.1 Besoins en ressources financières	59
8.2 Besoins en ressources humaines	59
PARTIE IX : HYPOTHESES / RISQUE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
CONCLUSION.....	68
ANNEXES	69
LISTE DES PARTICIPANTS.....	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Résultats des indicateurs du PNDS 2012-2015.....	28
Tableau 2 : Ratio des prestataires de santé par région selon l'analyse de la situation régionale.	37
Tableau 3: Matrice des interventions de l'axe gouvernance et leadership	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 4: Matrice des interventions de l'axe financement.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 5: Matrice des interventions de l'axe offre et utilisation des services de santé ..	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 6: Matrice des interventions de l'axe lutte contre la maladie.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 7 : Matrice des interventions de l'axe Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 8: Matrice des interventions de l'axe Prévention et Promotion de la santé et de.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 9: Coût estimatif du PNDS 2016 - 2020 par axe stratégique (en millier de FCFA).....	60
Tableau 10. Budget par catégorie des dépenses budgétaires	61

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Evolution de la pyramide des âges de la Côte d'Ivoire entre 1998 et 2014 .	Erreur ! Signet non défini.
Graphique 2: Principaux indicateurs de pauvreté en 2015.....	Erreur ! Signet non défini.
Graphique 3: Répartition du budget par axe stratégique	59
Graphique 4: Répartition du Budget par catégorie de dépenses.....	61
Graphique 5: Coût total du PNDS versus ressources mobilisables par scénario.....	63

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

AES	: Accident d'Exposition au Sang
AMD	: Atelier de Maintenance de District
ARV	: Antirétroviraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
CAT	: Centre Anti Tuberculeux
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDT	: Centre de Diagnostic et de Traitement
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHS	: Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNN	: Conseil National de la Nutrition
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires
CPN	: Consultation Périnatale
CSR	: Centre de Santé Rural
CS	: Comptes de la Santé
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DAF	: Direction Administrative et Financière
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DFR	: Direction de la Formation et de la Recherche
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DHIS2	: District Health Information System 2
DOTS	: Directly Observed Treatment Shortcuts
DPM	: Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPPEIS	: Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DTC-Hép B	: Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hépatite B
EDS III	: Enquête Démographique de la Santé III
EIS 2005	: Enquête sur les Indicateurs du Sida 2005
ENV	: Enquête sur le Niveau de Vie
GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
HG	: Hôpital Général
HTA	: Hypertension Artérielle
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information-Education-Communication
IHP+	: International Health Partnership (Partenariat International pour la Santé)
INHP	: Institut National d'Hygiène Publique
INS	: Institut National de la Statistique
INSP	: Institut National de la Santé Publique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MEF	: Ministère de l'Économie et des Finances
MEG	: Médicament Essentiel Générique
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MNT	: Maladies Non Transmissibles

MSLS	: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MTN	: Maladies Tropicales Négligées
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OHT	: One Health Tool
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PBF	: Performance Based Financing (Financement Basé sur la Performance)
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PECADOM	: Prise en Charge à Domicile
PDSR	: Plan de Développement Sanitaire Régional
PEPFAR	: President's Emergency Plan For AIDS Relief
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFE	: Pratiques Familiales Essentielles
PND	: Plan National de Développement
PNN	: Programme National de Nutrition
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPN	: Politique Pharmaceutique Nationale
PPU	: Plan Présidentiel d'Urgence
PPP	: Partenariat Public Privé
PSDRHS	: Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du secteur de la Santé
PSP-CI	: Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RD	: Revue des Dépenses Publiques
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	: Ressources Humaines de la Santé
RMM	: Rapport sur la Mortalité Maternelle
SAMU	: Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SIG	: Système d'Information et de Gestion
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSP	: Soins de Santé Primaires
SSSU	: Service de Santé Scolaire et Universitaire
SUN	: Scalling Up Nutrition
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TPS	: Tradipraticien de Santé
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	: Vaccin Anti Amarile
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	: Vaccin Anti Tétanique
VAT2+	: Vaccin Anti Tétanique deuxième dose
VIH/Sida	: Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome Immunodéficitaire Acquis
VPO	: Vaccin Anti Polio Oral

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique tient à adresser ses remerciements à l'ensemble des acteurs du système de santé, notamment les Ministères techniques, les Partenaires techniques et financiers, la société civile, les Organisations Non Gouvernementales pour leur soutien inlassable à l'élaboration du présent Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020.

Nos remerciements s'adressent particulièrement :

- à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- au Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et l'Education (UNICEF) ;
- au Projet de Renforcement du Système de Santé et de Réponse aux Epidémies (PRSE) ;
- au Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé Ivoirien (PARSSI) ;
- à Measure Evaluation JSI ;
- au Projet Health Finance and Governance/ Abt Associates.

La qualité du présent PNDS 2016-2020 a été rendue possible grâce à l'engagement et à la participation constructive de tous les acteurs du système de santé.

L'analyse de la situation sanitaire actuelle révèle des problèmes et des défis pour lesquels, le Gouvernement Ivoirien à travers le ministère en charge de la santé se doit d'intensifier les interventions pour lever les goulots d'étranglements, et rendre performants les soins de santé primaires en vue de s'inscrire dans les perspectives des Objectifs de Développement Durable (ODD) pour l'après 2015.

Cet état de fait a conduit le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) à redéfinir les interventions stratégiques du secteur dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, à travers une approche de planification participative et inclusive.

Le présent PNDS 2016-2020 vise donc l'amélioration et le bien-être des populations, et ce, à travers la construction d'un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal à même de soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020.

Cette vision ne pourra être atteinte que par le renforcement du système de santé permettant d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations, marqués majoritairement par une mortalité élevée chez les couches les plus vulnérables, particulièrement les mères et les enfants.

Ce défi passe également par une plus grande mobilisation de tous les acteurs du secteur de la santé et également, ceux des secteurs connexes. Outre l'augmentation du financement de la santé, l'affectation, l'utilisation rationnelle des ressources disponibles, et le partenariat public-privé, le ministère en charge de la santé souhaite compter sur un engagement accru des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs locaux dans la mise en œuvre de cette politique publique.

Aussi, pour garantir les éléments essentiels à la mise en œuvre de ce plan à travers un budget unique et un cadre de suivi et d'évaluation unique, un compact national sera-t-il signé entre le ministère en charge de la santé et l'ensemble des acteurs du système. Ce compact traduira l'engagement entre le Gouvernement et ses partenaires, et permettra de consolider les efforts afin d'obtenir plus d'efficacité dans l'opérationnalisation du présent cadre de planification quinquennal.

Dans l'espérance que l'exécution du PNDS 2016-2020 aura des externalités positives sur l'état de santé des populations en général et singulièrement celui des couches les plus vulnérables, j'exhorte l'ensemble des acteurs du secteur de la santé aussi bien public que privé, les autres ministères techniques, les partenaires multi et bilatéraux, la société civile, à s'approprier ledit plan stratégique et à s'en inspirer pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels, car il constitue notre boussole pour les prochaines années.

Docteur RAYMONDE GOUDOU COFFIE

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

RESUME EXECUTIF

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 traduit la volonté du Pays d'apporter des réponses efficaces aux problèmes sanitaires rencontrés qui se caractérisent par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés touchant plus particulièrement la femme et l'enfant.

Il est le résultat d'un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des acteurs du système sanitaire national.

Le PNDS 2016-2020 se fonde sur les orientations stratégiques de la Santé retenues dans le PND 2016-2020 et vise à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations. A cet effet, 06 axes d'intervention ont été définis et devront être atteints : **(i)** la Gouvernance et le leadership du secteur de la santé sont renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire; **(ii)** le financement interne et externe du système de santé est amélioré; **(iii)** l'offre de service de qualité est disponible et l'utilisation est augmentée; **(iv)** la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies sont réduites d'ici 2020 de 50%; **(v)** la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes est améliorée d'ici 2020 est réduite de 50% ; **(vi)** la prévention et la promotion de la santé sont renforcées.

La mise en œuvre de ce plan se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la pleine participation des secteurs public et privé, de la Société Civile et avec l'appui des partenaires techniques et financiers tout en prenant en compte les stratégies et actions retenues dans ledit plan.

Un plan de suivi et évaluation du PNDS a été élaboré. Des indicateurs d'intrants, de processus, d'effets et d'impact mentionnés dans le diagnostic sectoriel seront utilisés au fil du temps pour apprécier les niveaux de progrès obtenus et apporter des mesures correctives.

D'un coût global de **2 391,6 milliards de FCFA**, dont 23 % **en dépenses d'investissement** et 77 % **en dépenses de fonctionnement**, l'exécution de ce PNDS permettra non seulement de recréer les conditions d'un développement harmonieux et cohérent du secteur sanitaire, mais aussi de satisfaire les besoins essentiels de la population en matière de santé.

Au-delà des ressources financières à mobiliser pour la mise en œuvre de ce PNDS, le maintien d'un environnement sociopolitique apaisé, constitue le véritable défi à relever.

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire est engagée dans la redynamisation de sa politique de développement à travers l'élaboration de son second Plan National de Développement (PND) pour la période 2016-2020, dans l'optique d'atteindre l'émergence à l'horizon 2020.

Pour traduire cette ambition dans le secteur de la santé et répondre efficacement aux problèmes de santé qui entravent le développement du pays, le ministère en charge de la santé, a conduit le processus de planification sectorielle. Ce processus a abouti à la rédaction du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, document de stratégie nationale en matière de politique sanitaire.

L'élaboration de ce plan a vu la participation effective de tous les acteurs et partenaires du système de santé depuis la revue du PNDS 2012-2015 jusqu'à la validation du PNDS 2016-2020 en passant notamment par : (i) l'analyse de la situation sanitaire ; (ii) la détermination du cadre des résultats ; (ii) la budgétisation ; et (iv) l'élaboration du Plan de suivi et d'évaluation.

Le présent PNDS 2016-2020 dans sa conception, est arrimé aux orientations stratégiques du PND 2016-2020. Outre les engagements internationaux relatifs aux ODD, il prend également en compte les autres engagements du pays en matière de santé, notamment le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, le Règlement Sanitaire International (RSI) et la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (SSP) et les Systèmes de Santé en Afrique (SSA).

L'amélioration du niveau de financement du PNDS 2016-2020 et l'efficience dans son utilisation, de même que la mise en place d'un dispositif efficace de suivi et d'évaluation, permettront l'atteinte de progrès considérables vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Le PNDS 2016-2020 s'articule autour de neuf (09) parties : **(i)** Contexte général ; **(ii)** Contexte sanitaire ; **(ii)** Analyse des composantes du système de santé ; **(iv)** Défis et problèmes majeurs du système de santé ; **(v)** Alignement du PNDS 2016-2020 sur les engagements nationaux et internationaux ; **(vi)** Cadre stratégique; **(vii)** Cadre de mise en œuvre ; **(viii)** Besoins en ressources pour la mise en œuvre ; **(ix)** Hypothèses et risques.

Le processus d'élaboration du PNDS 2016-2020 a été conduit dans un cadre largement participatif et inclusif qui a regroupé l'ensemble des parties prenantes du secteur de la santé : (i) le secteur public, (ii) le secteur associatif et communautaires, (iii) le secteur privé et (iv) les partenaires au développement. Les clients ou usagers du système étaient représentés par une association nationale des consommateurs.

Le PNDS 2016-2020 est le reflet d'un consensus national sur les priorités du secteur de la santé. Il constitue le référentiel national et le cadre de détermination des objectifs et résultats nationaux à atteindre en matière de santé auxquels doivent adhérer tous les acteurs. Il a été conçu selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR)¹.

Ce processus qui a bénéficié de l'appui technique et financier des partenaires au développement, a suivi sept (07) étapes majeures :

Etape 1 : Revue documentaire

Le PNDS 2016-2020 a été élaboré à partir d'une revue documentaire exhaustive sur l'analyse de la situation sanitaire dont la principale a été celle du PNDS 2012-2015. Cet exercice avait pour but de déterminer les niveaux de réalisation, les résultats obtenus, de même que les goulots d'étranglements et les causes des problèmes rencontrés dans la mise en œuvre. Toutes choses qui ont permis de proposer des solutions et recommandations idoines.

Etape 2 : Analyses situationnelles (AS) au niveau régional

Des analyses situationnelles ont été réalisées dans les vingt régions sanitaires du pays. Ces analyses avaient pour objectifs, d'une part d'identifier les forces, les faiblesses et les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 dans les différentes régions sanitaires, et d'autre part de déterminer les besoins spécifiques nécessaires à l'améliorer des indicateurs de santé. Les données et informations régionales ont été obtenues à l'aide d'outils de collecte préalablement transmis aux différentes Directions Régionales de Santé (DRS).

Par la suite, des ateliers régionaux ont été organisés en pool en vue de : (i) analyser l'évolution des indicateurs de santé des différentes régions, (ii) identifier les forces, les faiblesses et les problèmes sanitaires, (iii) déterminer les besoins spécifiques pour améliorer la situation sanitaire.

Au total quatre (04) ateliers de pools régionaux ont été organisés pour l'analyse situationnelle des vingt (20) régions sanitaires.

Etape 3 : Consolidation des AS régionales et identification des Problèmes sanitaires et leurs causes.

Cette étape s'est déroulée au cours de deux (02) ateliers qui ont vu la participation des différents acteurs et parties prenantes du système de santé qui ont permis la consolidation et la validation des différentes analyses de la situation régionale. A l'issue de ceux-ci et tenant compte des recommandations de la revue du PNDS 2012-2015, les problèmes prioritaires du système de santé ivoirien ont été identifiés et les axes du PNDS 2016-2020 définis.

¹ http://www.unevaluation.org/papersandpubs/documentdetail.jsp?doc_id=87.

Etape 4 : Détermination du cadre des résultats, des interventions prioritaires et du cadre de mise en œuvre du PNDS 2016-2020

Elle s'est déroulée au cours d'un atelier qui a réuni les différents acteurs du secteur. Les travaux des différents groupes ont permis de déterminer le cadre des résultats comprenant la vision du PNDS 2016-2020, l'impact global, les différents effets et leurs effets intermédiaires.

Les interventions prioritaires pour l'atteinte des différents résultats et le cadre de mise en œuvre ont par la suite été définis.

Etape 5 : Budgétisation du PNDS 2016-2020

La budgétisation du PNDS 2016-2020 a été faite à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation « One Health Tool » (OHT). C'est un outil informatique destiné à soutenir la planification stratégique à moyen et long terme et la budgétisation des coûts des interventions prioritaires du secteur de la santé.

Pour ce qui concerne la budgétisation, il permet une comparaison des coûts budgétés avec les ressources financières disponibles et définit les gaps financiers. En outre, il donne la possibilité d'élaborer des scénarii de financement, pouvant aider à la prise de décision.

Le processus de budgétisation du PNDS 2016-2020 a consisté en: (i) la mise en place d'une équipe technique ; (ii) la collecte des données auprès des structures du MSHP et des autres ministères techniques (Plan, Budget) ; (iii) le paramétrage de l'outil OHT en fonction du contexte du pays ; et (iv) l'intégration des données dans l'outil.

Les données utilisées pour la budgétisation du PNDS 2016-2020 proviennent essentiellement des plans stratégiques les plus récents des différentes structures du MSHP (les composantes du système de santé et programmes).

Les différents résultats générés automatiquement par l'outil ont fait l'objet d'un consensus technique avant d'être exportés vers l'application Excel pour une analyse approfondie.

Etape 6 : Elaboration du Plan de Suivi et d'Evaluation

Pour faciliter la mise en œuvre des principales actions du PNDS 2016-2020, le cadre de suivi et d'évaluation a été élaboré à travers un processus participatif. Les différents mécanismes définis dans le dit cadre permettront d'assurer une meilleure coordination de toutes les actions programmatiques pour l'atteinte des résultats, et pour l'amélioration de la performance du système.

Etape 7 : Validation du PNDS 2016-2020 et du Plan de Suivi et d'Evaluation

La validation des principales interventions du PNDS 2016-2020, de son budget et du Plan de Suivi et d'Evaluation a été faite de façon consensuelle au cours d'un atelier technique de validation avec les principales parties prenantes du secteur.

A la fin de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015, aucune évaluation nationale n'a été faite. Ce qui aurait donné des informations qualitatives et quantitatives sur les niveaux de réalisation des interventions et les causes des problèmes rencontrés dans sa mise en œuvre.

Cependant, sur la période de mise en œuvre du PNDS 2012-2015, l'enquête démographique de santé EDS-CI III couplée à la MICS a été réalisée et a permis de fournir des données exhaustives et comparables sur les aspects relatifs aux déterminants de santé et du système de prestation de services de Planification Familiale (PF). En matière de gestion du système de santé, une étude sur l'évaluation de la Gouvernance du secteur a permis d'obtenir des informations.

Toutefois, il est à déplorer l'absence d'un mécanisme de partage et d'archivage systématique de données qui aurait permis la captation par le système, des données d'enquêtes et des études réalisées par les acteurs.

Par ailleurs, l'outil One Health utilisé pour la budgétisation ne permet pas de budgétiser jusqu'aux interventions en raison du paramétrage contenu dans l'outil.

DRAFT CONSOLIDATED

1.1 Contexte géographique et démographique

La Côte d'Ivoire est un pays situé dans la région occidentale de l'Afrique subsaharienne entre le 10^{ème} Degré de latitude Nord, le 4^{ème} et le 8^{ème} degré de longitude Ouest, sur une superficie de 322 462 Km².

Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. Le pays bénéficie d'un climat de type tropical humide, avec un climat équatorial humide au Sud et un climat tropical de type soudanais au Nord.

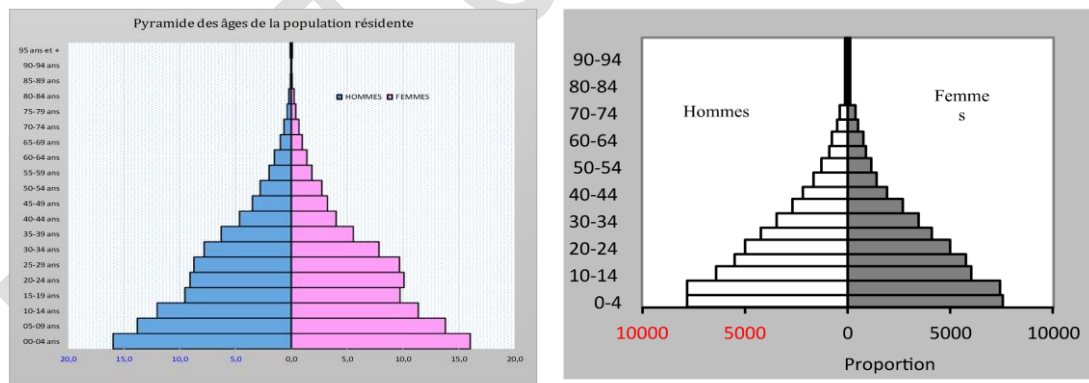
La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au Sud et 900 mm au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

En mai 2014, le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de la Côte d'Ivoire indique que la population totale est estimée à 22.671.331 habitants avec une densité de 70,3 habitants/km². Elle est composée de 11 708 244 d'hommes soit 51,7 % et de 10 963 087 femmes soit 48,3 %. Les femmes en âge de procréer représentent 24 % de la population et les enfants de moins de 5 ans, 16 %. La population vivant en milieu urbain est de 11 370 347 soit 50,2 % contre 11 300 984 en milieu rural soit 49,8 %².

La Côte d'Ivoire connaît un fort taux d'immigration. La population non nationale était estimée à 5 490 222 personnes soit 24,2 % de la population totale.

La population est très jeune avec un nombre de dépendants élevé, puisqu'un ivoirien sur deux a toujours moins de 20 ans et près de deux ivoiriens sur trois ont moins de 25 ans (Graphique 1).

Graphique1: Evolution de la pyramide des âges de la Côte d'ivoire entre 1998 et 2014

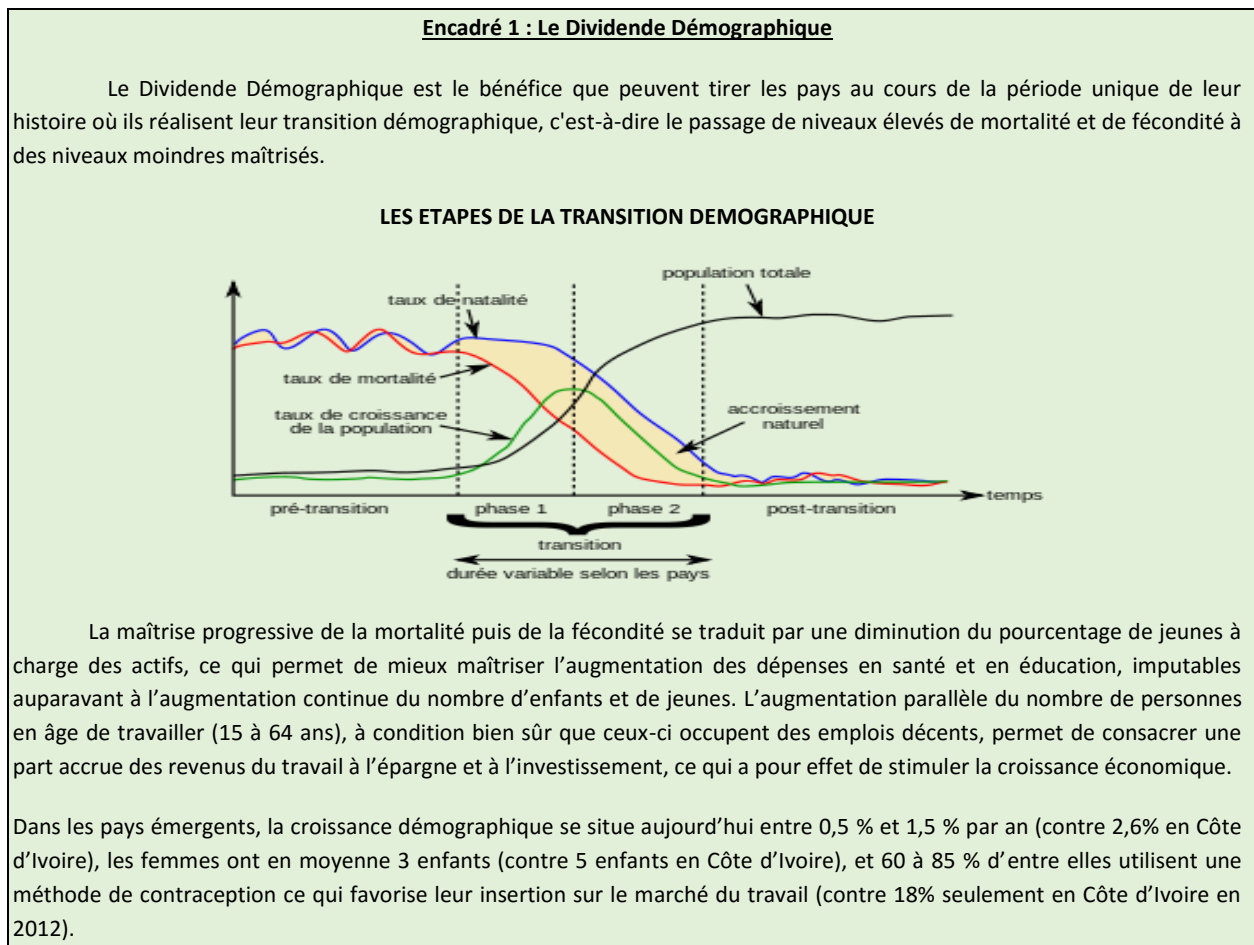


Source : RGPH/ INS 2014

Cette structure par âge correspond à 80 dépendants de moins de 15 ans et 65 ans et plus, pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans, contre 40 à 50 dépendants (deux fois moins) dans les pays émergents. La diminution rapide des taux de dépendance suite à la maîtrise de leurs niveaux de fécondité, a permis aux pays émergents d'ouvrir une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain, ce qui leur a permis de bénéficier du dividende démographique.

² Résultats du 4ème Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2014, Institut national de la statistique (INS)

Ainsi, la réalisation de la transition démographique (en panne en Côte d'Ivoire depuis les années 1990) est l'une des transformations majeures nécessaire pour atteindre l'émergence et bénéficier du dividende démographique. (Encadré 1)



Source : commons.wikimedia.org

1.2 Contexte Administratif

Au plan administratif, la Côte d'Ivoire compte deux types d'administrations territoriales :

- l'administration territoriale déconcentrée³ avec 02 districts autonomes⁴ (Abidjan et Yamoussoukro), 31 régions, 108 départements, 410 sous-préfectures et plus de 8600 villages ;
- l'administration territoriale décentralisée avec 31 conseils régionaux et 197 municipalités⁵.

Le MSHP dispose d'un découpage administratif et sanitaire qui lui est propre (voir annexe)

La capitale politique, Yamoussoukro se trouve au centre du pays, à 248 km d'Abidjan, la capitale économique.

³ Ordonnance n° 2011-262 du 28 septembre 2011 portant orientation de l'organisation générale de l'administration territoriale de l'Etat

⁴ Loi n° 2014-453 du 05 août 2014 portant statut du District Autonome d'Abidjan

Loi n° 2014-454 du 05 août 2014 portant statut du District Autonome de Yamoussoukro

⁵ Décret N° 2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire nationale en district et en région

1.3 Contexte Socio-politique

Indépendante depuis le 07 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Le paysage politique ivoirien est constitué de plus de 130 partis politiques. La vitalité démocratique est marquée par l'organisation des élections présidentielles, législatives, municipales et régionales. La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre (04) grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Gur). La langue officielle est le Français.

La liberté de culte est garantie par la constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

Depuis 2011, le pays connaît une relative stabilité sociopolitique et s'est lancé le défi de l'émergence à l'horizon 2020. La paix a été retrouvée, la cohésion sociale a été rétablie et la réconciliation nationale est en bonne voie. De plus, l'État de droit et la sécurité des biens et des personnes ont été rétablis sur l'ensemble du territoire, toute chose qui a favorisé le retour des institutions comme la Banque Africaine de Développement à son siège statutaire d'Abidjan en septembre 2014.

L'indice de sécurité en Côte d'Ivoire estimé à 1,6 en Janvier 2015, s'est établi à 1,11 en Décembre 2015⁶.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2015, le taux d'alphabétisation des personnes âgées de plus de 15 ans estimé à 45% est en baisse par rapport à 2008 (46,52 %). Ce taux est de 51,2 % à Abidjan, de 42,9 % dans les autres villes et de 25,6 % en milieu rural. Il varie en fonction du niveau de revenu des individus et du sexe. En effet, le taux d'alphabétisation est de 53,3 % chez les hommes contre 36,3 % chez les femmes. Cet écart d'alphabétisation entre hommes et femmes devient encore plus important avec le statut de pauvreté même s'il est réduit dans le quintile le plus riche (62,2 % chez les hommes contre 54,5 % chez les femmes) alors qu'il est de 16,6 % dans le premier quintile.

1.4 Contexte socio-économique

Plusieurs mesures prises pour renforcer la bonne gouvernance ont permis au pays de mettre en place un cadre macroéconomique sain, solide et de renouer avec la croissance. Le pays se trouve depuis 2012 parmi les dix (10) premiers pays avec le plus fort taux de croissance au monde. En effet, le taux de croissance du PIB qui était négatif en 2011 (- 4 %) a atteint 10,7 % en 2012, 9,2 % en 2013, 8,5% en 2014 et 9,5 % en 2015, soit une moyenne estimée de 9,4 % sur la période 2012-2015.

Le taux d'investissement global est passé de 9% du PIB en 2011 à 16,1 % en 2014 (soit un accroissement de plus de 7 points de pourcentage du PIB). L'investissement public est passé de 5,4% en 2011 à 6,2 % du PIB en 2014 pendant que l'investissement privé augmentait de 6,3 % du PIB à 9,9 % au cours de la même période. Les investissements publics ont représenté en moyenne 40 % du total des investissements contre 60 % pour les investissements privés⁷, durant cette période.

Malgré cette croissance économique à grande vitesse, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté reste élevée, passant de 32,3 % en 1993 à 48,9 % en 2008 (ENV 2008) puis à 46,3 % en 2015 (ENV 2015). En 2015, la pauvreté était plus accentuée en milieu rural (56,8 %) qu'en milieu urbain (35,9 %).

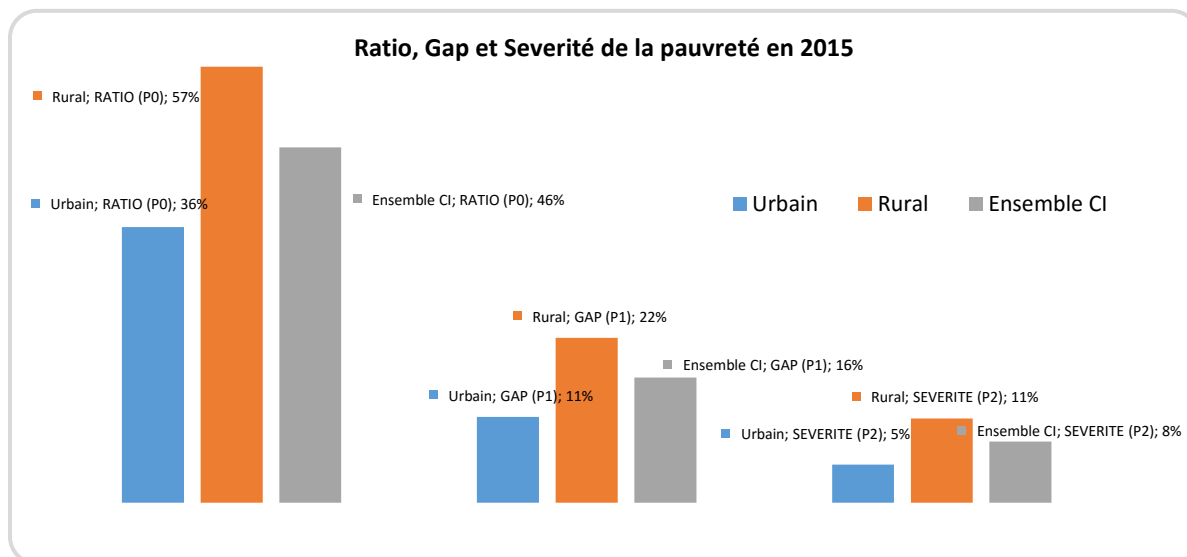
La pauvreté touche aussi bien les femmes (47,4% d'entre elles sont pauvres) que les hommes (45,5 % des hommes sont pauvres) même si ces derniers contribuent légèrement plus à cette pauvreté (50,6 % des pauvres sont des hommes) et surtout à Abidjan où 51,3 % des pauvres sont des hommes.

⁶ Extrait du Message à la Nation du Président de la République de Côte d'Ivoire /<http://news.abidjan.net/h/578475.html>

⁷ PND 2016-2020

Le rapport sur le développement humain du PNUD de 2014 indique que la Côte d'Ivoire continue de demeurer dans le groupe des pays à faible développement humain avec un Indice de Développement Humain estimé à 0,452⁸ en 2013 et classant le pays au rang de 171^{ème} sur 187. Cet indice s'est accru de 1,08 % entre 2000 et 2013. Ce rapport montre également que dans le domaine de la santé, la Côte d'Ivoire affichait en 2013 une espérance de vie de 50,7 ans contre 59,4 pour les pays à IDH faible et 56,8 ans pour l'ensemble de l'Afrique Subsaharienne. En 2015, l'espérance de vie en Côte d'Ivoire est passée à 54,3 ans selon l'INS.

Graphique 2 : Principaux indicateurs de pauvreté en 2015



Source : ENV / INS 2015

La reprise économique combinée aux efforts consentis par le Gouvernement pour améliorer les conditions de vie des populations pourraient conduire à une réduction de la pauvreté en Côte d'Ivoire.

2.1 Profil épidémiologique

2.1.1 Morbidité et Mortalité en Côte d'Ivoire

La morbidité et la mortalité en Côte d'Ivoire sont dominées par les maladies infectieuses dont les principales sont le paludisme, les maladies diarrhéiques, les pneumonies. Les enfants et les femmes enceintes constituent les populations les plus vulnérables et les plus touchées.

En 2015, on estimait l'incidence des Infections Respiratoires Aigues chez les enfants de 0 à 4 ans à 202,35 pour 1000, celle du paludisme dans la population générale à 155,49 pour 1000. L'incidence de la diarrhée⁹ chez les enfants de 0 à 4 ans était quant à elle, estimée à 88,86 pour 1000.

2.1.2 Morbidité et Mortalité maternelle, néonatale, infantile, adolescentset jeunes

a. Morbidité et mortalité maternelle et néonatale

La morbidité et la mortalité maternelle et néonatale restent élevées et préoccupantes en Côte d'Ivoire.

Le pays a réalisé peu de progrès dans la lutte contre la mortalité maternelle, passant de 745 en 1990 à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 soit une évolution de 13,4 % en 25 ans avec un taux annuel de 0,6 % contre 44 % au niveau mondial¹⁰. Le Rapport de la Mortalité Maternelle 2015 (RMM) estimait le taux de mortalité maternelle de la Côte d'Ivoire à 645 décès pour 100 000 naissances vivantes contre 546 pour l'Afrique Sub saharienne. En 2012, ce taux était estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes¹¹ en 2012.

La Côte d'Ivoire se situe derrière les pays comme la Mauritanie avec 602 décès, le Cameroun avec 596 décès, le Mali avec 587 décès, le Niger avec 553 décès, la Guinée-Bissau avec 549 décès, le Kenya avec 510 décès.

La mortalité néonatale se situait à 38 pour 1000 naissances vivantes en 2012¹² contre 41 en 2005. Les différentes études réalisées montrent que certaines maladies au cours de la grossesse constituent des facteurs de risques pour la survie de la mère et du nouveau-né. Il s'agit de l'anémie chez la femme enceinte dont le taux est estimé à 54 %, du VIH chez la femme enceinte qui a connu une nette régression passant de 4,3 % en 2005¹³ à 2,7 % en 2012 et du paludisme chez la femme enceinte dont la prévalence était estimée à 7 % en 2012.

Les données montrent un taux de CPN4 qui se situe à 38,4 % en 2015¹⁴ contre 34,76 % en 2014¹⁵ avec des taux inférieurs à 30 % dans certaines régions telles que le Worodougou, le Haut-Sassandra, et le Kabadougou-Bafing.

Par ailleurs, le taux d'accouchements assistés¹⁶ par un personnel qualifié qui est de 54,65 % reste faible par rapport à l'objectif national de 80%, et varie selon les régions sanitaires. Ces taux sont de 39 % dans le Boukani-Gontougo, 38 % dans le Gbêkè, 40 % dans le Tonkpi, 42 % dans le Cavally-Guemon et 45 % dans le Haut-sassandra.

⁹ Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) 2015

¹⁰ Rapport sur la Mortalité Maternelle (RMM)

¹¹ Enquête démographique de la santé 2011-2012 / RCI

¹² ESD-MICS

¹³ EIS

¹⁴ Rapport Annuel sur la situation Sanitaire / MSHP 2015

¹⁵ Rapport Annuel sur la situation Sanitaire / MSHP 2014

¹⁶ Rapport Annuel sur la situation Sanitaire / MSHP 2015

Ces décès maternel et néonatal pourraient s'expliquer par certaines insuffisances telles que: **(i)** la faible application des directives sur les SONU par le personnel de santé, **(ii)** l'insuffisance de capacités pour l'organisation et la gestion des services intégrés de santé maternelle, **(iii)** la faiblesse du plateau technique pour l'offre des SONU.

En effet 34 % des nouveau-nés ont bénéficié de soins dispensés par un agent de santé deux jours après la naissance. Il est à noter que dans la plupart des cas, les femmes en suite de couches ne restent pas dans les structures de santé pendant les deux jours réglementaires mais en sortent deux heures après l'accouchement lorsqu'elles ne présentaient aucune complication¹⁷.

Cette insuffisance dans la prise en charge post-natale s'avère néfaste car selon le Rapport sur la surveillance des décès maternels en Côte d'Ivoire¹⁸, la moitié des décès survient en période de post-partum immédiat. Les causes immédiates les plus fréquentes de ces décès sont les hémorragies (42 %), l'anémie (13 %) et l'hypertension artérielle (12 %).

Outre cela, il a été révélé une insuffisance de notification des décès maternels dont 71 % sont dus à une faible implication communautaire dans la surveillance des décès maternels, une insuffisance de réalisation de revue et de riposte des décès maternels dans 31 % des cas, liée au manque de formation et à l'inexistence de comité national et de comités déconcentrés de surveillance, de revue et de riposte des décès maternels.

Pour pallier à ces insuffisances, des actions en faveur de l'amélioration de la santé maternelle ont été réalisées par le pays. Un arrêté portant obligation de notification des cas de décès maternels et l'institutionnalisation des revues et la création du Comité National de Surveillance des Décès maternels et de Riposte (SDMR) a été signé en août 2015.

Le pays s'est investi à : **(i)** renforcer le fonctionnement des services de santé maternelle à travers la réhabilitation, l'équipement de maternités et des blocs opératoires ainsi que l'intégration des services de santé de la reproduction; **(ii)** renforcer les compétences des prestataires en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) et à la prise en charge holistique des violences basées sur le genre y inclus les mutilations génitales féminines, des fistules obstétricales ainsi que l'extension de l'offre de planification familiale.

Ainsi, 43 maternités et 2 blocs opératoires ont été réhabilités et équipés avec le renforcement des compétences des prestataires de soins (SONU, PF, Revue des Décès Maternels, PCIMNE, PFE). De même, 2180 femmes porteuses de fistules obstétricales ont été opérées gratuitement.

b. Morbidité et mortalité infantile

La morbidité chez les enfants de moins de 5 ans est dominée par la malnutrition, les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et les anémies. Les incidences de ces quatre pathologies demeurent encore importantes avec 291,79 pour 1000 pour le paludisme, 202,35 pour 1000 pour les IRA, 88,86 pour 1000 pour la diarrhée, 133,08 pour 1000 pour les anémies¹⁹.

Les incidences des IRA et des malnutritions ont connues une légère hausse entre 2014 et 2015 et sont passées respectivement de 165,34 pour 1000 à 202,35 pour 1000 et 97,32 pour 1000 à 133,08 pour 1000.

¹⁷ Plan National de la Santé de la Mère et de l'Enfant 2016-2020/ MSHF.

¹⁸ Surveillance, revue et riposte face aux décès maternels en Côte d'Ivoire- Rapport de situation premier semestre 2015

¹⁹ RASS 2015

La mortalité chez les enfants de moins de 5 ans demeure encore très élevée en Côte d'Ivoire et se situe à 108 pour 1000 naissances vivantes en 2012 (EDS-CI III) contre 125 pour 1000 naissances vivantes en 2005 (EDS 2005).

Selon l'OMS, le taux de mortalité infantile a considérablement baissé ces 25 dernières années et est passé de 91 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 43 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015 ; 43 % de ces décès sont liés à la malnutrition qui est un facteur sous-jacent.

La vaccination demeure une des initiatives importantes de lutte contre la mortalité infantile. La couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois pour la 3^{ème} dose du vaccin pentavalent est très élevée et varie de 79 % à 107 % dans les régions sanitaires²⁰. Même si la couverture vaccinale est satisfaisante au niveau national pour certains antigènes, on note une disparité dans les différentes régions sanitaires qui n'ont pas atteint les cibles fixées par le PNDS 2012-2015 avec des taux de 45 % pour le VAR dans la région du Boukani-Gontougou²¹.

En 2015, seule la moitié des enfants de 12-23 mois étaient complètement vaccinés pour le BCG, le vaccin pentavalent (DTC-HéptB-Hib), le vaccin polio oral (VPO), le vaccin anti-rougeoleux (VAR), le vaccin anti-amaril (VAA) et le vaccin antitétanique (VAT). Ces vaccins sont censés protéger les enfants contre 9 maladies cibles du PEV²².

Des analyses ont montré que les principaux facteurs qui entravent la performance vaccinale sont : **(i)** les ruptures de stock récurrentes en vaccins et consommables d'injection, **(ii)** la faible mise en œuvre de la stratégie avancée par certains aires de santé par manque de ressources, et **(iii)** la faible promotion de la vaccination dans certaines régions.

Les données montrent que beaucoup d'efforts restent à faire par le pays pour améliorer l'état de santé des enfants de moins de 5 ans.

c. Morbidité et Mortalité chez les adolescents et les jeunes

Les problèmes majeurs de santé des adolescents et jeunes en Côte d'Ivoire sont marqués par les maladies courantes telles que le paludisme avec une prévalence de 41 %, les infections respiratoires aiguës avec 16 %, les cas de diarrhées et les affections buccodentaires qui représentent la 2^{ème} pathologie la plus fréquente au cours des visites médicales systématiques des élèves²³ en 2014.

A cela s'ajoute les comportements à risque comme les activités sexuelles, les mariages et les grossesses précoces, la faible utilisation des condoms et des contraceptifs modernes, la consommation abusive d'alcool, de tabac, de drogues et autres psychotropes.

Selon l'EDS III, 20,2 % des filles et 13,8 % des garçons de 15 à 24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et 3 adolescentes de 15-19 ans sur 10 ont déjà contracté une grossesse.

La prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans était de 1,3 % avec un taux de 2,2 % chez les filles et 0,3 % chez les garçons. Au niveau des nouvelles infections et des décès, 1400 adolescents de 10-19 ans ont été nouvellement infectés par le VIH en 2013 dont 966 filles soit (69 %) et 4100 décès liés au sida chez les adolescents en 2013 (Spectrum 2013).

²⁰ Rapport de la revue du PEV

²¹ Rapport de la Revue régionale du PNDS 2012-2025/ MSHP

²² Etude sur l'équité dans l'accès aux soins UNICEF/DCPEV 2015

²³ Rapport d'activités 2014 du Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)/MSHP

Une étude sur le comportement des élèves d'Abidjan vis-à-vis de l'alcool montre que 32,06 % en consomment régulièrement²⁴.

Face aux problèmes de santé des adolescents et jeunes, la réponse du Gouvernement a été de créer le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) en 2001. La prise en charge de leurs questions de santé se fait de façon transversale à travers les différents programmes de santé au sein du Ministère en charge de la santé et multisectorielle avec d'autres Ministères, notamment ceux en charge du secteur éducation/formation et du secteur de la jeunesse. Cela a permis d'étendre l'offre de soins aux adolescents et jeunes à travers les services de santé scolaire et universitaire (SSSU) qui sont passés de 47 en 2001 à 160 en 2015 dont 73 structures indépendantes et 97 intégrées aux autres ESPC.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH, le lancement de l'initiative « All In » a été effectué en 2015 en impliquant tous les secteurs ayant pour cible les adolescents et jeunes. La stratégie multisectorielle « zéro grossesse à l'école » a permis de réduire le nombre de grossesses à l'école de 24,6 % de 2013 à 2015. L'accroissement du nombre des SSSU a permis dans le cadre des actions de prévention et promotion de la santé, d'étendre les visites médicales systématiques de détection au milieu urbain périphérique et rural.

Cependant, il reste beaucoup à faire au niveau de la coordination, du leadership, des actions de prévention, de promotion et de prise en charge, nécessitant d'importants moyens financiers qui en dehors du Gouvernement ont fait défaut jusqu'à ce jour. L'adoption d'une stratégie nationale en matière de santé scolaire devrait permettre de promouvoir des actions à haut impact et un suivi efficace de la santé des enfants en milieu scolaire.

2.1.3 Planification familiale

L'accès aux services de Planning familial reste limité dans les établissements sanitaires des régions avec des taux extrêmement faibles.

En 2014, bien que 81 % des établissements de santé aient intégré la planification familiale dans la prise en charge de la santé de la mère, 71 % offraient au moins 3 méthodes modernes et seulement 50,4 % au moins 5 méthodes modernes de contraception²⁵.

Le taux de prévalence contraceptive moderne est passé de 7 % en 2011 à seulement 17 % en 2014. En 2015, ces taux se situaient entre 3 et 27% dans les différentes régions sanitaires à l'exception de celle du sud-comoé qui était de 40 %. Ces taux sont de 3 % dans l'Indénié-Djuablin, 4 % dans le Bélier, 5% dans le Hambol, Marahoué, Worodougou, 9% dans le Boukani-Gontougo. Les besoins non satisfaits en planning familial étaient estimés en 2012 à 27 % (EDS-CI III).

Ce faible accès aux services de PF pourrait s'expliquer par : **(i)** l'absence de textes législatifs pour la promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) prenant en compte la Planification Familiale, **(ii)** la persistance des croyances erronées sur les méthodes contraceptives, particulièrement en milieu rural, **(iii)** l'insuffisance de communication sur les méthodes de planification familiale, **(iv)** la faible compétence des prestataires de soins en PF particulièrement les méthodes de longue durée et une accessibilité financière limitée (pour les adolescents, jeunes en milieu rural, etc), **(v)** les ruptures fréquentes en produits contraceptifs.

²⁴ Emmanuel DIBOH et al (2013) : alcoolisation chez les jeunes élèves en Côte d'Ivoire : préférence et consommation effective

²⁵ Rapport SR/PF/ENSEA 2014

2.1.4 Paludisme

Le paludisme demeure le premier motif de consultation dans les formations sanitaires du pays même si les résultats des enquêtes d'analyse situationnelle montrent une tendance à la baisse passant de 50,17 % en 2010 à 43 % en 2012 puis à 33 % en 2014.

Chez les enfants âgés de moins de 5 ans l'incidence du paludisme est passée respectivement de 389 pour mille, en 2011 à 291,7 pour mille en 2015.

Au niveau de la population générale, cette incidence qui était de 115 pour mille en 2011 est passée à 155,4 pour mille en 2015 (RASS 2013, 2015).

Cette tendance globale à la baisse du poids du paludisme depuis 2014 pourrait s'expliquer par les effets de la campagne de masse de distribution de MILDA en 2010 et par l'amélioration du diagnostic à travers la vulgarisation des Tests de diagnostic rapide (TDR).

La lutte contre le paludisme a été renforcée au cours de ces dix dernières années par :

- la distribution gratuite d'environ 30 000 000 de Moustiquaires Imprégnées à Longues Durées d'Action (MILDA) en routine durant les campagnes de masse en 2010 et 2014. Cette intervention a permis d'augmenter la couverture des ménages en MILDA passant de 66 % en 2012(EDSIII) à 95 % en 2015. Cependant le taux d'utilisation des MILDA reste encore faible. Il était de 37% dans la population générale et de 68% chez les personnes qui disposent des MILDA (EDSIII) ;
- l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme à travers le renforcement des capacités des prestataires, la disponibilité des TDR pour la confirmation des tous les cas suspects de paludisme et le traitement de tous les cas confirmés positifs. Le taux de confirmation est passé de 5% en 2010 à 83% en 2015 ;
- la mise en œuvre progressive de la prise en charge communautaire des cas de paludisme dans les districts sanitaires au bénéfice des enfants de moins de 5 ans vivants dans les communautés d'accès difficiles aux structures de santé ;
- la mise en œuvre de la gratuité ciblée prise depuis 2012 des traitements pour tout cas de paludisme diagnostiqué (TDR positifs) dans les centres de santé publics.

2.1.5 VIH/sida et les IST

La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés de la région Ouest africaine et du Centre (AOC), après le Nigeria, le Cameroun et la République Démocratique du Congo (RDC) avec un nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) estimé à 460 000 [420 000 – 510 000] selon les estimations 2014 de l'ONUSIDA.

La prévalence du VIH dans la population générale qui était de 4,7 % en 2005²⁶, est passée à 3,7 % en 2011²⁷ avec une forte prédominance féminine de 4,6 % contre 2,9 % chez les hommes. Elle augmente avec l'âge et est plus élevée en milieu urbain (4,3 %) qu'en milieu rural (3,1 %).

²⁶ EDS-CI II

²⁷ EDS-CI III

On note une très forte prévalence du VIH/sida chez les populations clés notamment les professionnels du sexe 11,4 % (étude IBBS 2014), les hommes ayant les rapports avec les hommes 18 % (SHARM 2012), les usagers de drogues 9,5 %²⁸.

Les populations en milieu carcéral, les routiers, les personnes en uniformes sont aussi considérées comme des groupes vulnérables à risques.

Malgré les efforts du pays, force est de constater la persistance des comportements à risque chez les jeunes, adolescents et adultes et une couverture insuffisante des interventions en direction des populations cibles.

L'espérance de vie à la naissance tenant compte de l'impact du VIH/sida sur la mortalité estimée par SPECTRUM pour la Côte d'Ivoire, était de 54,3 ans en 2015 avec respectivement 53,4 ans pour les hommes et 55,2 ans pour les femmes.

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre le sida, le Gouvernement a adopté la loi N° 2014-430 du 14 juillet 2014 portant régime de prévention, de protection et de répression en matière de lutte contre le VIH/sida. Ce qui constitue une avancée notable dans la lutte contre cette pandémie.

En ce qui concerne les interventions d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la proportion des femmes enceintes séropositives mises sous ARV (Prophylaxie + Traitement) est passée de 58,1 % en 2012 à 80,1 % en 2015. Malgré cette performance, la Côte d'Ivoire demeure en deçà de l'objectif national (100 %). Cela s'expliquerait en outre par la faible rétention des femmes enceintes séropositives dans les services de CPN, la qualité de la prestation des services dans les centres de santé insuffisante, un accès restreint aux services de PTME (30 % des centres n'en disposent pas) ou une sous notification de la remise des ARV.

Pour arriver à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de nouvelles directives ont été adoptées conformément aux recommandations de l'OMS en 2013. Il s'agit notamment de l'option B+, de la délégation des tâches aux infirmiers et sages-femmes en matière de prescription des ARV, et le nouveau contenu des soins et soutien basé sur le «Test and Treat». Par ailleurs, on observe un accroissement du nombre de structures sanitaires offrant des services de PTME qui est passé de 869 en 2011 à 1405 en 2015 et des sites offrant les services de prise en charge de 529 en 2011 à 806 en 2015.

Au niveau national, de 2011 au premier semestre 2015, il a eu une évolution de la file active globale de personnes sous ARV passant de 93 065 à 158 002 PVVIH soit un taux d'accroissement de 70 %.. Le nouveau contenu des soins et soutiens basé sur le «Test and Treat» est délivré à ce jour en dehors des femmes enceintes, aux autres populations à risques notamment les populations clés, les enfants de moins de 10 ans, les couples séro-différents et les patients co-infectés VIH/hépatite. Son extension à la population générale se heurte à des difficultés de financement.

D'énormes défis restent à relever pour améliorer la qualité des services de prise en charge, réduire le nombre de perdus de vue et prévenir les ruptures de stock des ARV.

Concernant l'implication de la communauté, on note la participation des organisations de la société civile dans tous les processus de planification et d'élaboration de politique et une collaboration entre les structures sanitaires et ces organisations pour le suivi et l'accompagnement des malades.

²⁸ Santé des personnes usagères de drogue
à Abidjan en Côte d'Ivoire : Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales, et autres infections.

En dépit des progrès obtenus à ce jour, des insuffisances persistent et constituent des obstacles à la mise en œuvre des interventions. Il s'agit notamment de : **(i)** la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH, **(ii)** la charge élevée de travail du personnel de santé, **(iii)** la faible intégration de la prise en charge pédiatrique dans les structures de prise en charge adulte, **(iv)** la réduction des financements des partenaires, **(v)** l'insuffisance de financement pour les activités d'accompagnement des PVVIH, **(vi)** l'absence d'un statut officiel des ASC (agent de santé communautaire) ont constitué des obstacles à la mise en œuvre des activités.

2.1.6 Tuberculose

En 2013, l'OMS a estimé le taux de mortalité dû à la tuberculose (hors VIH) de la Côte d'Ivoire à 20 [12-28] pour 100 000 habitants et le taux de prévalence à 215 cas [115-346] pour 100 000 habitants. Le taux d'incidence a été estimé à 170 cas [157-188] pour 100 000 habitants, dont 39 cas [36-44] pour 100 000 habitants co-infectés par le VIH.

Le nombre total de cas présumés examinés dans le réseau de microscopie en Côte d'Ivoire était d'environ 90 000 personnes avec un taux de positivité de 16,8 %. Les cas totaux notifiés étaient de 25 292 cas dont 60,2 % de nouveaux cas TPM+ et 12,3 % de TPM. Plus de la moitié des cas ont été notifiés dans la région des Lagunes, où se trouve la ville d'Abidjan.

Des efforts ont été réalisés par le pays et les différents partenaires pour réduire les incidences et les cas de notification. Le renforcement des capacités des centres de prise en charge de la tuberculose, a été matérialisé par l'extension du réseau des Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) et la décentralisation de la prise en charge dans les CAT. On note à ce jour 39 CDT sur toute l'étendue du territoire.

L'intégration de la lutte conjointe TB/VIH est effective à 100% dans les centres de prise en charge de la tuberculose. Par ailleurs, les agents de santé ont bénéficié d'un renforcement de capacité sur la stratégie DOTS, la stratégie Halte à la Tuberculose, la prise en charge de la tuberculose multirésistante et la prise en charge de la coinfection tuberculose/VIH. Une surveillance de la résistance aux antituberculeux est organisée en routine avec la détection des cas de tuberculose multirésistante.

Ces différentes interventions ont permis la réduction de l'incidence et de la prévalence de la tuberculose respectivement de l'ordre 20 % et 30 %²⁹.

Malgré ces efforts, des problèmes demeurent notamment **(i)** le manque de personnel qualifié pour la gestion des produits pharmaceutiques dans les centres périphériques (CAT/CDT), **(ii)** la gestion manuelle des stocks, **(iii)** les lourdeurs des procédures des bailleurs et l'inadéquation avec les procédures de passation des marchés publics en Côte d'Ivoire, **(iv)** l'insuffisance de financement, **(v)** l'absence de recherche systématique de la tuberculose chez les PVVIH.

2.1.7 Malnutrition

Le retard de croissance ou malnutrition chronique est la forme de malnutrition la plus répandue en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. La prévalence du retard de croissance est jugée sérieuse au niveau national dépassant le taux d'acceptabilité de 20 % de l'OMS. De 34 % en 2006 (MICS 2006), elle est passée à 29,8 % en 2012 (EDS 2012). Malgré une tendance à la baisse dans toutes les régions, les taux demeurent à la limite du seuil « critique » de 40 % dans le grand Nord (Nord-Est, Nord, Nord-Ouest) et à l'Ouest.

²⁹ Rapport d'activités PNLT 2013

La prévalence de **la malnutrition aigüe ou émaciation** a été stabilisée en dessous du seuil d'alerte (10 %) dans les régions d'urgence nutritionnelle du grand Nord. Cependant, cette situation demeure fragile et nécessite un renforcement de la surveillance pour une consolidation des acquis. Quant à la prévalence nationale, depuis plus de dix ans elle est restée stationnaire aux alentours de 7 % et a touché 7,5 % des enfants de moins de cinq ans en 2012. Les efforts menés doivent être soutenus pour atteindre moins de 5 % en 2025 selon les recommandations de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

L'insuffisance pondérale en baisse chez les enfants de moins de 5 ans, est passée de 21 % en 2006 (MICS 2006) à 14,9 % en 2012 (EDS 2012) sans pour autant atteindre le seuil acceptable de 10 % de l'OMS.

Par ailleurs, de nombreux enfants continuent de naître avec **un faible poids**, particulièrement ceux du groupe des mères adolescentes qui sont elles-mêmes une population à risque. En 2012, on estimait à 14 %, la proportion des enfants nés avec un poids inférieur à 2500 grammes. **Le taux d'allaitement exclusif** est de 12 % en 2012 (EDS 2012) contre 4 % en 2006 (MICS 2006).

Au niveau de **la surnutrition**, les adultes des couches socio-économiques favorisées de la population vivant en milieu urbain sont les plus touchés. En 2012, moins de 3 % des enfants présentaient une surcharge pondérale et 26 % des femmes en âge de procréer étaient en situation de surpoids ou d'obésité. En 2015, à Abidjan, 43 % des femmes étaient touchées par la surnutrition dont 13 % d'obésité³⁰.

Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire a fait de la nutrition une de ses priorités. C'est ainsi que le pays a adhéré au **mouvement « Scaling Up Nutrition » (SUN)** en juin 2013, pour réaffirmer son engagement en faveur d'une bonne nutrition de sa population. Un décret formalisant la plateforme multisectorielle en Conseil National pour la Nutrition (CNN) rattaché à la Primature a été pris en juillet 2014. Le CNN s'est doté d'une nouvelle politique de nutrition opérationnalisée à travers le **Plan National Multisectoriel de Nutrition (PNMN) 2016-2020** budgétisé en vue de renforcer la lutte contre la malnutrition sous toutes ses formes et de porter à l'échelle les interventions nutritionnelles sensibles et spécifiques. Le décret N° 2013-416 du 06 juin 2013 portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel a été également pris pour contribuer à la promotion et à la protection de l'allaitement.

La disponibilité des services de nutrition dans les structures de prise en charge a été possible entre autres, grâce aux équipements en matériels de dépistage et à la formation d'agents de santé et d'intervenants sociaux en nutrition et VIH. La supplémentation en vitamine A et le déparasitage des enfants de moins de 5 ans ont été réalisés. Toutes ces interventions doivent être maintenues et renforcées. En outre, la promotion de la fortification obligatoire des aliments est réalisée à travers la révision des normes sur l'iodation du sel (supérieur à 95 %) et l'achat de kits testeurs d'iode.

2.1.8 Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Les maladies tropicales négligées, persistent toujours malgré les interventions et quelques succès réalisés. La Côte d'Ivoire subit le lourd fardeau de dix (10) MTN endémiques qui peuvent se classer en deux (2) groupes. Les MTN à Chimiothérapie Préventive que sont l'Onchocercose, la Filariose lymphatique, la Schistosomiase, les Géohelminthiases, le Trachome; et les MTN à Prise en Charge par Cas à savoir la Trypanosomiase humaine africaine, l'Ulçère de Buruli, la Lèpre, la Dracunculose, et le Pian.

³⁰ Enquête SMART 2015

L'analyse montre que 77,5 % des districts sanitaires endémiques à la schistosomiase et 47,54 % des districts endémiques à la filariose lymphatique ont été traités³¹.

Le certificat de l'éradication du ver de Guinée en Côte d'Ivoire a été obtenu en 2013. Cependant, on note une insuffisance dans la surveillance post certification de l'éradication du ver de guinée telle que recommandée par l'OMS.

Au niveau de la lèpre, seuls deux (02) districts sont encore endémiques, Man et Zouan-Hounien. En matière de lutte contre l'onchocercose, 26,4 % des villages traités ont une couverture thérapeutique inférieure à 80 %. La cartographie de la filariose lymphatique, des géohelminthiases et de la schistosomiase a été achevée.

Malgré ces interventions, il est à noter que la lutte contre les MTN connaît de réelles difficultés qui freinent leur élimination. Il s'agit notamment de : **(i)** la faible compétence du personnel de santé au diagnostic et à la prise en charge des MTN, **(ii)** la faible capacité des structures sanitaires dans la prise en charge des cas MTN, **(iii)** la faible intégration du diagnostic et la prise en charge des MTN dans les structures de santé, **(iv)** l'absence de stratégies pour la recherche active des cas, **(v)** la sous notification des données MTN dans le SIG, **(vi)** le sous financement des interventions de lutte contre les MTN.

2.1.9 Maladies non transmissibles

En Côte d'Ivoire, 31 % des décès qui surviennent sont imputables aux maladies non transmissibles et sont essentiellement liées à la faiblesse du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique. On note des prévalences et incidences élevées des cas de MNT et leurs facteurs de risques avec 30,9 % pour les HTA, 14,6 % pour le tabagisme, 5,19 % pour le diabète, 7,9 % pour l'obésité. Ces prévalences élevées et les facteurs de risques sont le plus souvent liés à une insuffisance des actions préventives et promotionnelles.

Le pays a signé en septembre 2013, le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac et l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports en communs par le décret N° 2012-980 du 10 octobre 2012. Des interventions ont été menées dans la lutte contre l'HTA avec l'élaboration et de la diffusion de la directive sur la prise en charge, la formation du personnel, l'évaluation du risque cardiovasculaire sur 10 ans et la chimio prophylaxie en prévention des crises cardiaques et AVC.

De façon générale, des campagnes de dépistage des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque ont été réalisées, mais cela reste insuffisant au regard de l'augmentation des cas et des facteurs de risques.

La situation des personnes souffrant de troubles mentaux en Côte d'Ivoire n'est pas particulièrement bien documentée. Cependant sur la base de la perception sociale du problème, il apparaît que de plus en plus, le nombre de personnes souffrant de ce type de troubles et non pris en charge est en augmentation. Le pays dispose à ce jour de deux hôpitaux psychiatriques, d'un service spécialisé dans la prise en charge des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, de deux services de consultation intégrés et d'un dispensaire d'hygiène mentale. Ces services sont animés par 31 médecins psychiatres pour une population de 22,6 millions d'habitants, soit un taux d'environ 1 médecin psychiatre pour 65.000 habitants. Parmi ces 31 médecins psychiatres, seulement 4 sont spécialisés dans la prise en charge des enfants.

³¹ Rapport Revue PNDS 2012-2015

Par ailleurs, l'emploi de psychologues nécessaire à la prise en charge des personnes souffrant de troubles de la santé mentale est indéterminé vu qu'il n'est pas listé dans le répertoire des professions médicales. En ce qui concerne les malades mentaux errants, aucune politique ni mécanisme n'existe pour leur localisation et leur suivi. De même il n'existe pas de structures spécialisées susceptibles de les accueillir et d'assurer un soin global et une continuité des soins médico-sociaux.

2.1.10 Pathologies cancéreuses

En Côte d'Ivoire, le nombre de cas de cancers reste préoccupant. En effet, l'incidence estimée en 2012 était de 12 002 nouveaux cas³². Elle est passée à 13 209 nouveaux cas en 2016 soit une augmentation de 10 %. Par ailleurs cette incidence pourrait croître jusqu'à 17 199 cas en 2030 si de véritables politiques de lutte ne sont pas mises en place. On estime que 44 % des cancers surviennent chez les hommes contre 56 % des cancers chez les femmes. Le nombre de décès estimé en 2012, était de 9 299 dont 4 742 pour les hommes et 4 557 pour les femmes. Il pourrait atteindre 10.000 décès par an d'ici 2020.

Depuis la mise en place du plan cancer ivoirien en 2009, des programmes et réalisations engageant d'énormes moyens humains et matériels ont été mis en œuvre. Ces efforts ont certes, générés des résultats substantiels, mais apparemment insuffisants en terme d'efficacité des parcours de soins. Le constat établi, a été que l'approche médicale restait centrée sur le curatif et le palliatif ; qu'il n'existerait pas de réflexion stratégique sur l'analyse factuelle concernant le patient et son environnement ainsi que sur la prévention et la détection précoce.

Des acquis ont été obtenus dans la lutte contre le cancer avec l'ouverture de 60 sites de dépistage du cancer du col de l'utérus, la finalisation de l'étude de faisabilité de la construction du Centre National d'Oncologie Médicale, la création d'une unité de sénologie et le renforcement des capacités des agents de santé. Par ailleurs, dans la perspective de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des cancers, une unité d'immunohistochimie a été également installée.

2.1.11 Autres maladies transmissibles/ Maladies à potentiel épidémiques

Les maladies à potentiel épidémique font l'objet d'une surveillance de la part de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) qui met à la disposition des structures de santé des définitions de cas opérationnels permettant une alerte précoce, l'investigation des cas et la prise en charge éventuelle.

L'avènement de la Maladie à Virus Ebola (MVE) dans certains pays frontaliers de la Côte d'Ivoire, a permis le renforcement du système d'alerte précoce par la mise en place de comités, la formation, l'acquisition de matériels et la construction d'infrastructures pour recevoir et prendre en charge efficacement les cas éventuels de maladies à potentiel épidémique

En dehors de l'épidémie de la MVE, le pays reste vulnérable aux autres flambées épidémiques (méningite, choléra, rougeole, zika, Lassa).

De réelles insuffisances ont été mises en évidence dans la lutte contre les autres maladies transmissibles. Il s'agit : **(i)** des insuffisances dans le dispositif de surveillance et de rapportage des maladies à potentiel épidémique liées à la faiblesse de la mise en œuvre de la stratégie globale de veille et de rapportage des urgences sanitaires, **(ii)** l'insuffisance de compétence des prestataires pour l'investigation des cas au niveau périphérique et l'absence d'un réseau de laboratoires national pour

³² Draft Plan stratégique du Programme de Lutte contre le Cancer 2016-2021

les urgences épidémiques, **(iii)** la faiblesse du dispositif de riposte/réponse face aux maladies à potentiel épidémique et autres urgences sanitaires, **(iv)** l'insuffisance de la lutte anti-vectorielle.

2.1.12 Infections nosocomiales

La mauvaise hygiène dans les établissements sanitaires est responsable d'infections nosocomiales. En 2006, au service de réanimation du CHU de Yopougon, sur 164 patients recensés en état de coma, 132 décès qui seraient liés à la mauvaise hygiène des locaux ont été notés, soit 80,5 %³³.

Cette situation responsable d'une mortalité croissante estimée à 53 % et d'un taux d'infection élevé chez les sujets comateux estimé à 75 %³⁴, a occasionnée la fermeture dudit service en mars 2007.

Pour promouvoir les règles d'hygiène et procédures en milieu hospitalier, des aide-mémoires en matière d'Hygiène Hospitalière (HH) et prévention des Accidents avec Exposition au Sang (AES) ont été produits et diffusés. Les supervisions ont été réalisées pour répondre à l'objectif du renforcement du cadre de suivi et d'évaluation en matière de HHGDM. Un certain nombre de personnel de santé a bénéficié d'un renforcement de capacité en matière d'hygiène et de gestion des déchets.

Malgré ces interventions, les besoins pour lutter contre les infections nosocomiales restent énormes.

2.2 Prévention et Promotion de la santé

Il y a très peu d'indicateurs pour apprécier le niveau de performance des actions réalisées en matière de prévention, promotion de santé et la médecine de proximité.

Le taux d'allaitement maternel exclusif à six mois est passé de 4 % en 2010 à 12 % en 2012 en deçà de l'objectif du PNDS qui était de 50 %.

Les actions de promotion de la santé ont eu peu d'influence sur les comportements et les pratiques en matière de prévention du VIH/sida. En effet, le rapport ONUSIDA de 2013 révèle une hausse de la non-utilisation des préservatifs en Côte d'Ivoire. La couverture en visite médicale systématique des élèves pour la détection de pathologies est passée de 4 % en à 16 % en 2013.

Les acquis en matière de promotion de la santé se résument à: **(i)** l'élaboration de la politique nationale de la promotion de la santé, **(ii)** l'élaboration du profil de l'équité sanitaire et des déterminants sociaux de la santé en Côte d'Ivoire, **(iii)** l'élaboration du document cadre de mise en œuvre des interventions à base communautaire, **(iv)** l'élaboration du document de la stratégie de communication pour la santé maternelle néonatale et infantile, **(v)** l'élaboration de la stratégie nationale de communication pour la santé, **(vi)** le monitoring du PMA des établissements sanitaires des ESPC dans les districts sanitaires.

2.3 Bilan des OMD

En Côte d'Ivoire, d'importants progrès ont été accomplis par rapport aux objectifs relatifs à la santé. Toutefois, les parties prenantes devront intensifier et concentrer leurs efforts sur les secteurs où les progrès ont été jugés lents.

Les résultats³⁵ obtenus montrent :

- une baisse notable de la prévalence nationale de l'insuffisance pondérale passée de 23,8 % en 1994 à 14,9 % en 2012 ;

³³ CHU de Yopougon. Service de Réanimation : Evolution des patients admis dans un état de coma en réanimation du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2006

³⁴ CHU de Yopougon. Service de Réanimation : Rapport d'activités 2006

³⁵ Rapport sur les OMD 2015

- une réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 181 pour 1000 en 1998 à 108 pour 1000 en 2012 mais qui reste encore insuffisante. Ce taux pourrait être amélioré par des interventions visant à enrayer la mortalité néonatale dont le taux représente le tiers des décès d'enfants de moins de 5 ans ;
- l'amélioration de la santé maternelle demeure un défi majeur à relever en Côte d'Ivoire car la réduction du taux de mortalité maternelle est la seule cible qui n'a pas connu d'évolution positive. En effet, ce taux est passé de 543 en 2005 à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012. L'accès limité aux services de Planning familial, à un personnel de santé qualifié et à des soins prénatals, ainsi que de nombreuses grossesses non désirées parmi les adolescentes pourraient expliquer ces taux élevés de mortalité maternelle ;
- une bonne inversion de la tendance à une augmentation des infections VIH et Sida avec une prévalence du VIH/Sida estimé à 9,7 % selon l'ONUSIDA en 2001, qui a chuté de 3,7 % en 2012. Cela a été possible grâce à une forte volonté politique, à des interventions ciblées. L'accès aux ARV des PVVIH a été amélioré mais des efforts restent à faire pour améliorer la prise en charge pédiatrique et le taux de rétention dans les structures de soins ;
- une réduction de la prévalence hospitalière du paludisme passant de 50, 17% en 2010, 43% en 2012, puis 33% en 2014. Une réduction de l'incidence du paludisme chez les enfants âgés de moins de 5 ans passant de 389 pour 1000 en 2011 à 291,7 pour 1000 en 2015³⁶ ;
- la proportion de décès dus à la tuberculose a baissé de plus de 50 % de 2004 à 2012 (Rapport ONUSIDA 2013). De même, l'incidence de la tuberculose a amorcé une baisse. Elle est passée de 196 cas en 2010 à 170 cas pour 100 000 habitants en 2013 ;
- la satisfaction de la demande en médicaments des formations sanitaires publiques, confessionnelles et communautaires n'est pas totale. Il existe encore certains problèmes d'approvisionnement des médicaments malgré le succès de la réforme de la PSP.

Des efforts restent à faire pour améliorer la disponibilité moyenne des médicaments essentiels aux points de prestation du secteur public.

2.4 Revue du PNDS 2012-2015

Le PNDS avait identifié des indicateurs pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés à travers des résultats d'Impact, d'Effets et d'Effet Intermédiaires. Le tableau suivant montre le niveau d'atteinte des résultats du PNDS 2012-2015 pour les dix huit (18) indicateurs:

Tableau 1: Résultats des indicateurs du PNDS 2012-2015

Indicateurs	Base PNDS	Cible fixée par le PNDS pour 2015	Niveau actuel [1]
Impact	L'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés		
1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1000 NV)	125	88	108 (EDS-CI 2012)
2. Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 NV)	543	324	614 (EDS-CI 2012)

36 RASS 2015

Indicateurs	Base PNDS	Cible fixée par le PNDS pour 2015	Niveau actuel [1]
3. Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans (%)	3,4	1,8	??? (spectrum)
4. Incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (pour 1000)	80	50	280 (RASS 2013)
5. Incidence de la Tuberculose (pour 1000)	1,7	0,6	1,72
Effet 1 : La gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la Santé sont renforcés			
6. Proportion du Budget de l'Etat alloué à la santé (%)	4,36	10	4,7
Effet 2 : L'offre et l'utilisation des services de santé de qualité sont améliorées			
7. Proportion de la population habitant à moins de 5 Km d'un centre de santé (%)	44	55	65
8. Nombre d'unité de poches collectées pour 1000 habitants par an	4,9	10	5,98
Effet 3 : La santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans sont améliorées			
9. Prévalence contraceptive moderne (%)	9,5	30	17
10. Taux de CPN4 (%)	45	70	34,6
11. Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	69,22	80	52
12. Couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois pour la 3ème dose du vaccin pentavalent (%)	62	95	87
13. Proportion d'IRA chez les enfants de moins de 5 ans traités aux antibiotiques (pour 1000)	19	50	29 % (EDS-CI 2012)
Effet 4 : La lutte contre la maladie et les infections nosocomiales est renforcée			
14. Proportion de PVVIH hommes et femmes en besoin de traitement qui bénéficie de traitement ARV selon le protocole (%)	45	80	76

Indicateurs	Base PNDS	Cible fixée par le PNDS pour 2015	Niveau actuel [1]
15. Proportion de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME (%)	47,3	80	89
16. Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (%)	15	80	37 (EDS-CI 2012)
Effet 5 : La prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité sont renforcées			
17. Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois (%)	4	50	12 (EDS-CI 2012)
18. Taux d'utilisation des services de santé (%)	18	30	27,7

****ND : Sous réserve de la Prochaine enquête EDS 2015**

2.5 Déterminants de la santé

Les facteurs qui influencent l'état de santé sont :

2.5.1 Facteurs socioculturels

Le faible niveau général d'instruction, d'éducation de la population notamment chez les filles et les pesanteurs socioculturelles accroissent les pratiques néfastes à la santé (mauvaises habitudes et tabous alimentaires, lévirat, excision, etc.). Ces facteurs entraînent ainsi des changements significatifs dans les modes de vie des populations. Ceci explique en partie l'émergence de certaines affections telles que le diabète, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle (HTA), le cancer, l'obésité et les cardiopathies, la malnutrition, le VIH/Sida et les IST.

2.5.2 Facteurs socio-économiques

Le pays a connu des crises sociopolitiques successives qui ont occasionné une baisse des activités économiques avec pour conséquences un accroissement du chômage, notamment chez les jeunes et une augmentation importante du nombre de ménages à faible niveau de revenu. Selon l'enquête sur l'emploi réalisée en 2012, le secteur informel représente 90 % des emplois tandis que le secteur privé formel et le secteur public représentent respectivement 4,9 % et 3,9 % des emplois. En outre, la population d'âge actif est affectée par un taux de chômage de 9,4 % à cette période. Les jeunes en sont les premières victimes, à hauteur de 12 %. La situation est encore plus défavorable pour les 14-24 ans (environ 14 %) et chez les filles (15 %).

De plus, 53,6 % des revenus salariaux sont en dessous du SMIG. En 2013, le taux de sous-emploi des jeunes âgés de 14-35 ans était de 20,5 % contre 19,1% pour l'ensemble de la population active.

Par ailleurs, 70 % des emplois peuvent être qualifiés de vulnérables et les femmes sont les plus touchées avec un taux de 78,9 %³⁷.

2.5.3 Facteurs environnementaux et risques à la consommation

Les facteurs environnementaux constituent un déterminant essentiel de l'état de santé des populations. Le manque d'hygiène, l'insalubrité, la mauvaise gestion des déchets ménagers, industriels et hospitaliers, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive de pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable (78 % de la population s'approvisionne en eau de boisson à une source améliorée) , l'habitat précaire (70 % des ménages vivent dans des logements dont le sol est recouvert de ciment, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu (18 % des ménages utilisent des toilettes améliorées et non partagées), le réchauffement climatique constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations.

2.5.4 Facteurs liés au système de santé et équité

Selon la MICS 2006, il existe des disparités importantes du fait du statut socio-économique des populations et de leur situation géographique. Les enfants des ménages appartenant au quintile des plus pauvres ont deux fois moins de chance de recevoir des soins en cas de maladie. De même, les femmes accouchant dans les régions de l'ouest, du nord-ouest et du nord-est ont trois fois moins de chance de recevoir une assistance par du personnel de santé qualifié que celle de la ville d'Abidjan.

2.5.5 Gestion des risques et les capacités de résilience du système de santé

Un système de santé solide atténue la vulnérabilité d'un pays face aux risques sanitaires et garantit un niveau élevé de préparation pour limiter les répercussions des crises quelles qu'elles soient. Cette capacité à la gestion et à la résilience se mesure par l'aptitude à mobiliser en temps opportun les ressources nécessaires pour protéger les populations des effets néfastes.

Le Gouvernement a pris des dispositions opérationnelles en vue de lutter efficacement contre l'épidémie et son éventuelle propagation. Pour cela, un plan de contingence à hauteur de 57 145 093 596 FCFA a été élaboré et financé avec l'appui technique et financier des partenaires du secteur. Il s'articule autour de quatre stratégies majeures que sont :

- la communication autour de la MVE et la sensibilisation des populations ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique au sein des communautés et des frontières terrestre, maritime et aéroportuaire du pays ;
- la promotion des mesures de prévention par la mise en place de postes avancés de coordination des zones à risque élevé, de dispositifs de contrôle aux entrées du territoire , à travers la promotion du lavage des mains ;
- l'accroissement de la capacité de réponse du système de santé à travers la création du Centre opérationnel d'urgence, l'installation d'un laboratoire de référence et de trois centres de traitement pour la prise en charge de cas éventuels.

D'énormes défis restent à relever en matière de surveillance épidémiologique et de gestion des catastrophes naturelles.

³⁷ Enquête nationale sur la situation de l'emploi et du travail des enfants (ensete 2013)

2.6 Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien à l'instar des systèmes de santé des pays africains est de type pyramidal avec un versant administratif et un versant offre de soins.

2.6.1 Organisation administrative du système

Le système national de santé comprend trois (3) niveaux dans sa structuration administrative :

- **Le niveau central** avec le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux, les Programmes de santé, chargés de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé ;
- **Le niveau intermédiaire** composé de 20 Directions Régionales de la Santé qui ont une mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- **Le niveau périphérique** composé de 82 Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires qui sont chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Le district sanitaire, unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires.

2.6.2 Organisation de l'offre de soins en Côte d'Ivoire

Le système de santé ivoirien est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle.

➤ Secteur public

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux :

- le niveau primaire ou périphérique représenté par 1967 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), dont 1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire ; (à actualiser voir DIEM)
- le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, composé de 68 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké) ;
- le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, est essentiellement composé d'établissements Publics Nationaux (EPN) avec 4 Centres Hospitaliers Universitaires, 5 Instituts Nationaux Spécialisés : Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA). On note en outre 4 autres Etablissements Publics Nationaux d'appui : Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Par ailleurs, d'autres ministères tels que ceux en charge de la Défense, de l'Économie et des Finances, de la Fonction Publique et de la réforme administrative, de la solidarité, de la famille, de la femme et de l'enfant, de l'Éducation nationale et de l'Intérieur participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires.

Malgré cet important dispositif de soins, il persiste des zones de silence sanitaire. Selon le RASS 2015, plus de 29 % de la population vivait à plus de 5 km d'un établissement de santé³⁸.

➤ **Secteur privé**

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie, infirmeries privées) s'insérant parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés.

Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire, avec 49 établissements sanitaires.

En 2014 **le secteur pharmaceutique privé** occupait une place prépondérante dans le système de santé et couvrait entre 80 et 90% de l'offre en médicament³⁹. Ce secteur pharmaceutique privé comprend essentiellement :

- quatre (4) grossistes-répartiteurs (UBIPHARM, COPHARMED, DPCI et TEDIS PHARMA CI) qui importent plus de 90 % de leurs produits ;
- mille cent (1100) officines privées de pharmacie ;
- huit (8) unités de production de médicaments, dont 4 en activité produisant 6 % du marché pharmaceutique national.

➤ **Médecine traditionnelle**

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a mis en application les recommandations de l'OMS, en intégrant la médecine traditionnelle au niveau de ses priorités comme une alternative aux besoins en santé de la population pour améliorer la couverture sanitaire et réduire les disparités et inégalités en matière d'accès des populations à des soins de qualité. L'exercice et l'organisation de la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont réglementés par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles.

Ce secteur compte plus de 8500 Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), organisés en associations nationales, fédérations et dont les capacités ont été renforcées en anatomie, hygiène conventionnelle, techniques de collecte et de conservation durable des plantes médicinales, maladies et programmes etc.

Plusieurs activités de recherche et développement ont été réalisées et ont abouti à titre d'exemple à l'obtention d'autorisations de commercialisation délivrées pour les Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) (Dartran®, Dimitana® et Baume ALAFIA®). En outre, l'on note l'ouverture en septembre 2014 d'une Unité de Médecine Traditionnelle (MT) au CHU de Treichville dans le cadre d'un projet pilote.

³⁸ RASS 2015

³⁹ Etude pour le Développement des Industries pharmaceutiques locales en Côte d'Ivoire- ONUDI-PACIR- Projet EE/IVC/010/001- 2014

L'analyse des composantes du système de santé a été faite à partir des résultats de la revue du PNDS 2012-2015, des différentes analyses situationnelles réalisées dans les vingt (20) régions sanitaires, des enquêtes et évaluations ayant eu cours ces 5 dernières années.

Cette analyse a porté sur les principaux piliers du système de santé que sont : **(i)** la gouvernance et leadership, **(ii)** le financement du secteur, **(iii)** les ressources humaines, **(iv)** les infrastructures, les équipements, les médicaments, les vaccins et autres intrants stratégiques, **(v)** le système d'information sanitaire, **(vi)** les prestations des services de santé.

3.1 Gouvernance et leadership

Au plan institutionnel, afin de prendre en compte les aspects relatifs à la santé-environnement et l'Hygiène, le Gouvernement a octroyé de nouvelles attributions au Ministère en charge de la Santé qui devient désormais le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

De nombreux textes législatifs et réglementaires ont été pris ou révisés pour la régulation du secteur de la santé. On distingue entre autres : **(i)** la Loi 2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, **(ii)** la Loi 2015-535 du 20 juillet 2015 portant organisation et fonctionnement de l'ordre national des pharmaciens de Côte d'Ivoire **(iii)** la Loi portant code de déontologie pharmaceutique, **(iv)** la Loi relative à l'exercice de la pharmacie, **(v)** la Loi relative à la création d'un ordre des sages-femmes et maïeuticiens. Aussi, d'importantes réformes ont-elles été engagées dont celle de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), la réforme hospitalière.

Dans le cadre de l'accompagnement de la mise en place de la couverture du risque maladie dénommée Couverture Maladie Universelle (CMU), un comité de pilotage et un comité technique ont été mis en place par arrêté ministériel N° 179/MSLS/CAB du 26 décembre 2013 pour définir le panier de soins et la tarification des actes de santé.

Par ailleurs, il existe des textes réglementaires régissant l'exercice aussi bien dans le secteur public que privé. Malgré cela, l'on note une faiblesse dans l'application de ces textes réglementaires en particulier dans le secteur privé. Les structures (IGS, DEPS et DPML) en charge de la réglementation des deux secteurs ne disposent pas de moyens adéquats de coercition dans l'accomplissement de leurs missions.

Au niveau de la planification des interventions, seulement deux régions disposent de Plan Régional de Développement Sanitaire (PRDS) alors que leur élaboration avait été inscrite aussi bien dans le PND 2012-2015 que dans le PNDS 2012-2015.

En outre, tous les documents de politique et de stratégie qui sont censés orienter la mise en œuvre des actions du Ministère de la santé n'ont pas été mis à la disposition des acteurs qui doivent assurer leur opérationnalisation. **L'amélioration du cadre gestionnaire** s'est faite par la mise en place d'un cadre de concertation et de coordination des partenaires du secteur de la santé en vue d'une synergie des interventions de tous les acteurs du système de santé. Depuis Mai 2012, la Côte d'Ivoire a signé le compact international. Un dialogue politique mené en 2014 a permis l'élaboration et la signature d'un pré-compact en février 2015 pour accompagner la dernière année de mise en œuvre du PNDS 2012-2015.

L'analyse des données recueillies sur la disponibilité de l'information budgétaire montre que celle-ci n'est pas disponible dans l'ensemble des établissements sanitaires dont les premiers responsables ne sont pas administrateurs de crédit délégués⁴⁰.

Il ressort également une insuffisance d'implication des responsables des ESPC dans l'élaboration et la gestion du budget alloué à leurs structures⁴¹ du fait d'une absence d'harmonisation dans les procédures de gestion budgétaire.

Malgré les efforts du Gouvernement, des problèmes persistent notamment :

- l'insuffisance de coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'utilisation irrationnelle et peu transparente des ressources et une insuffisance de mécanismes de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- au niveau déconcentré, on note : **(i)** une insuffisance de la fonctionnalité des organes de gestion des établissements sanitaires, des ECD et des ERS due à la méconnaissance des textes les régissant, **(ii)** une insuffisance de coordination et de collaboration des acteurs et des interventions de santé par l'absence de traçabilité des appuis extérieurs et le non-respect des procédures et textes réglementaires en vigueur , **(iii)** une insuffisance de leadership au niveau des structures déconcentrées et l'inadéquation de certaines interventions des collectivités avec les priorités de santé ;

Il ressort de cette analyse que les indicateurs de la performance de la gouvernance/redevabilité des indicateurs déterminants sont faibles.

3.2 Financement du secteur de la santé

Le financement de la santé a connu une hausse progressive ces dernières années. En effet, le budget du ministère en charge de la santé est passé de 106,8 milliards en 2011 à 245,5 milliards de FCFA⁴² en 2015, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 18 % en 5 ans. Une part importante de ce budget a été dédiée au fonctionnement (80,45 %) au détriment de celui des investissements (19,55 %).

En outre la proportion du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est passée de 5,56 % en 2012 à 6,19 % en 2014. Toutefois, il est encore en deçà de celui fixé lors de la déclaration d'Abuja en juillet 2001 qui était estimé à 15 %.

L'élaboration des différents Comptes de la Santé (CS) a permis au MSHP de capter les informations sur les flux financiers dans le secteur de la santé.

Selon les Comptes de Santé⁴³, les Dépenses totales de santé (DTS), en 2013, s'élèvent à 872,82 milliards de FCFA. Ainsi, ressort-il de l'analyse des DTS que les ménages sont les plus gros contributeurs du financement de la santé en Côte d'Ivoire avec une proportion de versement direct de 51,08 % en 2013. L'Administration publique (24,48 %) et les Entreprises (14,44 %) viennent respectivement au second et au troisième rang après les ménages. Les Bailleurs bilatéraux et

⁴¹ Evalutaion de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2014

⁴² DAF/MSHP. NB : Ce Budget n'inclus pas une part importante des contributions exterieures

⁴³ Rapport des Comptes de la Santé 2013

multilatéraux représentent 9,99 % des sources de financement tandis que les ONGs, nationales ne représentent que 0,01 % des sources de financement.

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

En 2014, une méthodologie d'allocation budgétaire axée sur les priorités nationales a été adoptée notamment pour la réalisation des soins de santé primaires. L'allocation budgétaire destinée aux structures du niveau périphérique pour la mise en œuvre des soins de santé primaires a connu une augmentation progressive passant de 10,758 milliards FCFA en 2012 à 11,228 milliards FCFA en 2013 pour atteindre 12,498 milliards en 2014 soit un taux d'accroissement de 16,17 % entre 2012 à 2014.

Au lendemain de la crise post électorale, une mesure de gratuité ciblée des soins a été mise en place par arrêté N°0047/MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 dans le but de soulager les populations rendues vulnérables. Cette mesure a connu des difficultés dans son application notamment le retard de remboursement des redevances non perçues, accentuant les difficultés de gestion des structures sanitaires avec un manque à gagner pour leur fonctionnement.

La problématique des paiements informels est également à souligner avec 44 % des usagers qui ont effectué des paiements informels, soit près de la moitié. Il convient de relever que la plupart des paiements informels constatés ont été effectués par des usagers sans revenus (40 %) ou exerçant dans l'économie informelle 31 %⁴⁴.

Outre cela, des difficultés entravent le fonctionnement optimal des structures déconcentrées. Ce sont entre autres: **(i)** l'insuffisance du budget alloué; **(ii)** l'inadaptation de l'architecture du budget par rapport aux activités des DR et DDS (supervisions, regroupements, réunions et déplacements hors site des DR et DD), et **(iv)** l'insuffisance de mobilisation de ressources locales.

L'utilisation rationnelle des ressources financières connaît d'énormes difficultés liées à : **(i)** la faible disponibilité des documents de gestion financière (procédures, outils de gestion) auprès des acteurs pour une meilleure opérationnalisation, **(ii)** une irrégularité du contrôle de l'utilisation des ressources financières sur la période 2012-2014, **(iii)** une absence d'instance formelle pour le suivi des appuis extérieurs, **(iv)** l'absence d'un système informatisé de suivi du recouvrement des coûts des actes de santé, **(v)** les difficultés pour l'harmonisation des procédures nationales et celles de certains bailleurs dans la gestion des projets, **(vi)** l'absence de traçabilité de l'état d'exécution des interventions de certains bailleurs, **(vii)** les difficultés dans la remontée des données financières en vue d'élaborer le rapport des comptes de la santé.

3.3 Ressources Humaines

Avec les recrutements réguliers d'agents de santé et la revalorisation des salaires du personnel de santé, les indicateurs de disponibilité des ressources humaines au plan national ont connu une amélioration en 2015 avec 1 médecin pour 7235 habitants, 1 infirmier pour 2910 habitants et 1 Sage-femme pour 1990 femmes en âge de procréer.

⁴⁴ Evaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2014/ MSHP - Abt Associates.

Même si ces données nationales répondent aux recommandations internationales (1 médecin/10 000 habitants, 1 infirmier pour 5000 habitants, 1 sage-femme pour 3000 femmes en âge de procréer selon l’OMS), de fortes disparités persistent notamment au niveau du ratio médecin/population dans les différentes régions sanitaires avec 1 médecin/20 803 habitants dans le Cavally-Guemon

Par ailleurs, en vue d’une gestion efficace et efficiente des RHS, un Répertoire des Emplois (RESS-CI) des niveaux 1 & 2 de la pyramide sanitaire et un Référentiel des Compétences du secteur de la santé (RESCOMP) ainsi qu’une carte de mobilité des professionnels de santé comme outils de base pour le système d’évaluation et la mobilité du personnel ont été élaborés. Mais ces outils ne sont pas encore appliqués.

Le tableau ci-dessous montre le ratio prestataire de santé-population en 2015.

Tableau 2 : **Ratio des prestataires de santé par région selon l’analyse de la situation régionale.**

Régions sanitaires	Population totale	Ratio Population/ Médecin	Ratio population/ Infirmier	Ratio Femme en âge de reproduction/Sage-femme
ABIDJAN 2	3 013 498	4 783	3 986	2 225
ABIDJAN 1- GRANDS PONTS	2 179 740	3 956	3 585	2 055
AGNEBY-TIASSA-ME	1 150 198	10 270	2 278	1 828
BELIER	720 281	8 185	2 244	1 971
BOUNKANI-GONTOUGO	958 217	15 455	2 948	2 479
CAVALLY-GUEMON	1 414 586	20 803	4715	2 797
GBEKE	1 036 667	15 949	3 663	1 993
GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO	2 234 911	20 504	5 173	3 552
GÔH	898 494	12 655	2 674	2 280
HAMBOL	440 959	11 307	2 809	1 823
HAUT SASSANDRA	1 467 508	19 567	3 945	2 570
INDENIE DUABLIN	574746	10 643	2 211	1 764
KABADOUYOU-BAFING-FOLON	484 903	11 545	3 233	1 568
LÔH-DJIBOUA	851 678	19 806	3 143	2 207
MARAHOUÉ	884 369	18 816	3 350	2 930
N’ZI-IFOU	935 125	12 304	2 548	1 862
PORO-TCHOLOGO-BAGOUE	1 648 554	17 353	4 001	2 935
SUD-COMOE	659 033	7 086	2 106	1 416
TONKPI	1 017 915	14 542	3 662	2 511
WORODOUGOU-BERE	679 003	17 869	4 325	2 161
TOTAL RCI	23 250 385	7 232	2 910	1 990

Source : *Rass 2015*

La gestion des Ressources Humaines de la Santé (RHS) est confrontée à des difficultés liées à :

- une inégale répartition des RHS due à l’absence de système de gestion de l’information sur les RHS et l’absence d’évaluation de la charge de travail dans les établissements sanitaires avec un déficit de planification des besoins en RH au niveau déconcentré et à un problème budgétaire ;

- une insuffisance de RHS spécialisées causée par l'absence de plan de formation continue des agents de santé et la non reconnaissance de la spécialité médicale par la Fonction Publique avec le faible recrutement de personnels spécialisés ;
- la fidélisation des RHS accentuées d'une part par l'absence de motivation du personnel en générale et spécifiquement ceux des zones reculées et difficiles d'accès, et d'autre part à l'absence de textes réglementant la mobilité du personnel et l'absence de profil de carrière ;
- l'insuffisance de production des RHS de qualité occasionnée par un faible investissement consacré à la formation et les difficultés de mise en œuvre de la réforme du système éducatif (le système LMD) ;
- la non maîtrise des RHS du secteur privé résultant de l'insuffisance dans l'application des textes réglementaires et le manque d'un observatoire des RHS.

3.4 Système d'information sanitaire

Les outils de gestion ont été actualisés et le logiciel DHIS2 a été déployé dans les 20 régions sanitaires comme support de gestion de l'information sanitaire. En 2011, une « Carte Sanitaire primaire » regroupant uniquement les données du secteur public a été élaborée par une équipe conjointe BNETD/DIPE-DIEM. En outre, les Rapports Annuels sur la situation sanitaire (RASS) ont été régulièrement produits.

Ces résultats ne peuvent occulter le défi toujours croissant d'une information sanitaire de qualité, disponible à temps prenant en compte aussi bien tout le secteur public que privé et communautaire, pour la prise de décision.

En effet, le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est composé de divers sous-systèmes qui sont logés dans différentes directions et institutions du Ministère en charge de la Santé ce qui pose des problèmes de gestion et de centralisation des données. Outre cela, le SNIS connaît d'énormes difficultés liées à : **(i)** la non intégration des données sanitaires des CHU, des structures sanitaires privées et autres EPN de santé, **(ii)** l'insuffisance de ressources humaines formées dédiées à la gestion de données sanitaires dans les établissements de santé, **(iii)** la rupture fréquente des outils de gestion de l'information sanitaire, **(iv)** l'absence d'un cadre formel de retro information du niveau central vers le niveau déconcentré, **(v)** l'absence d'analyse des données en temps réel pour la prise des décisions.

3.5 Infrastructures, Equipements, Médicaments, Vaccins et autres intrants

- **Infrastructures et équipements**

L'accroissement de l'offre de services de santé a été réalisé à travers la construction de nouveaux établissements, la réhabilitation, l'équipement ou le rééquipement d'hôpitaux ainsi que la mise aux normes et l'amélioration des plateaux techniques des structures sanitaires. Les quatre CHU (Cocody, Bouaké, Yopougon, Treichville), et les autres EPN de santé, ont bénéficié chaque année de projets de réhabilitation et de rééquipement partiel. Ainsi le CHU de Bouaké a bénéficié, de la réparation du scanner et la réhabilitation des box de tri des malades aux urgences et de blocs sanitaires. Le CHU de Cocody a bénéficié quant à lui, d'un projet d'extension et de réhabilitation du service des urgences pour un montant de **3,7 milliards de francs CFA**. Grâce à ce projet, le service des Urgences bâti sur une superficie de 2 700 m² a une capacité d'observation de 90 lits avec un bloc opératoire de 2 salles

d'interventions, une salle de réanimation, un laboratoire, une radiologie fonctionnelle (os poumons), une centrale de fluides médicaux et un groupe électrogène.

Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Hôpitaux Généraux (HG), ont bénéficié également de diverses interventions (réhabilitations et équipements de certains de leurs services et installations). Les services médico-techniques et les maternités de 11 CHR et de 46 HG ont été réhabilités et équipés sur financement du Programme Présidentiel d'Urgence (PPU) pour un montant de 27 milliards francs CFA.

Grace à l'appui budgétaire du Fonds Monétaire International (FMI), dans le cadre de la lutte contre la maladie à virus Ebola, d'un montant de 24 milliards de FCFA, des services complémentaires (blocs opératoires, urgences, hospitalisations, buanderie, etc.) sont en construction dans les hôpitaux généraux de Marcory, de Treichville, d'Abobo Sud pour une mise aux normes partielles, l'hôpital général de Port Bouët pour un coût total de 1,1 milliards de francs CFA.

Environ 600 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) ont été réhabilités ou équipés depuis 2011 grâce au financement du Gouvernement, de la Banque Mondiale, de la Banque Africaine de Développement, du Contrat de Désendettement et de Développement à travers l'Agence Française de Développement, de la Délégation de l'Union Européenne.

L'accroissement de l'offre des services de santé s'est également matérialisé par la construction de structures sanitaires dont l'Hôpital Général de Gagnoa, l'Hôpital Général d'Adjamé, l'Hôpital Catholique Saint Joseph Moscati à Yamoussoukro, l'Hôpital Saint Jean Bosco de Bodo à Tiassalé, Hôpital Général de Angré ainsi que 100 ESPC et 340 en cours d'équipement. Au niveau des services spécialisés, trois (3) centres régionaux de transfusion sanguine, 15 antennes et 5 sites de prélèvement, six (6) centres de dialyse (Cocody, Yopougon, Treichville, Yamoussoukro, Bouaké, Gagnoa) ont été ouverts et 2 unités de diabétologie ont été créées au CHU de Treichville et à l'Hôpital Général de Agboville.

Plusieurs infrastructures sanitaires sont en cours de construction grâce au financement de l'Etat et des partenaires au développement. Il s'agit du Centre National de Médecine Nucléaire d'Abidjan pour un investissement de 2,6 milliards de Francs CFA, du Centre National de Radiothérapie au CHU de Cocody d'un coût de 13 milliards de FCFA entièrement financé sur le budget général de l'Etat, de l'Institut de Cardiologie de Bouaké de 150 lits d'un coût de 10 milliards de francs FCFA.

Bénéficiant de divers financements, le Ministère a fait l'acquisition de matériels roulants pour l'amélioration de la référence et de la contre référence, la supervision, le renforcement des stratégies avancées et mobiles, et la lutte contre la maladie à virus EBOLA. Il s'agit de 20 ambulances médicalisées, 250 ambulances de transfert, 160 véhicules de supervision, 31 unités mobiles de soins, 3 camions laboratoires mobiles, 3 véhicules d'évacuation (SMUR), plus de 500 motos, de 1000 vélos et 10 banaliseurs de déchets médicaux.

Toutes ces interventions ont permis d'améliorer le taux d'accessibilité géographique. En effet, la proportion de la population vivant à moins de 5 Km d'un centre de santé est passée de 44 % en 2012 à 67 % en 2015. Cependant, des disparités régionales persistent avec des taux inférieurs ou proche de 50 % en 2015 pour les régions du Gboklè-Nawa- San Pedro (35 %) et du Kabadougou-Bafing-Folon (42 %), du Haut Sassandra (50 %), et du Worodougou Béré (51 %).

Malgré ces résultats, des efforts restent à faire en termes de réhabilitation, de construction et d'équipement d'établissements de soins et de construction de locaux propres pour certaines DRS et

DDS. La maintenance des infrastructures et équipements et la gestion du patrimoine connaissent d'énormes difficultés avec de graves conséquences sur l'offre des services de santé. Cette situation résulte de l'insuffisance des ressources humaines et à la faiblesse du budget au niveau central et déconcentré. Il apparaît donc nécessaire de renforcer les actions de la DIEM, d'assurer l'extension et le fonctionnement des unités déconcentrées de la maintenance (CREMM et AMD) et mettre en place une régie d'avance dans les hôpitaux pour la gestion de la maintenance des équipements.

- **Médicaments, vaccins et autres intrants stratégiques**

L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité à des médicaments, des vaccins et des autres intrants stratégiques de qualité, reste un défi majeur à relever par l'Etat pour renforcer la disponibilité des médicaments essentiels et génériques, de qualité afin d'améliorer l'accès financier des patients et familles au traitement.

Le secteur public est essentiellement approvisionné par la Nouvelle PSP qui est liée à l'Etat de Côte d'Ivoire par une convention. Des dispositions réglementaires ont permis de réaliser la réforme de la Pharmacie de Santé Publique (PSP) qui a changé de statut passant d'un EPN de type Industriel et Commercial (EPIC) à une Association Sans But Lucratif (ASBL) dénommée « Nouvelle PSP-CI » par le décret N° 2013-792 du 20 novembre 2013.

L'enquête⁴⁵ selon la méthodologie OMS/HAI menée en 2013 et 2014 par la DPML et le PNDAP a révélé que la disponibilité moyenne de tous les médicaments était de 31,6 %, superposable à la disponibilité moyenne des 48 médicaments existant sur la liste nationale des médicaments essentiels de 31,9 %.

Le taux de disponibilité des médicaments essentiels au niveau de la Nouvelle PSP-CI est passé de 23 % en 2011 à 90 % en 2015.

Même si l'on note une amélioration de la disponibilité au niveau central, des analyses approfondies montrent une très faible disponibilité et accessibilité des produits de santé au niveau périphérique qui se situe entre 23 % et 35 %. En matière de disponibilité, sur les six médicaments traceurs ayant été retenus, l'évaluation sur la Gouvernance du secteur de la santé en 2014, a mis en évidence que tous ont connu une rupture au cours des trois mois précédant l'enquête soit un taux de rupture de **100 %**. Ces médicaments traceurs ont enregistré des ruptures dont la durée moyenne pour les trois (3) mois oscille entre 59 jours dans les ESPC, 50 jours dans les CHR/HG et 79 jours dans les CHU. Cette faible disponibilité constitue un frein à l'utilisation des structures sanitaires et la qualité des soins.

Les raisons évoquées étaient les suivantes :

- le faible taux de satisfaction des commandes associé au non-respect des délais de livraison des commandes ainsi qu'à un défaut de gestion des produits de santé;
- la faible disponibilité des données logistiques de qualité due à une rupture des outils de collecte des données de pharmacie et le non-respect des bonnes pratiques de rapportage des gestionnaires de pharmacie;
- l'insuffisance des capacités de stockage et de distribution des produits de santé au niveau central et déconcentré liée à la non-conformité des infrastructures et des équipements des services de pharmacies des établissements sanitaires publics ainsi que l'insuffisance dans la fonctionnalité des moyens logistiques au niveau des districts.

⁴⁵Etude du prix, de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments en Côte d'Ivoire, DPML- 2014

Par ailleurs, il se pose un problème de transparence et de conformité au niveau des pharmacies des structures sanitaires publiques. Le constat est que les établissements santé dans leur majorité ne pratiquent pas les prix recommandés par le Ministère de la Santé⁴⁶.

De même, l'évaluation des procédures d'achats de médicaments fait apparaître une proportion d'achats conformes de 0 % sur les 10 meilleures pratiques internationales.

La production pharmaceutique locale a été inscrite parmi les programmes prioritaires d'investissement de l'Etat. Les industries pharmaceutiques locales (IPL) sont actuellement au nombre de huit (8) dont cinq (5) fabriquent des génériques sous licence. La production locale de produits et médicaments pharmaceutiques ne représente que 6 % du marché pharmaceutique.

Pour la lutte contre les médicaments contrefaits, le décret N°2013-557 du 05 Août 2013, a permis la mise en place du Comité National de Lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des médicaments pour garantir la qualité des médicaments dans nos établissements sanitaires. Mais force est de constater la prolifération du marché des médicaments illicites résultant de l'insuffisance des moyens de contrôle et de lutte ainsi que de l'insuffisance d'un cadre administratif et réglementaire de la lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des produits de santé.

Des contrôles qualités des médicaments homologués et commercialisés en Côte d'Ivoire ont été réalisés. Mais ils demeurent insuffisants du fait d'un défaut de moyens matériels et infrastructurels pour le contrôle qualité des médicaments, de l'insuffisance des procédures opérationnelles et de l'insuffisance de qualification du personnel de contrôle qualité. A cela s'ajoute, un défaut de notification des événements indésirables enregistrés ces dernières années du fait de la non fonctionnalité du système de pharmacovigilance.

Au nombre des acquis en terme d'accessibilité aux médicaments et vaccins, il faut noter que l'Etat de Côte d'Ivoire subventionne le traitement de certaines pathologies entre autres les hépatites virales B et C ainsi que le cancer du sein. Depuis 2015, des réflexions et des tests sont en cours en vue de l'introduction du vaccin contre le Papilloma Virus Humain (vaccin anti-HPV) après celui du polio injectable dans le PEV de routine.

Relativement à la disponibilité des produits sanguins, la production de poches de sang et de produits sanguins sécurisés a connu une augmentation passant de 122 112 en 2012 à 133 023 en 2013 et à 143 691 en 2014. L'OMS recommande une production annuelle des produits sanguins équivalant à 1 % de la population nationale. Sur cette base, le besoin national en produits sanguins est estimé à 200 000 poches soit un gap de 56 309. A cela s'ajoute, une absence de couverture de certaines régions sanitaires dont le Cavally-Guemon en unité de transfusion sanguine. Des comités de sécurité et d'hémovigilance ont été mis en place dans les hôpitaux.

3.6 Prestations des services de santé

Les taux de fréquentation et d'utilisation des services de santé ont connu une nette augmentation entre 2013 et 2015. Au niveau de la fréquentation, l'on est passé de 31,3 % en 2013 à 39,2 % en 2014 puis 48 % en 2015 (RASS 2015). En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, elles sont respectivement de 27,4 %, 33,2 % et 43,3 % en 2013, 2014 et 2015 (RASS 2015) contre 18 % en 2012.

⁴⁶ Evaluation de la gouvernance du secteur de la santé 2014

Cette nette augmentation pourrait s'expliquer par l'amélioration de la qualité des soins dans les structures sanitaires, l'instauration de la gratuité des soins pour les couches de la population les plus vulnérables.

En ce qui concerne l'amélioration de la qualité des prestations des services de santé, des procédures opérationnelles de prise en charge des urgences des CHU d'Abidjan ont été élaborées. On note aussi une bonne utilisation des protocoles/directives de prise en charge des pathologies avec en moyenne 85 %⁴⁷ des prestataires formés qui les utilisent effectivement de façon globale⁴⁸.

Malgré ce fort taux d'utilisation des protocoles/directives, ceux-ci ne sont disponibles aux postes de consultation que dans 59 % des cas. Ce taux est de 47 % pour le cas du protocole de prise en charge de la diarrhée chez l'enfant. La disponibilité des protocoles est de 59 % au niveau du CHR/HG.

Un comité de réflexion sur la stratégie d'amélioration de la qualité des soins (comprenant ICA, CRESAC, IGLS, DHES) a été également mis en place et a permis les actions suivantes : **(i)** l'élaboration du guide de supervision intégrée du niveau central et des services extérieurs, **(ii)** le suivi de la mise en œuvre des directives, recommandations et de la politique sanitaire et **(iii)** l'élaboration du document de contractualisation dans le secteur de santé.

En 2014, le ministère en charge de la Santé s'est doté d'une stratégie de Réforme Hospitalière qui vise à faire de l'hôpital, une entreprise moderne, productive grâce à une politique managériale dans un système de santé performant.

Le système de référence et de contre-référence demeure encore faible malgré la disponibilité des outils (directives de réorganisation de la référence/contre-référence et des urgences dans le district de santé) ce qui rend difficile l'interaction entre les niveaux primaire, secondaire et tertiaire avec un engorgement des structures secondaires et tertiaires. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence d'organisation de la prise en charge des cas référés (consultation des cas référés, service d'urgence).

Cette situation est exacerbée par le manque d'appropriation du contenu des différents outils par les acteurs et une insuffisance d'intégration des prestations tels que prescrits dans les PMA des différents niveaux. Cela serait imputable en partie à une insuffisance de diffusion de ces directives ou d'application de ces directives.

Au niveau de la participation communautaire, plusieurs initiatives ont été développées pour permettre une réelle implication des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé. Il s'agit de la mise en place des COGES et des relais communautaires, de l'élaboration du document du cadre de mise en œuvre des interventions communautaires et du guide national de formation des ASC.

Cependant, les relais communautaires regroupant les Agents de Santé Communautaire (ASC), les groupes de soutien à une action sanitaire spécifique ne disposent pas encore de statut réglementaire qui définit leurs missions, leur position et ancrage ainsi que leur prise en compte financière. Ce qui limite leur champ d'interventions.

Même si un document de stratégie de service à base communautaire est disponible, il n'existe pas de stratégie nationale de mobilisation sociale et les COGES ne sont pas fonctionnels dans la plupart des établissements. Par contre tous les Conseils de Gestion au niveau tertiaire⁴⁹ sont fonctionnels⁵⁰.

⁴⁷ Evaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2014/ MSLs-Abt Associates HF6

⁴⁸ Evaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2014

⁴⁹ Instituts et les CHU

⁵⁰ Evaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire 2014.

Par ailleurs, l'analyse des données régionales a mis en exergue : **(i)** une indisponibilité de certains services spécialisés dans les CHR, **(ii)** une faiblesse des plateaux techniques des structures de référence, **(iii)** une insuffisance dans l'application des normes et des procédures en matière de qualité des services (accueil, communication, temps d'attente, orientation), **(iv)** un comportement répréhensible de certains personnels de santé, **(v)** une prolifération de structures sanitaires privées non agréées.

Au total, l'offre des services souffrent de problèmes liés à :

- la non-conformité des plateaux techniques à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- l'insuffisance de ressources humaines de santé en termes de quantités et qualités ;
- l'insuffisance dans la mise en œuvre des PMA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

DRAFT CONSOLIDÉ

3.1 Forces

Au niveau institutionnel, de nombreux textes législatifs et réglementaires ont été pris ou révisés pour la régulation du secteur de la santé notamment dans le cadre de la politique d'accessibilité aux médicaments essentiels, aux ARV et intrants de qualité.

D'importantes réformes ont été engagées dont la réforme hospitalière avec la vision de faire de l'hôpital, une entreprise moderne, productive grâce à une politique managériale. Aussi, la stratégie nationale de financement basé sur la performance a été adoptée pour améliorer l'offre de services et de soins de santé.

Dans le cadre du renforcement du mécanisme de coordination intra et inter sectoriel des interventions de tous les acteurs du système de santé, un cadre de concertation et de coordination des partenaires du secteur de la santé a été mis en place.

Le financement du secteur de la santé a connu une hausse progressive avec un taux d'accroissement annuel moyen de 18 % du budget du MSHP de 2011 à 2015. En 2014, une méthodologie d'allocation budgétaire axée sur les priorités nationales notamment la réalisation des soins de santé primaires a été validée.

Il est à noter l'adoption d'une Stratégie Nationale de Financement pour tendre vers la couverture sanitaire Universelle et le début de la mise en œuvre d'un projet-pilote portant sur le Financement Basé sur la Performance.

L'offre des services de santé a été largement renforcée par la construction, la réhabilitation et l'équipement des structures des santés avec pour conséquence l'augmentation du pourcentage de 44 % en 2012 à 65 % en 2014 des populations vivant à moins à moins de 5 km d'une structure de santé.

Au niveau des Ressources Humaines de Santé, un recrutement massif du personnel de santé a permis de combler le déficit en ressources humaines. Ainsi, le pays comptait en 2015, 1 médecin pour 5444 habitants, 1 infirmier pour 2023 habitants et 1 Sage-femme pour 1109 femmes en âge de procréer. Par ailleurs, les salaires des agents de la fonction publique a connu une revalorisation.

Au niveau des produits pharmaceutiques : la disponibilité et l'accessibilité à des médicaments, des vaccins et des autres intrants stratégiques de qualité ont été renforcées par la réforme de la PSP avec une augmentation du taux de disponibilité des médicaments essentiels au niveau de la Nouvelle PSP-CI (central) passant de 23 % en 2011 à 90 % en 2015.

Au niveau de la qualité des prestations : le guide de supervision intégrée du niveau central des services extérieurs et le document de contractualisation dans le secteur de santé ont été élaborés pour l'amélioration de la qualité des prestations.

Le renforcement du SNIS s'est matérialisé par l'actualisation des outils de gestion et le déploiement complet du logiciel DHIS2 comme support de gestion de l'information sanitaire en vue de l'amélioration de la performance du SNIS.

3.2 Faiblesses

Au plan institutionnel : le niveau central est confronté à une véritable absence de mémoire institutionnelle qui se traduit par un problème d'archivage des données avec pour conséquence un déficit de traçabilité de certains textes réglementaires notamment des arrêtés et des décrets relatifs

au fonctionnement et à l'organisation des structures du MSHP tant au niveau central que déconcentré. On note également une insuffisance de leadership qui se traduit par une faible coordination des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, un déficit dans le contrôle de l'installation des établissements sanitaires privés et une absence de redevabilité qui se traduit par une utilisation irrationnelle et peu transparente des ressources.

Le niveau déconcentré est marqué d'une part par une insuffisance de la fonctionnalité des organes de gestion des établissements sanitaires, des ECD et des ERS et d'autre part par la faible collaboration des acteurs et une insuffisance de la coordination des interventions de santé.

Au niveau du financement du secteur de la santé : -la proportion du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé reste toujours faible et se stabilise en moyenne à 5 % , ce qui demeure toujours en deçà des 15 % fixés lors de la déclaration d'Abuja en avril 2001. On note également une absence de la traçabilité des financements tant au niveau du recouvrement des coûts que des appuis extérieurs. De même, l'irrégularité et le faible taux de remboursement des redevances non perçues par l'Etat dans le cadre de la gratuité ciblée, constitue une réelle menace au bon fonctionnement des établissements sanitaires.

Par ailleurs, on note une absence de mécanismes pérennes de mobilisation de ressources ainsi qu'une faible contribution du secteur privé, une faible disponibilité des documents de gestion financière harmonisés (procédures, outils de gestion) auprès des acteurs avec une irrégularité du contrôle de l'utilisation des ressources.

Au niveau de l'offre des services de santé: on note une insuffisance dans l'opérationnalisation du système de maintenance au niveau central et déconcentré dû à une faible diffusion et application des procédures de gestion des infrastructures et équipements, du patrimoine de la santé,...). Toutes choses qui constituent un obstacle à la qualité des prestations offertes dans les structures de santé. Par ailleurs, on note une faiblesse des plateaux techniques des structures de référence surtout dans les services d'urgences et l'absence de certains services spécialisés dans les CHR.

Au niveau des RHS, la principale faiblesse réside dans l'inégale répartition des RHS sur le territoire national avec une forte concentration au profit des régions du Sud du pays, notamment à Abidjan créant ainsi un déséquilibre de l'offre des services. On note aussi l'insuffisance de personnel médical spécialisé et l'absence de plans de formation continue, l'absence d'un mécanisme de Gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC), et l'absence d'une allocation budgétaire pour la rémunération du personnel planifié.

Au niveau du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) : il connaît des difficultés malgré le déploiement du DHIS2 avec la non intégration dans le SNIS des données sanitaires des CHU, des structures sanitaires privées et des EPN hospitaliers, l'absence d'harmonisation des outils et indicateurs pour les activités communautaires, l'insuffisance de ressources humaines formées dédiées à la gestion de données sanitaires dans les établissements sanitaires et la rupture fréquente des outils de collecte des données sanitaires.

Au niveau des produits pharmaceutiques : on note une faible disponibilité des médicaments et intrants dans les structures sanitaires du niveau périphérique, une faible capacité de stockage dans les DRS et une insuffisance dans la distribution des produits au niveau décentralisé. A cela s'ajoute un

défaut de notification des événements indésirables enregistrés ces dernières années du fait du non fonctionnement du système de pharmacovigilance.

3.3 Opportunités

La consolidation des acquis et le renforcement des capacités du système de santé peuvent être favorisés par la volonté politique manifeste de faire de l'accès aux soins de santé une priorité à travers la Couverture Maladie Universelle (CMU), le maintien d'une forte croissance économique nationale, la mobilisation de ressources additionnelles internes et les financements innovants pour la santé, la mise en œuvre des objectifs du développement durable (ODD), la signature par la Côte d'Ivoire du Compact national et par le renforcement des appuis techniques et financiers des partenaires au développement.

3.4 Menaces

La performance du système sanitaire ivoirien pourrait être perturbée par une instabilité politique, une situation sécuritaire trouble (terrorisme, guerre), des catastrophes climatiques ou environnementales ou la recrudescence des maladies à potentielles épidémiques (fièvres hémorragiques, maladies émergentes et ré-émergentes).

3.5 Problèmes prioritaires du système de Santé

Les défis du système de santé se résument en termes de gouvernance et leadership à une meilleure coordination des interventions du secteur de la santé, une décentralisation et une déconcentration achevées du système de santé et la production et la disponibilité d'informations sanitaires de qualité utiles pour la prise de décision à tous les niveaux.

5.1 Plan National de Développement (PND) 2016-2020

Dans l'optique d'atteindre l'émergence à l'horizon 2020, la Côte d'Ivoire s'est engagée dans la redynamisation de sa politique de développement à travers l'élaboration de son second PND pour la période 2016-2020. Ce plan est le fruit des transformations survenues dans le paysage international et régional à savoir : **(i)** le passage des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) aux Objectifs de Développement Durable (ODD) pour la période 2015-2030 ; **(ii)** l'élaboration de l'Agenda 2063 du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) ; **(iii)** et le Programme Communautaire de Développement (PCD) de la Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO.)

Le PND 2016-2020 a tenu compte de toutes ces initiatives pour parvenir à la formulation de son résultat global qui est : « **la Côte d'Ivoire est un pays émergent à l'horizon 2020 avec une base industrielle solide** »

Ce résultat global se décline en cinq (5) axes stratégiques formulés comme suit:

- le renforcement de la qualité des institutions et de la bonne gouvernance ;
- l'accélération du développement du capital humain et du bien-être social ;
- l'accélération de la transformation structurelle de l'économie par l'industrialisation;
- le développement des infrastructures harmonieusement réparties sur le territoire national et la préservation de l'environnement ;
- le renforcement de l'intégration régionale et de la coopération internationale.

Le présent PNDS 2016-2020 est donc arrimé aux orientations stratégiques du PND 2016-2020 en vue du développement du secteur de la santé, formulées dans le résultat stratégique 2 : « l'accélération du développement du capital humain et du bien-être social » qui passe par la réalisation du résultat d'impact 3 : « **l'état de santé des populations est amélioré** » et dans une certaine mesure du résultat d'impact 4 pour les aspects liés à la protection sociale en santé.

Ces orientations visent un accroissement de l'offre et l'utilisation par les populations des services de santé de qualité, une amélioration de l'état nutritionnel de la population en particulier les femmes et les enfants et un accès des populations à la protection sociale en santé.

Le cadre stratégique du PNDS 2016-2020 est donc articulé autour des orientations sectorielles du PND 2016-2020 et des résultats du diagnostic stratégique du système de santé.

5.2 Objectifs de Développement Durable (ODD)

Le nouveau millénaire a été marqué par la mise en place d'un cadre commun de développement mondial pour les quinze dernières années à travers huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le bilan des OMD dressé dans le rapport annuel 2015 du Secrétaire Général de l'ONU indique que des progrès importants ont été enregistrés dans le monde. Cependant les « inégalités persistent encore et les progrès ont été inégaux entre les régions et les pays, donnant lieu à des écarts importants.

De ce fait les dirigeants du monde ont appelé à une mobilisation et une consultation inclusive pour la mise en place d'un programme plus ambitieux et de long-terme pour les quinze prochaines années. Ce programme adopté en septembre 2015 est bâti autour de dix-sept (17) ODD clés pour améliorer la vie des populations et protéger la planète pour les générations futures avec davantage de réduction des inégalités.

Les ODD constituent donc le nouvel agenda de coopération au développement inclusif et universellement applicable à tous sans distinction. Pour ce faire, les pays et les partenaires ont été encouragés à placer la réalisation des ODD au cœur de la formulation, la programmation budgétaire, la mise en œuvre, la coordination et le suivi et l'évaluation de leurs politiques publiques de développement (Cf. annexe).

DRAFT CONSOLIDÉ

6.1 Vision, Objectif Général et Impact Global du PNDS 2016-2020

Vision PNDS 2016-2020

Un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020.

Cette vision est soutenue par les valeurs d'**équité**, de **justice sociale**, d'**éthique**, de **solidarité** nationale, de rigueur et de transparence.

Elle est guidée par les principes (i) de leadership fort, (ii) de meilleure gouvernance du secteur, (iv) de prestations de santé de qualité optimale, intégrées, continues et rationnelles centrées sur la personne, (v) de respect des engagements internationaux, (vi) de participation communautaire et (vii) de décentralisation.

Objectif Général

Améliorer l'état de santé de la population à travers une offre de services de santé de qualité dans toutes les régions pour une prise en charge adéquate et optimale des populations.

Impact Global PNDS 2016-2020

L'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés.

6.2 Les Axes Stratégiques et cadre des résultats du PNDS 2016-2020

Le PNDS 2016-2020 s'articule autour de six axes stratégiques portés par 6 résultats d'effets, 26 résultats d'effets intermédiaires et 83 extraits déclinés en stratégies d'interventions. Les différents axes stratégiques se présentent comme suit :

AXE STRATEGIQUE 1 GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

L'axe gouvernance est porté par l'Effet 1 :

Effet 1: La Gouvernance et le leadership du secteur de la santé sont renforcés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

IL comprend trois effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivants : le pilotage du système, la décentralisation et la déconcentration du système de santé, et le système d'information sanitaire ;

Effet intermédiaire 1.1 : Le pilotage du système de santé est renforcé et effectif pour une meilleure coordination des interventions du secteur de la santé. Quatre (4) extraits concourent à l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire. Ce sont : **(i)** un cadre organisationnel et institutionnel est opérationnel et disponible à tous les niveaux ; **(ii)** 100 % des organes de gestion des établissements sanitaires et des ECD et ECR (intermédiaire, périphérique) sont fonctionnelles ; **(iii)** la coordination et la collaboration des acteurs et des interventions de santé (collectivités, PTF, secteur privé, ONG,

Praticiens) est renforcée à tous les niveaux ; **(iv)** l'implication communautaire dans les activités de santé est renforcée et effective ;

Effet intermédiaire 1.2 : La décentralisation sanitaire et la déconcentration du système de santé sont effectives pour une meilleure disponibilité de l'offre des services de santé de qualité l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extraits suivants : **(i)** la loi n° 2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales au nouveau découpage territorial et aux besoins du système de santé est adaptée et appliquée ; **(ii)** la déconcentration des Directions régionales et districts sanitaires est opérationnalisée ; **(iii)** l'opérationnalisation des districts sanitaires est complète et effective ;

Effet intermédiaire 1.3 : Le système national d'information sanitaire est amélioré et est utilisé pour la prise de décisions à tous les niveaux. La réalisation de ce résultat d'effet intermédiaire se fera par l'atteinte des extraits suivants : **(i)** les outils de gestion de l'information sanitaire sont disponibles et utilisés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; **(ii)** les données sanitaires des EPN hospitaliers, des structures privées lucratives et non lucratives et de l'armée y compris les programmes de santé sont intégrées dans la base de données nationales d'ici 2020 ; **(iii)** les données et informations du système communautaire sont intégrées dans le SNIS d'ici 2020 ; **(iv)** la retro information est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise de décision ; **(v)** les établissements sanitaires disposent de personnel pour la gestion des données.

AXE 2 FINANCEMENT DE LA SANTE

L'axe financement se traduit par l'effet 2

EFFET 2: Le financement interne et externe du système de santé est amélioré

IL comprend trois effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivants : le financement du PNDS, la gestion des ressources financières et l'accessibilité financière des populations aux soins.

Effet intermédiaire 2.1 : Les besoins pour le financement du PNDS 2016-2020 sont mobilisés, disponibles et sont utilisés pour la mise en œuvre des interventions. La réalisation de ce résultat d'effet intermédiaire s'appuie sur les 3 extraits suivants : **(i)** la contribution de l'Etat pour le financement du PNDS 2016-2020 représente 60 % des besoins ; **(ii)** la contribution du secteur privé et des collectivités locales pour le financement du PNDS représente 15 % des besoins ; **(iii)** la contribution des partenaires au développement pour le financement de la santé est mobilisée et disponible ;

Effet intermédiaire 2.2 La gestion des ressources mobilisées et disponibles pour le financement du PNDS 2016-2020 est efficiente à tous les niveaux. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extraits suivants : **(i)** la planification budgétaire est renforcée au niveau central ; **(ii)** la gestion financière et le suivi de l'exécution budgétaire au niveau déconcentré est renforcée ; **(iii)** la traçabilité de l'information financière (rapportage, comptabilité générale, comptabilité matière et comptabilité analytique) est formalisée et assurée à tous les niveaux ; **(iv)** l'allocation des ressources par rapport aux priorités programmatiques et besoins nationaux est effective ;

Effet intermédiaire 2.3 : L'inaccessibilité financière des populations aux soins est réduite est atteint par la mise en œuvre réussie de **(i)** la couverture maladie universelle est mise en place et fonctionnelle.

AXE 3 OFFRE ET UTILISATION DES SERVICE DE SANTE

L'axe sur offre et utilisation des services est traduite par l'effet 3 :

EFFET 3 : L'offre de service de qualité est disponible et l'utilisation est augmentée

Il comprend 5 effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivants : **(i)** les ressources humaines ; **(ii)** les infrastructures et équipements ; **(iii)** les produits pharmaceutiques, produits sanguins et vaccins ; **(iv)** la qualité des prestations ; **(v)** la résilience face aux catastrophes ;

Effet intermédiaire 3.1 : Les structures sanitaires disposent de ressources humaines qualifiées, adéquates et adaptées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise en charge des populations : La réalisation de ce résultat d'effet intermédiaire se fera par l'atteinte des extrants suivants : **(i)** les besoins en RH de qualité du MSHP sont disponibles d'ici 2020 ; **(ii)** les RH santé sont réparties équitablement sur l'ensemble du territoire national ; **(iii)** les RHS spécialisées sont reconnues et prises en compte par l'Etat ; **(iv)** la fidélisation des RHS aux postes d'affectation est renforcée ;

Effet intermédiaire 3.2 : Les structures sanitaires disposent d'équipements adéquats, adaptés et fonctionnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise en charge des populations. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extrants suivants : **(i)** la disponibilité des infrastructures et équipements sanitaires fonctionnels et adaptés est renforcée ; **(ii)** la gestion du patrimoine de la santé et de la maintenance des infrastructures et des équipements est renforcée ; **(iii)** les établissements de santé disposent de moyens logistiques pour la mise en œuvre des interventions ;

Effet intermédiaire 3.3 : Les produits pharmaceutiques, les produits sanguins, les vaccins et autres intrants stratégiques de qualité sont disponibles dans toutes les structures sanitaires. Neuf (9) extrants devront concourir à réaliser l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire. Ce sont : **(i)** les commandes des établissements sanitaires sont satisfaites d'ici 2020 ; **(ii)** les établissements de santé enregistrent 0% de ruptures de stocks en outils de gestion pour la collecte et de rapportage des données pharmaceutiques ; **(iii)** les capacités de stockage des pharmacies des établissements de santé sont renforcées à tous les niveaux de la pyramide ; **(iv)** les capacités de distribution de la NPSP des produits de santé jusqu'au dernier km sont renforcées ; **(v)** le contrôle qualité des médicaments et intrants stratégiques est renforcé et effectif ; **(vi)** la production locale de produits pharmaceutiques est de 15% d'ici l'an 2020 ; **(vii)** les événements indésirables enregistrés sont notifiés ; **(viii)** le cadre institutionnel et juridique du secteur pharmaceutique est adapté au contexte et aux objectifs gouvernementaux pour l'amélioration de la santé de la population ;

Effet intermédiaire 3.4 : La qualité des prestations est renforcée dans toutes les structures sanitaires ; l'atteinte de résultat d'effet intermédiaire se fera à travers la réalisation des extrants suivants : **(i)** l'engorgement des services de santé est réduit en particulier les services d'urgence d'ici 2020 ; **(ii)** les normes, directives et les procédures en matière de qualité des services (accueil, communication, temps d'attente, orientation...) sont appliquées dans 100% des établissements de santé ; **(iii)** l'hygiène hospitalière est renforcée et améliorée dans 100% des établissements sanitaires ;

Effet intermédiaire 3.5 : La résilience du pays face aux catastrophes et urgences sanitaires est renforcée.

AXE 4 : LUTTE CONTRE LA MALADIE

Le quatrième axe sur la lutte contre la maladie, est couvert par l'Effet 4 :

EFFET 4: La morbidité et la mortalité liées aux principales maladies sont réduites d'ici 2020 de 50%

Cet effet comprend huit Effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivant : **(i)** le paludisme ; **(ii)** le VIH/sida ; **(iii)** la malnutrition ; **(iv)** la vaccination ; **(v)** les maladies à potentielles épidémiques ; **(vi)** la tuberculose ; **(vii)** les maladies non transmissibles ; **(viii)** les maladies tropicales négligées ;

Effet intermédiaire 4.1 : La mortalité liée au paludisme est réduite de 50% d'ici 2020. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extrants suivants : **(i)** l'incidence du paludisme est réduite ; **(ii)** l'assainissement et l'hygiène de l'environnement sont renforcés ; **(iii)** les populations utilisent les MILDA ; **(iv)** tous les cas de paludisme sont traités selon les directives nationales ; **(v)** la gestion des médicaments et intrants sont renforcés dans tous les établissements sanitaires ;

Effet intermédiaire 4.2 : La mortalité liée au VIH/sida est réduite de 75% d'ici 2020. L'atteinte de résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extrants suivants : **(i)** les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2020 ; **(ii)** les PVVIH adultes et enfants diagnostiqués sont enrôlés dans les soins et traités ;

Effet intermédiaire 4.3 : La proportion de la population présentant une malnutrition est réduite de 25%. Deux (2) extrants concourent à l'atteinte de cet effet intermédiaire. Ce sont : **(i)** la sous nutrition est réduit de 20% chez les enfants ; **(ii)** la surnutrition est réduite de 30% au niveau de la population générale ;

Effet intermédiaire 4.4 : La couverture vaccinale pour tous les antigènes pour les populations cibles a augmenté ; l'atteinte de cet effet intermédiaire se fera à travers La réalisation des extrants suivants : **(i)** toutes les structures de vaccination enregistrent 0% de rupture de stock en antigène ; **(ii)** la promotion de la vaccination auprès des populations est renforcée ; **(iii)** la contribution de l'Etat pour le financement du PEV a augmenté ; **(iv)** la qualité des données de vaccination (discordance et incohérence des données, sur-rapportage des données) est renforcée ;

Effet intermédiaire 4.5 : La lutte contre les maladies à potentiel épidémique est renforcée. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extrants suivants : **(i)** le dispositif de surveillance et de rapportage des maladies à potentiel épidémique est renforcé ; **(ii)** le dispositif de riposte/réponse face aux maladies à potentiel épidémique et autres urgences sanitaires est renforcé ; **(iii)** la lutte anti vectorielle est renforcée ;

Effet intermédiaire 4.6 : La mortalité liée à la tuberculose est réduite de 20 % d'ici 2020 ; l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se fera par La réalisation des extrants suivants : **(i)** l'incidence de la tuberculose sensible et de la co-infection TB/VIH sont réduites de X % d'ici 2020 ; **(ii)** la prise en charge de la TB sensible et de la co-infection TB/VIH est renforcée ; **(iii)** la prise en charge de la tuberculose multi-résistante et ultrarésistante est renforcée ;

Effet intermédiaire 4.7 : La mortalité liée aux maladies non transmissibles est réduite d'ici 2020. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extrants suivants : **(i)** la lutte contre les maladies non transmissibles est renforcée ; **(ii)** la prise en charge des MNT est renforcée dans les structures sanitaires ;

Effet intermédiaire 4.8 : La mortalité liée aux maladies tropicales négligées est réduite d'ici 2020.

Deux (2) extraits concourent à l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire. Ce sont : (i) l'incidence des maladies transmissibles négligées (FL, onchocercose, schistosomiase, géohelminthe, trachome, lèpre) est réduite ; (ii) la prise en charge des maladies tropicales négligées est renforcée dans les structures de soins.

AXE 5 : LA SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT, DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

L'axe santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes est traduit par l'Effet 5 :

Effet 5 : La santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes est améliorée d'ici 2020 est réduite de 50 %

Cet Effet est composé de 4 effets intermédiaires qui couvrent les domaines d'actions prioritaires .Ce sont : la mortalité maternelle, la santé sexuelle et reproductive des adolescents, jeunes et des femmes, la contraception, la mortalité des nouveaux nés.

Effet intermédiaire 5.1 : La mortalité maternelle est réduite de 30% d'ici 2020 ; il est atteint par la mise en œuvre réussie des extraits suivants : Quatre (4) extraits contribueront à l'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire. Ce sont : (i) le taux de couverture en CPN4 est de X % d'ici 2020 ; (ii) Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est de 80 % d'ici 2020 ; (iii) La notification et la réalisation de revue et riposte des décès maternels est renforcée et effective ; (iv) La prévention et la prise en charge des fistules génitales (vésico-vagino-rectale) chez la femme sont renforcées;

Effet intermédiaire 5.2 : La santé sexuelle et reproductive des adolescents, des jeunes et des femmes est renforcée. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extraits suivants : (i) 50 % des établissements de santé offrent les Services de Santé Sexuelles des jeunes d'ici 2020 ; (ii) Le nombre de grossesses précoces en milieu scolaire est réduit de 50 % d'ici 2020 ; (iii) la proportion de Violences sexuelles contre les adolescents et jeunes est réduite de 50 % d'ici 2020 ; (iv) les nouvelles infections à VIH chez les jeunes sont réduites de 50 % ;

Effet intermédiaire 5.3 : L'utilisation des méthodes modernes de contraception est améliorée d'ici 2020. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extraits suivants : (i) les services de planification familiale enregistrent 0% de rupture de stocks en produit contraceptif ; (ii) l'environnement socio-culturel pour la pratique de la planification familiale est amélioré ; (iii) les populations en besoins ont recours aux services de planning familial;

Effet intermédiaire 5.4 : La mortalité du nouveau-né et de l'enfant sont réduites. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire passe par la réalisation des extraits suivants : (i) la PEC du nouveau-né est renforcée et amélioré dans les établissements sanitaires ; (ii) la PEC de l'enfant de 0-5 ans est renforcé et améliorée d'ici 2020.

AXE 6 : PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE DE L'HYGIENE PUBLIQUE

Cet axe est porté par l'Effet 6 :

Effet 6 : La prévention et la promotion de la santé sont renforcées

Il est composé de 4 résultats d'Effet intermédiaire qui couvrent les domaines d'actions prioritaires suivant : l'hygiène publique, l'hygiène hospitalière, la santé environnementale, la promotion de la santé ;

Effet intermédiaire 6.1 : L'hygiène publique est renforcée et appliquée à tous les niveaux. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se fera à travers la réalisation des extrants suivants : **(i)** Le cadre institutionnel, législatif et réglementaire sont renforcés ; **(ii)** l'offre des services d'hygiène au niveau communautaire est renforcée, améliorée et disponible ;

Effet intermédiaire 6.2 : L'hygiène hospitalière est renforcée dans tous les établissements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire passera par la réalisation des extrants suivants : **(i)** les mesures de prévention contre les infections nosocomiales sont renforcées au sein des établissements de santé ; **(ii)** tous les établissements sanitaires disposent de dispositifs pour la gestion des déchets solides et liquides ;

Effet intermédiaire 6.3 : La santé environnementale est renforcée et améliorée. L'atteinte de ce résultat d'effet intermédiaire se traduira par la réalisation des extrants suivants : **(i)** les maladies liées aux facteurs environnementaux sont réduites ; **(ii)** le nombre de cas de traumatismes et de décès liés aux accidents de la voie publique est réduit ; **(iii)** l'exposition des populations aux nuisances sonores est réduite ;

Effet intermédiaire 6.4 : La promotion de la santé est renforcée dans tous les secteurs Produit Deux (2) extrants contribueront à l'atteinte de cet effet intermédiaire. Ce sont : **(i)** l'utilisation des services de santé est accrue ; **(ii)** l'adoption de comportements et modes de vie favorables à la santé est renforcé.

7.1 Cadre institutionnel

La fonction première du cadre institutionnel envisagé est de permettre une construction progressive mais efficace de l'approche sectorielle qui permettra à termes de : **(i)** renforcer davantage le leadership du gouvernement dans la conduite d'un programme unique autour duquel adhère l'ensemble des partenaires, **(ii)** renforcer le partenariat et une mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PNDS, **(iii)** renforcer la coordination technique au sein du Ministère de la santé.

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du présent PNDS 2016-2020. Ce PNDS servira d'unique boussole pour toutes les interventions dans le secteur de la santé sur la période, quel que soit le lieu de l'intervention et la source de financement. Il sera adopté en conseil de ministre et sa mise en œuvre sera coordonnée par le Ministère en charge de la santé.

Les organes de coordination sont :

- ***Le Comité interministériel de pilotage***

Le comité interministériel de pilotage est chargé d'orienter et de suivre la mise en œuvre des interventions. A ce titre, il doit : i) valider les objectifs annuels et triennaux du PNDS, ii) servir de cadre permanent de concertation sur la mise en œuvre du PNDS, iii) veiller à l'implication effective de tous les acteurs concernés dans la mise en œuvre du PNDS, iv) apprécier le degré d'atteinte des résultats du PNDS.

Il est placé sous l'autorité directe du Premier ministre, chef de gouvernement. Le comité interministériel de pilotage sera composé des ministères en charge de la Santé, du plan et du développement, de l'économie et des finances, de l'environnement et de l'assainissement, de l'agriculture, de la promotion de la femme, de la famille et de la protection de l'enfant, de l'éducation nationale, des affaires sociales etc. Il se réunira deux fois l'an pour faire le point de la mise en œuvre et donner des orientations. Un décret précisera sa composition, son organisation et son fonctionnement.

- ***Le comité national de suivi de la mise en œuvre du PNDS***

Le ministère de la santé mettra en place un comité de suivi chargé du suivi de la mise en œuvre du PNDS. Présidé par le Ministre de la santé et de l'hygiène publique, le comité de suivi qui implique l'ensemble des acteurs et partenaires techniques et financiers du Ministère en charge de la santé se réunit deux fois par an afin de : **(i)** veiller à la mise en œuvre du PNDS ; **(ii)** assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans et programmes ; **(iii)** donner des avis techniques sur la mise en œuvre des plans annuels ; **(iv)** organiser les revues annuelles du Ministère de la santé ; **(v)** valider les rapports de progrès du PNDS et d'adopter les différents plans (triennaux, annuels).

Le secrétariat de ce comité sera assuré par la DGS assistée de la Direction en charge de la planification. Ce comité se réunira chaque trimestre.

Un arrêté ministériel fixera la composition, l'organisation et le fonctionnement dudit comité.

- ***La Direction chargée de la planification stratégique***

Cette direction jouera le rôle de Secrétariat permanent. Il s'agit d'une structure permanente qui assure le suivi quotidien de la mise en œuvre du PNDS. Tout en assistant la DGS dans la préparation des réunions du comité de suivi, la Direction en charge de la planification stratégique, assiste les Directions

régionales de la santé dans l'élaboration des plans régionaux, du suivi de la mise en œuvre des plans et l'organisation des bilans annuels des régions.

A ce titre, elle coordonnera la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 et du Compact national.

- **Les Comités régionaux de suivi de la mise en œuvre**

La mise en œuvre du PNDS fera l'objet d'un suivi par un comité régional de suivi (CRS/PNDS) placé sous la présidence du préfet de région. Ce comité régional impliquera les collectivités territoriales et les districts sanitaires de la région ainsi que les différents acteurs de la santé. Son secrétariat sera assuré par le Directeur régional de la santé assisté des Directeurs départementaux de la santé. Ce comité se réunira deux fois l'an dans chaque région administrative.

Il sera créé dans chaque région administrative un comité de suivi par arrêté préfectoral.

7.2 Système de Planification

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, il apparaît nécessaire de développer un dispositif de planification en vue d'amener tous les acteurs publics ou privés, partenaires techniques et financiers, société civile à aligner leurs interventions sur ledit plan.

L'objectif du dispositif est de mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de planification. A cet effet, un guide de planification sera élaboré et diffusé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Ce guide proposera une approche participative de la planification opérationnelle de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020. Cet outil au service des acteurs du système de santé, doit aider à planifier les interventions au niveau régional à la lumière des orientations de mise en œuvre du niveau central. Cette planification s'appuie sur les déficits de la réponse régionale, des ressources existantes et des priorités locales. A l'issue de ce processus, la planification opérationnelle devrait être inscrite et collectivement reconnue comme une priorité au niveau régional.

- **Les Plans Opérationnels Nationaux**

La mise en œuvre du PNDS 2016-2020 se fera à travers des plans opérationnels. Dès l'adoption du PNDS, un premier Plan Opérationnel National (PON) sera élaboré pour couvrir la période 2016-2018. Le PON est la déclinaison du PNDS. Il identifie tous les lots d'activités à mener sur la période pour chaque stratégie. Les activités identifiées sont programmées et budgétisées. Les responsabilités de chaque acteur dans la mise en œuvre seront situées.

Chaque année, ce plan sera évalué puis actualisé pour combler les gaps de l'année qui s'achève et prendre en compte les besoins de l'année suivante. Ainsi, le Plan Opérationnel restera triennal et glissant. On aura alors, trois plans opérationnels pour le PNDS (PON 2016-2018 ; PON 2017-2019 ; PON 2018-2020). Ces plans serviront de base pour le développement des PPDAP du ministère de la santé.

- **Les Plans Opérationnels Régionaux**

La déclinaison du plan Opérationnel National au niveau de chaque région conduira à des plans Régionaux de développement Sanitaire (PRDS). Ils devront être élaborés en collaboration avec les collectivités territoriales et directions régionales de planification. Ces PRDS s'appuieront sur le PON en cours.

L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des Plans Opérationnels Régionaux seront pilotés par les équipes régionales de la santé.

Le comité de suivi au niveau régional veillera à ce que toutes les parties prenantes (organisations et associations de la société civile, acteurs du secteur privé de la santé, partenaire technique et financier etc.) soient impliquées dans le processus de planification locale en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé.

7.2.1 Les Plans Opérationnels Nationaux

La mise en œuvre du PNDS 2016-2020 se fera à travers des plans opérationnels. Dès l'adoption du PNDS, un premier Plan Opérationnel National (PON) sera élaboré pour couvrir la période 2016-2018.

Le PON est la déclinaison du PNDS. Il identifie toutes les activités à mener sur la période pour chaque stratégie. Les activités identifiées seront programmées et budgétisées. Les responsabilités de chaque acteur dans la mise en œuvre seront situées.

Chaque année, ce plan sera évalué puis actualisé pour combler les gaps de l'année qui s'achève et prendra en compte les besoins de l'année suivante. Ainsi, le Plan Opérationnel restera triennal et glissant. On aura alors, trois plans opérationnels pour le PNDS (PON 2016-2018 ; PON 2017-2019 ; PON 2018-2020). Ces plans serviront de base pour le développement des PPDAP du ministère de la santé.

7.2.2 Les Plans Opérationnels Régionaux

La déclinaison du plan Opérationnel National au niveau de chaque région conduira à des plans Régionaux de développement Sanitaire (PRDS). Ils devront être élaborés en collaboration avec les collectivités territoriales et directions régionales de planification. Ces PRDS s'appuieront sur le PON en cours.

L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des Plans Opérationnels Régionaux seront pilotés par les équipes régionales de la santé.

Le comité de suivi au niveau régional veillera à ce que toutes les parties prenantes (organisations et associations de la société civile, acteurs du secteur privé de la santé, partenaire technique et financier etc.) soient impliquées dans le processus de planification locale en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé.

7.3 Suivi et Evaluation

Pour assurer un bon suivi dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020, il sera élaboré un plan spécifique de suivi et d'évaluation. Ce plan précisera : **(i)** le type d'information et les indicateurs de performance conformément aux objectifs préalablement retenus dans ledit plan, **(ii)** les outils de collecte de données adaptés aux résultats attendus de la mise en œuvre de ce plan, **(iii)** le processus de collecte, d'analyse des données collectées périodiquement pour la mise en œuvre du PNDS 2016-2020, **(iv)** les études et enquêtes à conduire sur la période, **(v)** le cadre de communication et d'information pour une meilleure utilisation des résultats réalisés lors de la mise en œuvre périodique du plan.

Sous la responsabilité du comité de suivi, des revues annuelles et une revue à mi-parcours du plan seront réalisées. Elles permettront d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs du PNDS 2016-2020. En outre, une revue finale permettra de mesurer le niveau global d'atteinte des résultats initialement fixés.

7.4 Mécanismes de mobilisation et de gestion des ressources financières

7.4.1 Mobilisation des ressources financières

La première source de financement du PNDS 2016-2020 proviendra du budget de l'Etat. Durant la période de mise en œuvre, l'Etat devra accroître son financement pour tendre vers les 15 % de la part de son budget d'ici à 2020.

L'Etat développera des mécanismes innovants pour mobiliser des ressources additionnelles à l'échelle nationale pour le secteur de la santé. Des efforts seront faits afin de continuer à mobiliser d'autres ressources auprès des partenaires au développement et du secteur privé.

7.4.2 Modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La gestion des ressources financières du PNDS 2016-2020 se fera sur les principes pronés par le Partenariat International pour la Santé et initiatives connexes (IHP+) à savoir : **(i)** l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, **(ii)** l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, **(iii)** la gestion axée sur les résultats, **(iv)** la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du Gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

Les outils de gestion financière et de suivi de l'exécution budgétaire seront revus et adaptés à cet effet.

7.4.3 Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières

Des audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques seront élaborés afin de renforcer l'obligation de rendre compte. De même, des contrôles par les corps de contrôle de l'Etat seront maintenus et renforcés.

Les procédures de gestion administrative, financière et comptable d'une part, les mécanismes de contrôle et d'audit d'autre part, devront être améliorés, disséminés et appliqués à tous les niveaux du système de santé. Ceci se fera par le renforcement des actions de l'Inspection Générale de la Santé en rapport avec l'Inspection Générale des Finances et l'Inspection d'Etat. Ces mécanismes seront définis à partir des différents organes et systèmes de contrôle mis en place.

Le contrôle de la conformité des activités sera assuré principalement par l'Inspection Générale de la Santé qui est chargée de procéder à tout contrôle administratif financier et sanitaire des établissements et services relevant du Ministère, à l'audit interne des EPN et des établissements sanitaires en cas de besoins et de veiller à la diffusion ainsi qu'à l'application de la législation, de la réglementation et des directives, de façon générale des normes en vigueur.

8.1 Besoins en ressources financières

8.1.1 Mécanisme de financement du PNDS

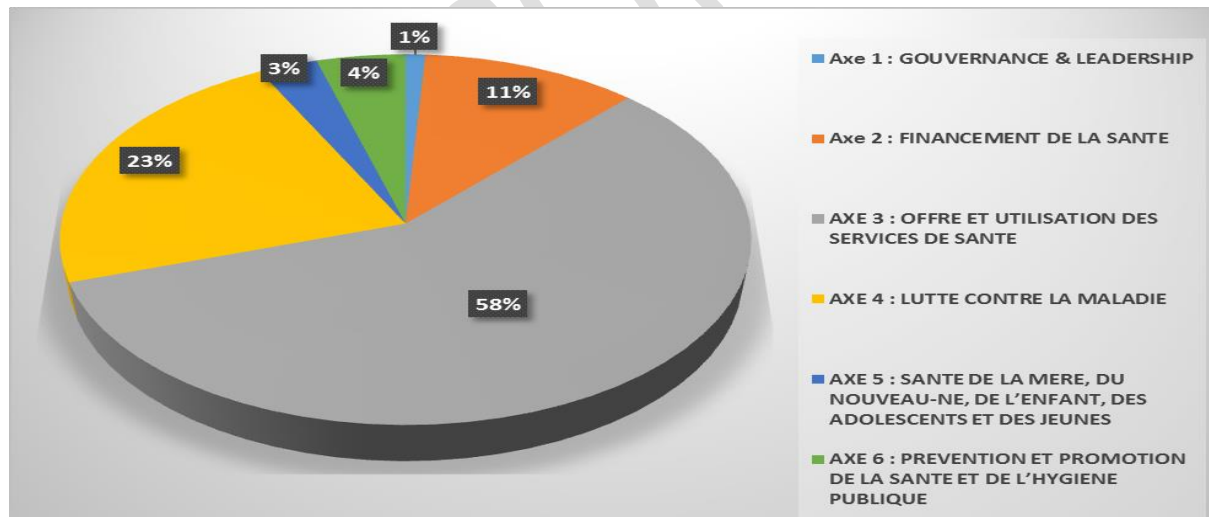
Le financement des interventions retenues dans le PNDS sera mobilisé de façon concertée auprès de l'Etat, des partenaires au développement et du secteur privé. Un plan de mobilisation de ressources sera élaboré et un dialogue politique avec l'ensemble des acteurs pour la mobilisation des ressources sera entrepris. Ce dialogue sera appuyé par la tenue d'une table ronde des bailleurs potentiels pour le financement dudit plan.

L'actualisation du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) pour les interventions retenues, permettra une mobilisation plus accrue de ressources financières auprès des partenaires nationaux et extérieurs. La réussite de la mise en œuvre de ce plan dépendra d'un certain nombre de facteurs clés que sont : **(i)** un engagement politique au plus haut niveau de l'Etat durant le processus de mise en œuvre, **(ii)** une coordination efficace des partenaires et **(iii)** un dispositif de suivi et d'évaluation opérationnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

8.1.2 Budget par axe stratégique

La cartographie budgétaire réalisée avec l'outil Onehealth a permis d'obtenir le budget du PNDS suivant les axes stratégiques. La figure ci-après récapitule le budget reparti par axe stratégique du PNDS.

Graphique 1: Répartition du budget par axe stratégique



Source : Extrait de l'outil One Health_Budgétisation PNDS RCI 2016-2020

La répartition des besoins financiers du PNDS suivant les axes stratégiques montre que l'axe stratégique n°3 relative à l' « **Offre et utilisation des services de santé** », consomme plus de la moitié des ressources planifiées soit **58 %**. Cela se justifie par le fait de l'importance des stratégies d'intervention retenues dans le PNDS.

L'axe stratégique n°4 « **lutte contre la maladie** » vient en deuxième position en termes de volume de ressources planifiées avec **23 %** et cela s'explique aussi par le fait de l'importance des stratégies d'intervention qui y sont contenues.

L'axe stratégique n°2, concernant le « *financement de la santé* » consomme quant à lui **11 %** des coûts du PNDS. Le poids financier de cet axe se justifie par le fait des engagements pris par le pays dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des groupes vulnérables.

Les trois autres axes du PNDS consomment ensemble **8 %** des ressources planifiées qui se répartit comme suit :

- AXE 6 : Prévention et Promotion de la Santé et de l'hygiène publique (**4 %**) ;
- AXE 5 : Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes (**3 %**) ;
- AXE 1 : Gouvernance et leadership (**1 %**).

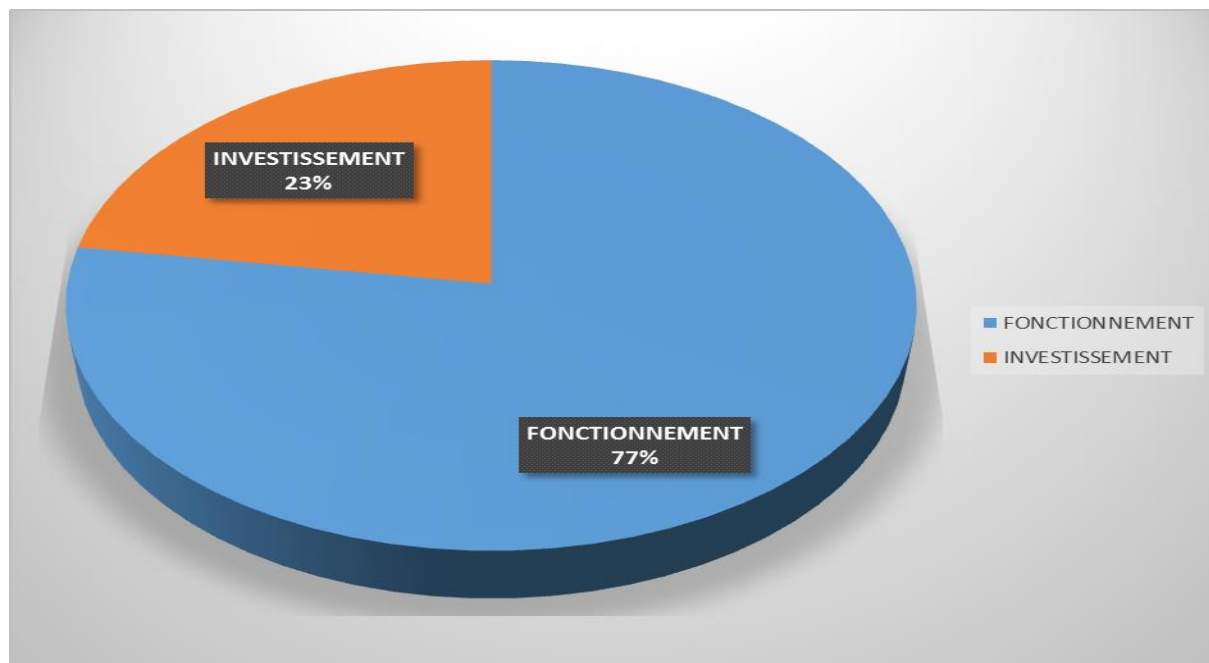
Tableau 3: Coût estimatif du PNDS 2016 - 2020 par axe stratégique (en millier de FCFA)

AXE D'INTERVENTION	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Axe 1 : Gouvernance & leadership	2 643 868	2 127 143	2 453 393	2 150 718	2 540 118	11 915 242
Axe 2 : Financement de la santé	40 618 340	45 154 706	50 936 790	58 481 388	68 699 814	263 891 038
Axe 3 : Offre et utilisation des services de sante	210 809 074	313 780 823	319 142 336	285 195 911	252 542 585	1 381 470 728
Axe 4 : Lutte contre la maladie	81 901 211	98 238 623	111 864 281	118 226 509	127 183 411	537 414 034
Axe 5 : Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes	10 124 370	15 094 437	18 698 432	21 479 650	23 759 868	89 156 756
Axe 6 : Prévention et promotion de la santé et de l'hygiène publique	22 684 862	22 810 792	21 517 064	20 654 376	20 164 015	107 831 109
TOTAL	368 781 726	497 206 524	524 612 296	506 188 552	494 889 810	4 391 678 907

8.1.3 Budget par catégorie de dépenses

Le budget par catégorie des dépenses est reparti comme suit :

Graphique 2: Répartition du Budget par catégorie de dépenses



Source : Extrait de l'outil One Health_Budgétisation PNDS RCI 2016-2020

Le graphique ci-dessus montre que dans les coûts estimatifs du PNDS 2016-2020, les coûts récurrents occupent **77,4 %** du budget total, tandis que les coûts en capital font **22,6 %**.

Il faut par ailleurs signaler dans le budget du fonctionnement, les médicaments et fournitures occupent **37 %**, les salaires et autres avantages du personnel représentent **33 %**, et les coûts administratifs de fonctionnement font **6,6 %**.

Pour ce qui est des investissements, les constructions occupent **20,4 %** tandis que les équipements et autres matériels consomment **2,2 %**.

Le tableau ci-après donne le détail annuel des coûts de fonctionnement et d'investissement.

Tableau 4. Budget par catégorie des dépenses budgétaires

	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%
FONCTIONNEMENT	289 219 400	334 912 902	374 710 695	406 646 260	446 240 518	1 851 729 775	77,4%
Personnel	127 475 079	144 147 625	161 436 082	179 226 676	197 664 319	809 949 780	33,9%
Médicaments, vaccins et consommables	131 594 497	157 623 658	179 746 172	196 160 734	217 805 145	882 930 206	36,9%
Gestion administrative	30 149 824	33 141 620	33 528 441	31 258 850	30 771 055	158 849 789	6,6%
INVESTISSEMENT	79 562 326	162 293 621	149 901 601	99 542 292	48 649 292	539 949 132	22,6%
Construction/Réhabilitation	79 304 845	138 002 095	141 037 309	90 321 000	39 167 500	487 832 749	20,4%
Matériel Equipements	257 481	24 291 526	8 864 292	9 221 292	9 481 792	52 116 383	2,2%
TOTAL	368 781 726	497 206 524	524 612 296	506 188 552	494 889 810	2 391 678 907	100,0%

8.1.4 Tendances et besoins financiers globaux du PNDS

Le coût total du PNDS (2016-2020) est estimé à **2 391 , 6 milliards FCFA**. Cette budgétisation a tenu compte des réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de réalisation de nouvelles infrastructures sanitaires, de réhabilitation et de normalisation des infrastructures existantes et les recrutements de personnel nouveau pour le renforcement des plateaux techniques des hôpitaux.

Ainsi, trois scénarii de financement ont été élaborés sur la base de l'amélioration de la croissance économique du pays.

8.1.5 Scénarii de financement du PNDS

Afin de consolider les acquis et d'évaluer les capacités du pays à financer le PNDS 2016-2020, l'élaboration de trois scénarii de l'espace budgétaire a été nécessaire.

Les scénarii ont été élaborés sur la base des engagements nationaux notamment la réduction des paiements directs des ménages avec la mise en place de la couverture maladie universelle, et l'instauration de la gratuité de certaines interventions. Aussi, «toutes choses égales par ailleurs », ces scénarii ont été bâtis sur la base d'évolution des principaux paramètres macroéconomiques, notamment la croissance économique, les recettes publiques, l'appui budgétaire, la proportion des ressources publiques allouées à la santé et les dépenses privées de santé.

Le premier scénario dit bas ou scénario pessimiste s'appuie sur les hypothèses de base du cadrage macroéconomique du PND 2016-2020, ce qui correspond à un ralentissement de la croissance du PIB qui devrait atteindre 6,6 % en 2016 puis ralentir à 5 % en moyenne sur la période 2017-2020.

Dans ce scénario, nous supposons que les recettes publiques générales de l'Etat connaîtront une légère baisse de 5 % par rapport au niveau de mobilisation actuellement prévu. Pendant ce temps, les dépenses des ménages pour leur santé baisseront légèrement du niveau de 2014 qui est de 60,3 % (selon les comptes de la santé réalisés en 2014), pour atteindre 50 % qui est un niveau situé au-dessus de la norme éditée par la commission macroéconomique de l'OMS des dépenses dites catastrophiques des ménages. Selon cette commission, les dépenses de santé sont considérées catastrophiques quand elles atteignent ou dépassent 40 % du revenu indispensable à la subsistance des ménages. Toutes choses égales par ailleurs, l'Etat procédera à une allocation constante de 7,32 % de ses ressources au financement de la santé. Cette valeur représente le niveau de financement alloué à la santé en 2016.

Dans ce premier scénario, les gaps de financement de la mise en œuvre du PNDS se situent exclusivement de 2017 à 2019, avec une tendance à la baisse d'année en année sur la période.

Le deuxième scénario dit moyen ou scénario tendanciel quant à lui s'appuie sur le maintien de la dynamique de l'économie qui soutient qu'après des années de très forte croissance, la progression du PIB devrait connaître un ralentissement marqué. Le taux de croissance serait de 8,2 % en 2016 et 6,9 % en moyenne entre 2017 et 2020. Une des hypothèses est que l'Etat consacre son financement en faveur du secteur de la santé de 7,32 % en 2016 et progressivement jusqu'à atteindre 11,14 % en 2020, soit une augmentation annuelle de 1,32 point de % correspondant à la variation entre la proportion allouée à la santé entre 2015 et 2016. Dans ce scénario modéré, les dépenses des ménages connaîtront une forte baisse, du niveau initial de 60,3 % à 40 % en 2020. Au même moment, les partenaires maintiennent leur niveau de financement constant. Dans ce scénario, le financement du PNDS sera possible grâce aux efforts du gouvernement et de ses partenaires techniques et financiers, ce qui soulagerait les ménages.

Le troisième scénario haut qui se veut beaucoup plus **optimiste** que les deux précédents prévoit une croissance économique plus forte. Le taux de croissance du PIB passerait de 10,1 % en 2016, à 9,1% en 2017 puis à 8,6 % en 2018 et à 8,2 % en 2019 et 8,0 % en 2020.

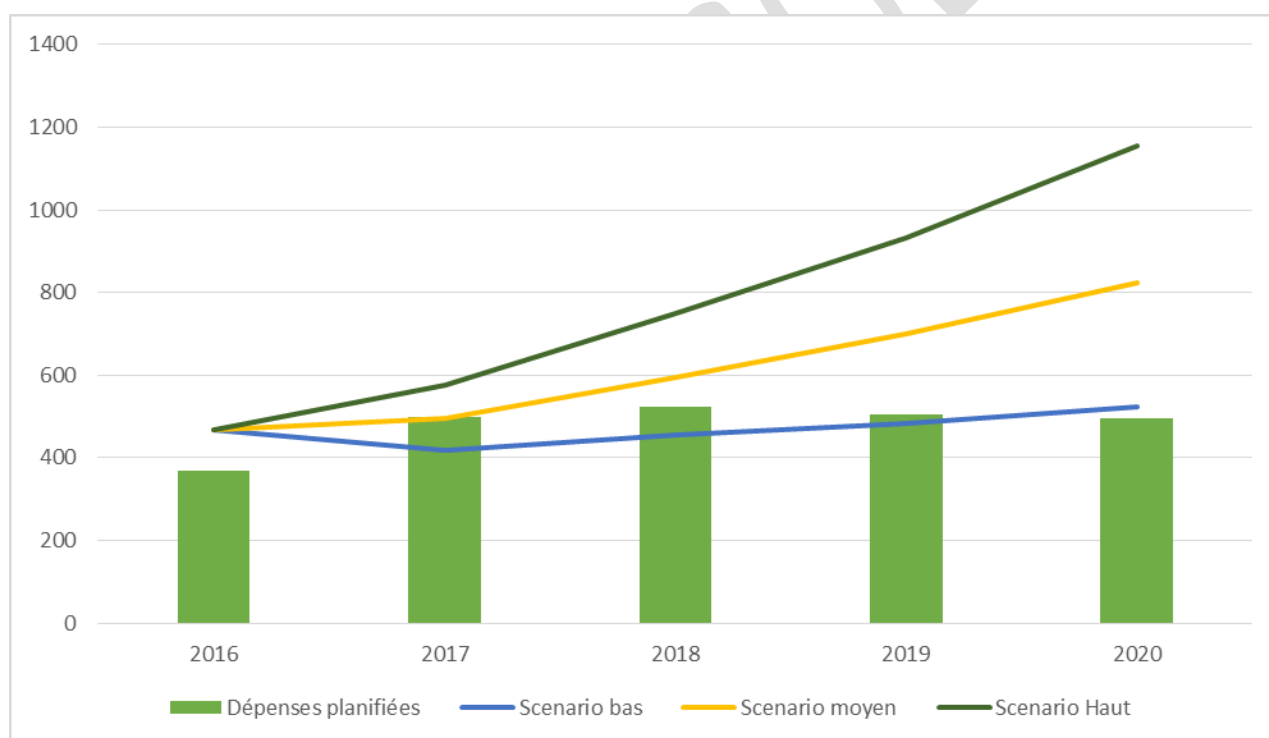
Dans ce scénario, il est prévu une hausse conséquente des ressources de l'Etat allouées à la santé de manière progressive afin d'atteindre d'ici à 2020, les engagements d'Abuja qui consiste pour les pays à consacrer 15% de leurs ressources au secteur de la santé.

Dans le cadre de la mise en place de la couverture santé universelle, les contributions des ménages devront connaître alors une forte baisse pour se situer à 30 % en 2020, qui est un niveau en dessous de celui recommandé pour ne pas exposer les ménages aux dépenses catastrophiques (40 %).

Dans cette situation, le budget de l'Etat à lui seul permettra de couvrir la totalité de la mise en œuvre du PNDS durant toute la période.

Il apparaît dans les graphiques ci-dessous, il n'y a pas de gaps de financement pour les scénarii moyen et haut. Les différents scénarii sont présentés dans le graphique ci-dessous.

Graphique 3: Coût total du PNDS versus ressources mobilisables par scénario



Source : Extrait de l'outil One Health_Budgétisation PNDS RCI 2016-2020

8.2 Besoins en Ressources Humaines

Le développement des RHS est le fruit d'un investissement à long terme et contribuera à la performance du système de santé. Les besoins en RHS sur la période de mise en œuvre du PNDS 2016-2020 sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : Détails des prévisions de recrutement en ressources humaines selon l'année et l'emploi

TYPES DE PERSONNEL	EMPLOI	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Personnel administratif et social	Administrateur	5	5	5	5	3	3	3	3	32
	Attaché des Finances	10	10	10	10	5	5	5	5	60
	Attaché administratif	5	5	5	5	3	3	3	3	32
	Secrétaire administratif	10	10	10	10	5	5	5	5	60
	Comptable	15	15	15	15	10	10	10	10	100
	Adjoint administratif	20	20	20	20	10	10	10	10	120
	Agent de bureau	10	10	10	10	5	5	5	5	60
	Archiviste	10	10	10	10	5	5	5	5	60
	Ingénieur informaticien	2	2	2	2	2	2	2	2	16
	Ingénieur des techniques informatiques	3	3	3	3	3	3	3	3	24
	Technicien supérieur en informatique option Gestion	7	7	7	7	7	7	7	7	56
	Technicien supérieur en informatique option Maintenance	3	3	3	3	3	3	3	3	24
	Ingénieur des techniques statistiques	3	3	3	3	3	3	3	3	24
	Adjoint des techniques statistiques	4	4	4	4	4	4	4	4	32
	Agent des techniques statistiques	3	3	3	3	3	3	3	3	24
	Secrétaire de Direction	20	20	20	20	10	10	10	10	120
	Assistant social	15	15	15	15	10	10	10	10	100
	Assistant social adjoint	25	25	25	25	15	15	15	15	160
Sous total personnel administratif	170	170	170	170	106	106	106	106	1 104	
Personnel de soin**	Médecin	300	300	300	300	300	300	300	300	2400
	Médecin interne	30	30	30	30	30	30	30	30	240
	Pharmacien	70	70	70	70	50	50	50	50	480
	Pharmacien interne	15	15	15	15	10	10	10	10	100
	Chirurgien dentiste	30	30	30	30	30	30	30	30	240
	Sous total Personnel Médical	445	445	445	445	420	420	420	420	3 460
	Infirmier diplômé d'Etat	1 100	1 100	1 100	1 100	1 200	1 200	1 200	1 200	9 200

	Sage femme diplômée d'Etat	760	760	760	760	810	810	810	810	6 280
	Aide-soignant	300	300	300	300	300	300	300	300	2 400
	Sous total Personnel Paramédical	2 160	2 160	2 160	2 160	2 310	2 310	2 310	2 310	17 880
Personnel Médico-technique**	Technicien supérieur de santé option imagerie médicale	40	40	40	40	30	30	30	30	280
	Technicien supérieur de santé option : Laboratoire	91	91	91	91	70	70	70	70	644
	Technicien supérieur de santé option : PGP	86	86	86	86	40	40	40	40	504
	Technicien Supérieur de Santé option : Prothésiste dentaire	5	5	5	5	5	5	5	5	40
	Technicien Supérieur de Santé option : Assainissement	20	20	20	20	20	20	20	20	160
	Technicien Supérieur de Santé option : Kinésithérapeute	30	30	30	30	10	10	10	10	160
	Sous total TSS	272	272	272	272	175	175	175	175	1 788
Personnel d'appui	Agent d'hygiène**	300	300	300	300	300	300	300	300	2 400
	Chauffeur	30	30	30	30	20	20	20	20	200
	Sous total Personnel d'appui	330	330	330	330	320	320	320	320	2 600
TOTAL (dont agents de santé)		3 377	3 377	3 377	3 377	3 331	3 331	3 331	3 331	26 832
		3 177	3 177	3 177	3 177	3 205	3 205	3 205	3 205	25 528

Source : Données DRH/MSHP

** Les agents de santé sont composés du personnel de soin, du personnel médico-technique et des agents d'hygiène.

Les risques majeurs pouvant entraver la mise en oeuvre du PNDS concernent : (i) une dégradation de la situation sociopolitique avec perturbation de l'activité des services centraux, notamment en matière de suivi des réformes, (ii) l'arrêt de la coopération avec les partenaires au développement ayant pour conséquence une faible mobilisation des ressources, (iii) une baisse du prix des matières premières (binôme café-cacao) sur le marché international.

DRAFT CONSOLIDÉ

DRAFT CONSOLIDÉ

CONCLUSION

Le présent Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 traduit la volonté du pays de garantir à tous les citoyens et particulièrement les personnes les plus vulnérables, un état de santé leur permettant de contribuer de manière plus efficace à l'œuvre collective de relance du processus de développement de la Nation.

Ce nouveau plan est axé sur les stratégies retenues dans le PND 2016-2020 et les engagements internationaux.

Les principales interventions retenues dans le PNDS sont orientées vers le renforcement du système de santé, la lutte contre la maladie, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la promotion de la participation communautaire et la médecine de proximité.

Ce plan constitue pour les cinq années à venir, la boussole, qui va désormais orienter tous les acteurs du secteur sanitaire national, pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la Côte d'Ivoire.

D'un coût global estimé à **2 391 678 907 329 FCFA**, dont 23 % **en dépenses d'investissement** et 77% **en dépenses de fonctionnement**, l'exécution de ce PNDS permettra non seulement de recréer les conditions d'un développement harmonieux et cohérent du secteur sanitaire, mais aussi de satisfaire les besoins essentiels de la population en matière de santé.

La mise en œuvre de ce plan nécessite d'une part son appropriation par tous les acteurs des secteurs public et privé, de la société civile et les partenaires au développement.

ANNEXES

DRAFT CONSOLIDATED

Annexe 1 : Budget du PNDS 2016-2020 par axes stratégiques et par effet

AXES D'INTERVENTION/ EFFETS	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
AXE 1 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP	2 643 868 392	2 127 143 401	2 453 393 401	2 150 718 401	2 540 118 401	11 915 241 996
1.1. Le pilotage du système de santé est renforcé et effectif pour une meilleure coordination des interventions du secteur de la santé	413 261 196	312 636 205	312 636 205	312 636 205	331 636 205	1 682 806 017
1.2. La décentralisation sanitaire et la déconcentration du système de santé sont effectives pour une meilleure disponibilité de l'offre des services de santé de qualité.	277 499 995	277 499 995	277 499 995	277 499 995	277 499 995	1 387 499 976
1.3. Le système national d'information sanitaire est amélioré et est utilisé pour la prise de décisions à tous les niveaux	1 953 107 201	1 537 007 201	1 863 257 201	1 560 582 201	1 930 982 201	8 844 936 003
AXE 2 : FINANCEMENT DE LA SANTE	40 618 340 386	45 154 705 905	50 936 789 990	58 481 387 900	68 699 813 546	263 891 037 727
2.1. Les besoins pour le financement du PNDS 2016 -2020 sont mobilisés, disponibles et utilisés pour la mise en œuvre des interventions	-	-	-	-	-	-
2.2. La gestion des ressources mobilisées et disponibles pour le financement du PNDS 2016-2020 est efficiente à tous les niveaux	8 624 603 765	8 624 603 765	8 624 603 765	8 624 603 765	8 624 603 765	43 123 018 825
2.3. L'inaccessibilité financière des populations aux soins est réduite	31 993 736 621	36 530 102 140	42 312 186 225	49 856 784 135	60 075 209 781	220 768 018 902
AXE 3 : OFFRE ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTE	210 809 073 794	313 780 823 063	319 142 335 902	285 195 910 761	252 542 584 631	1 381 470 728 150
3.1. Les structures sanitaires disposent de ressources humaines qualifiées, adéquates et adaptées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise en charge des populations	127 570 817 143	144 243 362 529	161 531 819 699	179 322 413 530	197 760 056 681	810 428 469 581
3.2. Les structures sanitaires disposent d'équipements adéquats, adaptés et fonctionnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour une meilleure prise en charge des populations	81 240 045 000	165 367 132 885	142 344 036 714	103 498 636 732	52 284 136 746	544 733 988 076

AXES D'INTERVENTION/ EFFETS	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
3.3. Les produits pharmaceutiques, les produits sanguins, les vaccins et autres intrants stratégiques de qualité sont disponibles dans toutes les structures sanitaires	1 998 211 651	4 170 327 650	15 266 479 489	2 374 860 500	2 498 391 203	26 308 270 493
3.4. La qualité des prestations est renforcée dans toutes les structures sanitaires	-	-	-	-	-	-
3.5. La résilience du pays face aux catastrophes et urgences sanitaires est renforcée	-	-	-	-	-	-
AXE 4 : LUTTE CONTRE LA MALADIE	81 901 211 038	98 238 622 778	111 864 280 593	118 226 508 862	127 183 411 015	537 414 034 286
4.1. La mortalité liée au paludisme est réduite de 50% d'ici 2020	8 642 347 586	9 153 155 883	15 120 341 642	15 334 500 993	17 979 703 422	66 230 049 525
4.2. La mortalité liée au VIH/sida est réduite de 75% d'ici 2020	41 342 362 146	50 472 353 965	54 853 316 632	59 245 233 643	63 680 159 411	269 593 425 796
4.3. La proportion de la population présentant une malnutrition est réduite de 25%	6 067 261 959	10 497 395 387	13 405 775 313	14 417 258 435	15 197 282 900	59 584 973 993
4.4. La couverture vaccinale pour tous les antigènes pour les populations cibles a augmenté	9 653 021 484	11 511 714 025	12 263 122 293	12 394 899 781	13 607 084 033	59 429 841 616
4.5. La lutte contre les maladies à potentiel épidémique est renforcée	1 725 000 000	2 742 500 000	1 895 000 000	1 895 000 000	1 895 000 000	10 152 500 000
4.6. La mortalité liée à la tuberculose est réduite de x% d'ici 2020	12 805 027 426	12 379 466 145	12 585 772 129	13 288 742 630	12 976 888 276	64 035 896 606
4.7. La mortalité liée aux maladies non transmissibles est réduite d'ici 2020	100 389 405	331 206 740	569 406 951	815 621 647	1 070 541 239	2 887 165 983
4.8. La mortalité liée aux maladies tropicales négligées est réduite d'ici 2020	1 565 801 033	1 150 830 633	1 171 545 633	835 251 733	776 751 733	5 500 180 765
AXE 5 : SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT, DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES	10 124 369 692	15 094 436 718	18 698 431 962	21 479 649 960	23 759 867 679	89 156 756 013
5.1. La mortalité maternelle est réduite d'ici 2020	941 415 845	1 127 706 199	1 360 536 301	1 540 834 787	1 727 024 622	6 697 517 754
5.2. La santé sexuelle et reproductive des adolescents, des jeunes et des femmes est renforcée	793 741 888	2 260 773 664	2 597 773 664	2 367 915 776	1 805 357 888	9 825 562 880
5.3. L'utilisation des méthodes modernes de contraception est améliorée d'ici 2020	947 671	969 960	988 091	1 007 011	1 031 223	4 943 956
5.4. La mortalité du nouveau-né et de l'enfant est	8 388 264 288	11 704 986 895	14 739 133 906	17 569 892 386	20 226 453 946	72 628 731 422

AXES D'INTERVENTION/ EFFETS	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
réduite						
AXE 6 : PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE	22 684 862 275	22 810 791 695	21 517 064 323	20 654 375 840	20 164 015 025	107 831 109 157
6.1. L'hygiène publique est renforcée et appliquée à tous les niveaux	12 394 508 534	11 795 732 075	9 708 350 930	7 282 158 509	4 857 620 342	46 038 370 390
6.2. L'hygiène hospitalière est renforcée dans tous les établissements sanitaires à tous les niveaux de la pyramide	5 553 538 747	4 625 478 987	3 474 984 146	2 085 111 300	438 244 800	16 177 357 980
6.3. La santé environnementale est renforcée et améliorée	2 435 150 000	1 757 150 000	1 757 150 000	1 757 150 000	1 757 150 000	9 463 750 000
6.4. La promotion de la santé est renforcée dans tous les secteurs	2 301 664 994	4 632 430 632	6 576 579 246	9 529 956 030	13 110 999 883	36 151 630 787
TOTAL	368 781 725 577	497 206 523 560	524 612 296 171	506 188 551 724	494 889 810 297	2 391 678 907 329

Annexe 2 : Détails des prévisions de recrutement en ressources humaines selon l'année et l'emploi (2015-2022)

TYPES DE PERSONNEL	EMPLOI	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Personnel administratif et social	Administrateur	5	5	5	5	3	3	3	3	32
	Attaché des Finances	10	10	10	10	5	5	5	5	60
	Attaché administratif	5	5	5	5	3	3	3	3	32
	Secrétaire administratif	10	10	10	10	5	5	5	5	60
	Comptable	15	15	15	15	10	10	10	10	100
	Adjoint administratif	20	20	20	20	10	10	10	10	120
	Agent de bureau	10	10	10	10	5	5	5	5	60
	Archiviste	10	10	10	10	5	5	5	5	60
	Ingénieur informaticien	2	2	2	2	2	2	2	2	16
	Ingénieur des techniques informatiques	3	3	3	3	3	3	3	3	24
	Technicien supérieur en informatique option Gestion	7	7	7	7	7	7	7	7	56
	Technicien supérieur en informatique option Maintenance	3	3	3	3	3	3	3	3	24
	Ingénieur des techniques statistiques	3	3	3	3	3	3	3	3	24
	Adjoint des techniques statistiques	4	4	4	4	4	4	4	4	32
	Agent des techniques statistiques	3	3	3	3	3	3	3	3	24
	Secrétaire de Direction	20	20	20	20	10	10	10	10	120
	Assistant social	15	15	15	15	10	10	10	10	100
Assistant social adjoint	25	25	25	25	15	15	15	15	160	

	Sous total personnel administratif	170	170	170	170	106	106	106	106	1 104
Personnel de soin**	Médecin	300	300	300	300	300	300	300	300	2400
	Médecin interne	30	30	30	30	30	30	30	30	240
	Pharmacien	70	70	70	70	50	50	50	50	480
	Pharmacien interne	15	15	15	15	10	10	10	10	100
	Chirurgien dentiste	30	30	30	30	30	30	30	30	240
	Sous total Personnel Médical	445	445	445	445	420	420	420	420	3 460
	Infirmier diplômé d'Etat	1 100	1 100	1 100	1 100	1 200	1 200	1 200	1 200	9 200
	Sage femme diplômée d'Etat	760	760	760	760	810	810	810	810	6 280
	Aide-soignant	300	300	300	300	300	300	300	300	2 400
	Sous total Personnel Paramédical	2 160	2 160	2 160	2 160	2 310	2 310	2 310	2 310	17 880
Personnel Médico-technique**	Technicien supérieur de santé option imagerie médicale	40	40	40	40	30	30	30	30	280
	Technicien supérieur de santé option : Laboratoire	91	91	91	91	70	70	70	70	644
	Technicien supérieur de santé option : PGP	86	86	86	86	40	40	40	40	504
	Technicien Supérieur de Santé option : Prothésiste dentaire	5	5	5	5	5	5	5	5	40
	Technicien Supérieur de Santé option : Assainissement	20	20	20	20	20	20	20	20	160
	Technicien Supérieur de Santé option : Kinésithérapeute	30	30	30	30	10	10	10	10	160
	Sous total TSS	272	272	272	272	175	175	175	175	1 788

Personnel d'appui	Agent d'hygiène**	300	300	300	300	300	300	300	300	2 400
	Chauffeur	30	30	30	30	20	20	20	20	200
	Sous total Personnel d'appui	330	330	330	330	320	320	320	320	2 600
TOTAL (dont agents de santé)		3 377	3 377	3 377	3 377	3 331	3 331	3 331	3 331	26 832
		3 177	3 177	3 177	3 177	3 205	3 205	3 205	3 205	25 528

** Les agents de santé sont composés du personnel de soin, du personnel médico-technique et des agents d'hygiène.

Annexe 3 : Evolution des mortalités spécifiques

Mortalité	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de mortalité maternelle (morts maternelles pour 100 000 naissances)	614	578	552	527	499
Taux de mortalité néonatale (morts pour 1 000 naissances)	38	35	32	29	26
Taux de mortalité infantile (morts pour 1 000 naissances)	66	58	52	47	43
Taux de mortalité avant cinq ans (morts pour 1 000 naissances)	108	93	82	73	66

Annexe 4 : Estimation du nombre de décès additionnels évités chez les enfants

Tranche d'âge	2017	2018	2019	2020	Total
<1 mois	2 614	5 104	7 522	9 851	25 091
1-59 mois	8 942	15 785	21 418	26 401	72 546
Total (0-60 mois)	11 556	20 889	28 940	36 252	97 637

Annexe 4 : Estimation des gains de productivité grâce à la survie des enfants de moins de 5 ans

Il existe une relation entre santé de l'enfant et développement économique. En effet, un enfant bien soigné (en bonne santé) sera mieux éduqué, et plus productif à l'avenir. En revanche, un mauvais état de santé au cours de l'enfance entraîne une perte de productivité des parents au moment de la maladie, et à long terme entraîne des troubles à l'âge adulte. Dans les familles pauvres cela contribue fortement à entretenir le cercle vicieux de pauvreté dans les générations à venir. La mise en œuvre du PNDS va réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 39 % en passant de 108 pour 1000 à 66 pour 1000.

Des analyses économétriques estiment qu'une réduction de 5 % du taux de mortalité des enfants, entraîne un gain de productivité de 1 % sur le produit intérieur brut. Le PIB actuel de la Côte d'Ivoire est estimé en 2016 à 12 095,7 milliards de FCFA. La mise en œuvre des interventions à haut impact sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, permettra à la Côte d'Ivoire de générer un gain de productivité d'environ 941 milliards pendant les 05 années de réduction de la mortalité infanto-juvénile.

Annexe 5 : Tableau des Indicateurs des ODD relatifs à la santé

<p>OBJECTIF 2 :</p> <p>ÉLIMINER LA FAIM, ASSURER LA SECURITE ALIMENTAIRE, AMELIORER LA NUTRITION ET PROMOUVOIR UNE AGRICULTURE DURABLE</p>	<p>2.1 D'ici à 2030, éliminer la faim et faire en sorte que chaque personne, en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons, aient accès tout au long de l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante.</p> <p>2.2 D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans arrêtés à l'échelle internationale, et répondre aux besoins en matière de nutrition des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées</p>
<p>OBJECTIF 3 :</p> <p>DONNER AUX INDIVIDUS LES MOYENS DE VIVRE UNE VIE SAINE ET PROMOUVOIR LE BIEN-ETRE DE TOUS A TOUS LES AGES</p>	<p>3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes</p> <p>3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans</p> <p>3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles</p> <p>3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être</p> <p>3.5 Renforcer la prévention et le traitement de la consommation de substances toxiques, y compris l'abus de stupéfiants et la consommation nocive d'alcool</p> <p>3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route</p> <p>3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et l'intégration de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux</p> <p>3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable</p> <p>3.9 D'ici à 2030, réduire considérablement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et la contamination de l'air, de l'eau et du sol</p> <p>3.a Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac</p>

	<p>3.b Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce relatives à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments</p> <p>3.c Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement</p>
<p>OBJECTIF 6 :</p> <p>GARANTIR L'ACCES DE TOUS A DES SERVICES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU ET D'ASSAINISSEMENT ET ASSURER UNE GESTION DURABLE DES RESSOURCES EN EAU</p>	<p>6.1 D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable</p> <p>6.2 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et de celles en situation vulnérable</p> <p>6.3 D'ici à 2030, améliorer la qualité de l'eau en réduisant la pollution, en éliminant l'immersion de déchets et en réduisant au minimum les émissions de produits chimiques et substances dangereux, en diminuant de moitié la proportion d'eaux usées non traitées et en augmentant de [] % à l'échelle mondiale le recyclage et la réutilisation de l'eau dans des conditions de sécurité</p>

ANNEXE 6 : Découpage Administratif et Sanitaire de la Côte d'Ivoire



1000

REPARTITION DES REGIONS ET DISTRICTS SANITAIRES



0 135 270 Km

-  REGION SANITAIRE
-  DISTRICT_SANITAIRE
-  Limite Etat
-  Mer

LISTE DES PARTICIPANTS

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACT/MAIL
	ABOYA Née Nda Marie	DPPEIS	Chargée de Suivi Evaluation	48 28 36 16 aboyamarie@yahoo.fr
	ADANHO Comlan Théophile	DPPEIS	Médecin	09 28 74 63 acomthe@yahoo.fr
	ADJASSE Legonou Affoué Henriette	DGS/PARSSI	Assistante administrative	09 38 16 85 adjasseh@gmail.com
	AHOTY Franck-Alex	DPPEIS	Médecin	46 00 75 42 afadseba@yahoo.fr
	AKA Bony Roger Sylvestre	DCPEV	Médecin	07 80 11 55 akabonyroger@yahoo.fr
	AKA Née Méa Akoua Joséphine	DDS ABENGOUROU	Chargée de Surveillance Epidémiologique	47 51 64 00
	AKUI Gkomou	DRSHP WORODOUGOU BERE	Directeur Régional	02 03 56 64 drs_akui@yahoo.fr
	ALI Ouattara	PARSSI	Chef de Mission	59 88 70 79 alouattara@yahoo.com
	ALLOUKOU Akadjé Richard	DPPEIS	Sous Directeur ASED	07 44 54 98 alloukouar@gmail.com
	AMBROISE Ané	UNFPA	Programme Coordonnateur	08 08 80 42
	ANGAMAN N'guetta Simon	DRSHP AGNEBY- TIASSA-ME	Chargé de Surveillance Epidémiologique	46 00 75 45 angamanguetta@yahoo.fr
	ANOUAN N'guessan Jean	DRSLS ABIDJAN 2	Directeur Régional	07 80 68 80 Jeananouan2002@yahoo.fr
	ATTE Boka	HOPITAL PORT- BOUET	Directeur	09 83 20 03 attedjeboka@yahoo.fr
	BAMBA Bouaké Siriki	DRSHP HAMBOL	Représentant/Directeur Régional	07 89 30 00 b.siriki@yahoo.fr
	BECHIR Aounen	UNICEF	Chef de Section Survie de l'Enfant	04 10 82 36

	BEUGRE Kéké Parfait	DRSHP BELIER	Médecin	58 11 58 70 kekebeugre@gmail.com
	BINI Kobena Kra	DPPEIS	Sous Directeur	48 12 13 39 gbyni@yahoo.fr
	BISSOUMA-LEDJOU Tania	OMS	Chargé de Programme	bissoumaledjout@who.int
	BOLLY Ballou Landry	MPD	Chargé d'Etudes	59 80 35 52 landrybolly@yahoo.fr
	BOSSO Edwige	Measure Evaluation	Directrice Adjointe	04 77 42 16 edwige-bosso@ci.jsi.com
	BOSSO Patrice	UNICEF	Statisticien	07 64 91 91 pbosso@unicef.org
	BRANCHI Saran	AMBASSADE DE FRANCE	Conseillère Santé	87 59 42 02
	BRIZALEKOU Aimé François	DRSHP GBEKE	Chef de Service Action Sanitaire	09 56 14 55 aimefranbriz@gmail.com
	CAMARA-AKA Aoua	DPPEIS	Médecin	07 30 79 35 c_aoua@yahoo.fr
	CASSY Marius	UNICEF	Chargé de Programme	05 01 14 87 mcassy@unicef.org
	COMOE Marius	FACACI	Président	05 38 09 37 02 88 88 69 micopci@yahoo.fr
	COULIBALY Kindou Arsène	ASAPSU	Médecin Coordonnateur	07 49 85 09
	COULIBALY Moussa	DRSHP PORO-TCHOLOGO-BAGOUE REGION	Pharmacien	07 96 78 40 dr.coulmous@yahoo.fr
	COULIBALY Pierre	DRS SC	Chargé de Surveillance Epidémiologique	46 00 57 26 casopir@yahoo.fr
	COULIBALY Soltié	DRSHP AGNEBY-TIASSA-ME	Directrice Régionale	05 70 02 28 soltieamy@yahoo.fr
	DADIE Nogbou Valéry	DPPEIS	Médecin	07 92 95 92 dadino@gmail.com

	DAHIE Okou	DSCMP	Sous Directeur	07 69 62 66 djati2012@yahoo.fr
	DAGNOGO Ramatou Epouse Soumahoro	DRSLS Loh-Djiboua	Chef de Service d'Action Sanitaire	07 87 49 77 dagnogoramatou@yahoo.fr
	DENOMAN Jean	IGS	Inspecteur Technique	07 68 75 05 jeandenoman@yahoo.fr
	DIAKITE Alimata	ECHO / UE	Assistante Programme	59 03 10 38
	DIE Kouassi Paul	DHES	Sous Directeur	59 51 00 25 06 74 36 90 dkp2004@yahoo.fr
	DJE Siehe Enguerran	DPPEIS	Chargé d'Etudes	04 03 47 60 dsieheng@gmail.com
	ESSAN Anoh Julien	DRSHP INDENIE DJUABLIN	Gestionnaire de données	41 32 18 70 julienessan@yahoo.fr
	ETEKOU Akpa Valentin	DRSLS ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	Directeur Régional	07 84 33 60 etekouakpavalentin@yahoo.fr
	GADDAH KOUASSI Noëlle	DPPEIS	Chargée d'Etude	08 16 81 16 gaddahelodie@gmail.com
	GAUDET Tania	PRSSE	Spécialiste Suivi Evaluation	01 31 98 77
	GBOKOU Konan	DPPEIS	Economiste de la Santé	08 27 19 93 konangbokou@gmail.com
	GRAMBOUTE Soiliho	CONSEIL REGIONAL INDENIE DJUABLIN	Directeur Général	35 91 27 31 soilihogramboute@yahoo.fr
	GUEBO Alexandre	HFG /Abt Associates	Conseiller Technique Senior	08 15 76 35 alexandre-guebo@abtassoc.com
	GUESSAN Bi Gouzan Bernard	UNICEF	Spécialiste Santé	05 06 83 96 bigouzanbernard@yahoo.fr
	IRIE Bi Tra	MPMEF	Chargé d'Etudes	08 16 86 53 silveririe@yahoo.fr
	KACOU Adinon Philomène	DDS COCODY BINGERVILLE	Directeur Départemental	01 01 05 91 kacouphilo@yahoo.fr

	KADJOUMOU Guy Serges	DRSLS ABIDJAN 2	Chef de Service Action Sanitaire	07 24 39 38 Kateges1@yahoo.fr
	KANGA Kouassi	TDH / CIRBA	Médecin Coordonnateur	03 47 55 74
	KARAMOKO Fofana	DRSHP POROTCHOLOGO BAGOUE	Directeur Régional	07 03 88 86
	KIFFOU Tigori Armel Francis	DDSHP BEOUMI	Chef de Service Action Sanitaire	07 79 78 75 fabricekiffou@yahoo.fr
	KLA Christian	DRH	Administrateur Principal des Services Financiers	05 37 77 36 christian_kla@yahoo.fr
	KOFFI Brindou Jean-Baptiste	DRSHP NZI-IFFOU	Directeur Régional	47 89 67 67 jbbrindou01@yahoo.fr
	KOFFI N'dri Eric	DS MBAHIKRO	Chef de Service Action Sanitaire	07 01 70 71 papamapassa2012@gmail.com
	KOFFI N'guessan	DRSHP GBEKE	Directeur	48 95 47 66 koffinguessan31@yahoo.fr
	KONAN Clovis	PRSE	Coordonnateur	22 50 50 02 clovisko@yahoo.fr
	KONAN Kouamé Guy Marcel	DDS MANKONO	Chef du Service Action Sanitaire	59 15 88 23 konanguymarcel@yahoo.fr
	KONE Djakaridja	CHU- Cocody	Directeur Administratif et Financier	42 17 65 54 Konedjak2005@yahoo.fr
	KONE Jean-Claude	DRSLS ABIDJAN 1- GRAND PONTS	Chef de Service Action Sanitaire	48 51 43 33 jc.kone@yahoo.fr

	KONIN Amian Pascal	MAIRIE D'ABENGOUROU	Animateur culturel	08 24 70 71 koninamian@gmail.com
	KOUADIO Amenan Odile	DRSLS LOH DJIBOUA	Chargée de Surveillance Epidémiologique	49 81 93 14 chourandrey@yahoo.fr
	KOUADIO Aymar	DPPEIS	Chargé d'Etudes	08 40 89 57 melenaymar@gmail.com
	KOUAKOU-KOUADIO Ghislaine	DPPEIS	Sous Directeur PPS	01 80 49 89 ndjore77@yahoo.fr
	KOUAKOU Koffi Lucien	DRSHP INDENIE DJUABLIN	Chargé de Surveillance Epidémiologique	01 75 10 00 kluc2005@yahoo.fr
	KOUAKOU Konan Virginie	UNICEF	Spécialiste Santé Mère- Enfant	07 30 79 35
	KOUAKOU N'dri Jacques	DDS PRIKRO	Chef de Service d'Action Sanitaire	07 23 05 27 kouakoujacques@yahoo.fr
	KOUADIO N'zué	DRSHP MARAHOUE	Directeur Régional	05 01 69 01 kouadio1956@gmail.com
	KOUASSI Yao Germain	DRSHP AGNEBY- TIASSA-ME	Chef de Service Action Sanitaire	07 72 24 48 Konan413@yahoo.com
	KOULOU A. Edmond	DRSHP NZI-IFFOU		07 86 84 63 koulou_edmond@yahoo.fr
	KOSSOUBOLY Dagbo Sylvain	DRSHP MARAHOUE	Chargé de Surveillance Epidémiologique	46 00 57 03 kossouboly@yahoo.fr
	KRA Kouakou Eugene	DGS	Coordonnateur PARSSI	58 57 75 55 eugenekrakouakou@yahoo.fr

	LOUKOU Dia	DRH	Directeur	07 88 33 97 loukdia@yahoo.fr
	MARTINEZ VALIENTE Marion	AFD	Chargée de Projets	77 82 59 19 martinezvalientem@afd.fr
	MELESS Guanga David	UFHB	Enseignant-chercheur	47 64 75 99 ead_dm@yahoo.fr
	MENAN N'guessan Germain	DRSHP BELIER	Chargé de Surveillance Epidémiologique	47 09 22 20 kenianth@gmail.com
	MIEZAN Egnakou B.	DRSHP LOH DJIBOUA	Directeur Régional	07 60 23 21 Miezanegnakou@yahoo.fr
	NAHOUNOU Noel	Abt Associates	Directeur Pays	
	N'DRAMAN Kassi	DDS LAKOTA	Chargé de Surveillance Epidémiologique	46 00 57 24 adjouankassi@yahoo.fr
	N'DRI Koffi Raphael	DRSHP WORODOUGOU BERE	Chargé de Surveillance Epidémiologique	46 00 63 73 foundaraB@gmail.com
	N'GBEDOU Ahibo Jean René	DDSHP SEQUELA	Médecin Chef	08 40 27 67 ngbabou-jeanrene@yahoo.fr
	N'GORAN Brou Kouadio	DRSHP HAMBOL	Chargé de Surveillance Epidémiologique	05 70 38 36 namakao@yahoo.fr
	N'GORAN N'Guessan Jacques	DDS YOPOUGON EST	Chef de Service Action Sanitaire	07 70 07 74 ingor7@gmail.com
	NIAMIEN Gnangon Denis	DEPS	Sous Directeur	49 00 67 56 niamien_g@yahoo.fr
	NIAMIEN Guy Richard	PNN	Directeur Adjoint	07 81 95 07 nguyrichard@yahoo.fr
	NIAMIEN Koffi	DRH-OP	Chargé de Surveillance Epidémiologique	05 83 42 80 niamienkoff@yahoo.fr
	NIANGUE Joseph	CABINET	Directeur de Cabinet Adjoint	07 22 84 57 josephniangue@yahoo.fr
	RAUX-YAO Serge Patrice Nestor	DRSHP SUD COMOE	Directeur Régional	07 35 15 35

				rauxs@yahoo.fr
	SAMBA Mamadou	DPPEIS	Directeur	20 22 60 43 samba.mamadou@gmail.com
	SANGARE Abou Dramane	UFHB	Enseignant Chercheur	03 61 04 15 sangare_aboudramane@yahoo.fr
	SANOGO Yaya	DRSHP NZI-IFFOU	Chargé de Surveillance Epidémiologique	05 02 71 01 yaya_sanogo@yahoo.fr
	SERIGNE N'DIAYE	CDC-GHSA	Directeur	56 50 73 05 Sen3@cdc.gov
	SORO Aboudou Nabiehoua	MDM	Responsable Plaidoyer	59 03 09 96 resp.plaidoyer@medecinsdumonde.ci
	SILUE Mamadou	PNLP	Coordonnateur Adjoint	40 49 99 48 silue_mamadou3@yahoo.fr
	TAN Pleinan Nathalie	HG BASSAM	Directrice	04 08 17 82 nathalietan1@yahoo.fr
	TANOHO Méa Antoine	PNLP	Coordonnateur de Programme	40 84 07 39 tanomeantoine@yahoo.fr
	TETIA Armand Pierre	MINISTERE DU PLAN	Sous Directeur	20 25 88 55 47 82 36 84 tetia_pierre@yahoo.fr
	TONDOH Hayha Isabelle Epouse KOUI	DPPEIS	Chargée d'Etudes	08 00 91 74 kouisabelle@gmail.com
	TOURE Alacagny	DPPEIS	Gestionnaire Informaticien	01 13 64 84 toreleman@yahoo.fr
	TOURE Badian	DRSHP HAMBOL	Chef de Service Action Sanitaire	07 11 01 80 tourebadian@yahoo.fr
	TOURE Mame Awa	BAD	Consultant	59 76 97 85
	TRE Pouamé Alphonse	DRSHP BOUKANI GONTOUGO	Chargé de Surveillance Epidémiologique	46 00 63 74 trepouame@gmail.com
	YAO Auguste Viny Brice	DDS TANDA	Chef de Service Action Sanitaire	01 24 70 71 docaxo@gmail.com

	YAO Eugénie Adjoua	DRSLS ABIDJAN 2	Chargée de Surveillance Epidémiologique	08 28 02 07 Eugenieyao74@yahoo.fr
	YAO Dou N'Guessan Paterné	DRSLS SUD COMOE	Pharmacien Régional	49 11 23 12 41 48 48 19 Yao.dou@yahoo.fr
	YAO Koffi	DRSHP POROTHOLOGO- BAGOUE	Chargé de Surveillance Epidémiologique Régional	08 49 39 95 cseregionporotcholog@yahoo.fr
	YAO Kouadio Jean	INSP	Médecin	07 88 13 29 k_yaojean@yahoo.fr
	YAVO Marie-Thérèse	MAIRIE AGBOVILLE	Chef de Service socio culturel	09 24 99 97
	YEO Epouse Yéo Fatoumata	DRSHP GBEKE	Chargée de Surveillance Epidémiologique	07 04 51 10
	WOGNIN K Venance	PNLS	Chef de Service Suivi Evaluation	07 15 65 29 wogninvenance@yahoo.fr
	ZOUGOURI B. Blaise	DRSHP BOUKANI- GONTOUGO	Directeur Régional	07 94 26 03 zougouriblaise@yahoo.fr