

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE**

---

**UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL**

---

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



**PLAN STRATEGIQUE DE LA  
SANTE DE LA REPRODUCTION  
2010–2014**

**Vision**

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

Novembre 2009



## TABLE DES MATIERES

### INTRODUCTION

CONTEXTE NATIONAL ET SITUATION DE LA SR EN COTE D'IVOIRE .....	11
I - PRESENTATION DE LA COTE D'IVOIRE.....	12
I . 1. Situation géographique .....	12
I . 2. Situation démographique.....	12
I . 3. Contexte politique .....	12
I . 4. Situation économique .....	13
I . 5. Situation sanitaire .....	13
I.5.1. Organisation du système de santé et infrastructures.....	13
I.5.2. Ressources humaines et financières .....	14
I.5.3. Accessibilité des services de la santé de la reproduction.....	15
I.5.4. Programmes de santé.....	15
I.5.5. Partenariat.....	16
I.5.6. Suivi, évaluation et coordination .....	16
II - ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SR.....	17
II . 1. Cadre juridique, réglementaire et institutionnel.....	17
II . 2. Santé de la femme.....	18
II.2.1. Mortalité maternelle .....	18
II.2.2. Causes immédiates des décès maternels .....	18
II.2.2.1. Causes directes .....	18
II.2.2.2. Causes indirectes .....	18
II.2.2.3. Maladies non transmissibles .....	19
II.2.2.4. Mutilation Génitale Féminine .....	19
II.2.3. Causes sous jacentes .....	19
II.2.3.1. Causes liées au système de santé .....	19
II.2.3.2. Pratiques et comportements néfastes à la SR.....	21
II.2.4. Causes structurelles .....	22
II.2.4.1. Causes politiques.....	22
II.2.4.2. Causes économiques .....	22
II.2.4.3. Causes sociales, culturelles et environnementales.....	23
II.2.5. Autres problèmes .....	23
II.2.5.1. Cancers du sein et du col de l'utérus .....	23
II.2.5.2. Violences basées sur le genre.....	24
II.2.5.3. Fistules obstétricales .....	24
II . 3. Santé du nouveau-né et des enfants .....	25
II.3.1. Enoncé du problème : mortalité néonatale et infantile.....	25
II.3.2. Morbidité néonatale et infantile et ses causes .....	25
II . 4. Santé des adolescents et des jeunes .....	26
II.4.1. Enoncé du problème .....	26
II.4.2. Causes .....	27
II.4.2.1. Comportements sexuels.....	27
II.4.2.2. Connaissance, perception et attitude en matière de IST-SIDA..	28

II.4.2.3.	Insuffisance des services santé et conseils pour ado et jeunes .	29
II . 5.	Santé des hommes .....	29
II.5.1.	Enoncé du problème .....	29
II.5.2.	Facteurs de risque liés à la santé des hommes.....	30
II.5.2.1.	IST/VIH/SIDA .....	30
II.5.2.2.	Cancers de la prostate et du testicule .....	30
II.5.2.3.	Infertilité .....	31
II.5.2.4.	Participation des hommes à la santé familiale.....	31
II . 6.	Santé des personnes du 3ème âge .....	31
III -	REPONSES ET DEFIS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION	32
III . 1.	Actions entreprises et atouts .....	32
III.1.1.	<i>Mesures politiques et réglementaires.....</i>	32
III.1.2.	<i>Amélioration de l'offre des services / capacité des structures ....</i>	33
III.1.3.	<i>Mobilisation des communautés.....</i>	33
III . 2.	Contraintes.....	34
III.2.1.	<i>Au niveau politique .....</i>	34
III.2.2.	<i>Au niveau de l'offre des services .....</i>	34
III.2.3.	<i>Au niveau des individus, ménages et communautés.....</i>	35
III . 3.	Défis.....	35
III.3.1.	<i>Au niveau politique .....</i>	35
III.3.2.	<i>Au niveau de l'offre des services .....</i>	36
III.3.3.	<i>Au niveau des communautés.....</i>	36
CADRAGE	STRATEGIQUE DE LA SR EN COTE D'IVOIRE .....	37
IV -	VISION ET OBJECTIFS DE LA CI EN MATIERE DE LA SR.....	38
IV . 1.	Vision.....	38
IV . 2.	But et objectifs du plan.....	38
IV.2.1.	<i>But .....</i>	38
IV.2.2.	<i>Objectifs .....</i>	38
IV.2.2.1.	<i>Objectifs généraux .....</i>	38
IV.2.2.2.	<i>Objectifs d'impact et de résultat .....</i>	39
V -	AXES STRATEGIQUES .....	42
V . 1.	Axes stratégiques programmatiques ou de services .....	42
V.1.1.	Amélioration environnement juridique/ institutionnel de SR ...	42
V.1.2.	Renforcement des activités de prévention/promotion en SR ....	42
V.1.3.	Accès aux services de santé de la reproduction de qualité.....	43
V.1.4.	Renforcement des compétences des acteurs/système qualité... ..	44
V.1.4.1.	<i>Renforcement des compétences des acteurs .....</i>	44
V.1.4.2.	<i>Système de management par la qualité en SR.....</i>	45
V . 2.	Axes stratégiques de soutien et de développement .....	45
V.2.1.	Plaidoyer .....	45
V.2.1.1.	<i>Mobilisation ressources additionnelles et financement du plan ..</i>	45
V.2.1.2.	<i>Renforcement des capacités de fonctionnement des structures .</i>	45
V.2.2.	Renforcement du système de coordination-suivi-évaluation .....	46
V.2.3.	Renforcement de la recherche opérationnelle en SR.....	46
V . 3.	Préparation à la riposte en situation d'urgence .....	46

VI -	DOMAINES D'INTERVENTIONS PRIORITAIRES .....	47
	CADRE NATIONAL DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE .....	62
VII -	PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN .....	63
VII . 1.	Matrices du plan de mise en œuvre et de suivi.....	63
VII . 2.	Dispositif de suivi des activités et d'évaluation du plan .....	113
VII . 3.	Parties prenantes et leurs rôles .....	120
VII.3.1.	Ministère en charge de la santé .....	120
VII.3.2.	Autres départements ministériels.....	121
VII.3.3.	Partenaires .....	121
VII.3.3.1.	<i>Collectivités territoriales, communautés et ménages</i> .....	121
VII.3.3.2.	<i>Organisations Non Gouvernementales</i> .....	122
VII.3.3.3.	<i>Secteur privé sanitaire</i> .....	122
VII.3.3.4.	<i>Partenaires au développement</i> .....	122
	COÛT ESTMATIF DU PLAN ET FINANCEMENT .....	123
VIII -	BUDGET DU PROGRAMME.....	124
VIII . 1.	Budget synthétisé .....	124
VIII . 2.	Répartition du budget selon objectifs de résultat/stratégies ..	125
VIII . 3.	Financement du Programme .....	137
	<b>CONCLUSION</b>	
	<b>ANNEXES</b>	

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AIBEF	: Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial
AIMAS	: Agence Ivoirienne pour le Marketing Social
ANADER	: Agence Nationale pour la Développement Rural
CAFOP	: Centre d'Animation et de Formation Pédagogique
CEDEAO	: Communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIDT	: Compagnie Ivoirienne pour le Développement Textile
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CoGes	: Comité de Gestion
CPN	: Consultation Prénatale
CPON	: Consultation Post Natale
CRESARCI	: Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire
CSR	: Centre de Santé Rural
CSU	: Centre de Santé Urbain
DAF	: Direction des Affaires Financières
DC- PNSR/PF	: Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction / Planification Familiale
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DIPE	: Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
EDS-CI	: Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire
EIS-CI	: Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire
ENSEA	: Ecole Nationale des Statistiques et de l'Économie Appliquée
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FAO	: Fonds des Nations Unies pour l'Agriculture et l'Alimentation
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine
IEC/CCC	: Information, Education, Communication /Communication pour le Changement de Comportement
INFAS	: Institut National de Formation des Agents de Santé
INS	: Institut National de la Statistique
INSP	: Institut National de Santé Publique
IRA	: Infections Respiratoires Aiguës
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
LICC	: Ligue Ivoirienne Contre le Cancer
LMD	: Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
MFFAS	: Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales
MGF	: Mutilation Génitale Féminine
MICS	: Enquête à Indicateurs Multiples par grappes

MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAM	: Programme Alimentaire Mondiale
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIPAF	: Projet ivoirien de promotion des aliments fortifiés
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNN	: Programme National de Nutrition
PNPEC	: Programme National de Prise En Charge des personnes vivant avec le VIH
PNSI	: Programme National de Santé Infantile
PNSSU	: Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PSP	: Pharmacie de la Santé Publique
PTME	: Prévention de la Transmission Mère- Enfant
RASS	: Rapport Annuel des Activités des Services de Santé
REPCI	: Rapport national sur l'Etat et le devenir de la Population de la Côte d'Ivoire
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAA	: Soins Après Avortement
SASDE	: Stratégie Accélérée pour la Survie et du Développement de l'Enfant
SMART	: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SOGOCI	: Société de Gynéco Obstétrique de Côte d'Ivoire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	: Soins Obstétricaux d'Urgence
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SOUC	: Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SR	: Santé de la Reproduction
SSP	: Soins de Santé Primaires
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UFR-SMA	: Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicale d'Abidjan
UFR-SMB	: Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicale de Bouaké
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	: Violences Basées sur le Genre

## RESUME

Le présent plan stratégique est issu de la Politique Nationale de Santé et de Reproduction adoptée par la Côte d'Ivoire. Cette politique est l'expression de l'engagement des autorités politiques et administratives d'avoir « *une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines* »<sup>1</sup>.

Ce plan stratégique s'articule autour de quatre parties.

La première partie reprend de façon plus détaillée pour chaque volet de la Santé de la Reproduction en Côte d'Ivoire, l'analyse sommaire de la situation faite dans le document de Politique Nationale de Santé de la Reproduction y compris la situation de la SR en situation de crise. Une analyse de la situation fondée sur le genre permet d'apprécier la problématique de la SR en Côte d'Ivoire. En guise de conclusion à cette première partie, une synthèse des défis majeurs de la Côte d'Ivoire dans le domaine de la Santé en matière de Sexualité et de Reproduction est faite.

La deuxième partie du plan porte sur le cadrage stratégique national de la Santé en matière de Sexualité et de Reproduction. Elle décrit le but et les objectifs stratégiques définis sur la période 2010-2014 ainsi que les axes d'intervention prioritaires retenus sur la même période à savoir :

- la santé de la femme, de la mère, du nouveau né et de l'enfant
- la santé des adolescents et des jeunes
- la santé des hommes
- la santé des personnes du troisième âge.

En outre, vue la situation de crise sociopolitique que connaît le pays depuis 2000, cette deuxième partie du document propose des stratégies permettant non seulement de gérer les programmes de SR per et post crise mais et surtout d'apporter des réponses idoines en cas d'urgence humanitaire.

Pour s'assurer de la durabilité des résultats attendus dans la mise en œuvre de ce plan, l'approche genre est développée comme une stratégie transversale à prendre en compte.

La troisième partie décrit le cadre de mise en œuvre du plan.

La quatrième et dernière partie a trait au budget et aux sources probables de financement du plan.

---

<sup>1</sup> Vision de la Côte d'Ivoire en matière de Santé de la Reproduction (document de politique nationale de Santé de la Reproduction, novembre 2008).

## **INTRODUCTION**

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en septembre 1994 a attiré l'attention de tous les Gouvernements sur les droits et la santé de tous les individus en matière de Santé de la Reproduction (SR). A la suite de l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000, la 57<sup>ème</sup> assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2004 la première stratégie pour l'accès universel aux soins de santé génésique.

Par ailleurs, les chefs d'Etats de l'Union Africaine ont adhéré aux objectifs du Millénaire sur la période 2000-2015. Ainsi, pour traduire leur engagement en matière de Santé de la Reproduction, ils ont adopté le Plan d'Action de Maputo en janvier 2007 à Addis Abeba. Ce plan doit permettre d'apprécier l'état d'avancement de chacun des pays membres de l'Union Africaine dans le domaine de la Santé de la Reproduction.

La Côte d'Ivoire a adopté en 1998 une politique et un programme de santé de la reproduction. Il s'agissait de traduire au niveau national le plan d'action du Caire et de mettre en œuvre les actions pour améliorer la santé en matière de sexualité et de reproduction des populations.

Les efforts entrepris par le Gouvernement pour rendre disponibles et accessibles les services de santé en général et ceux de la santé de la reproduction en particulier ont permis d'améliorer certains indicateurs.

En effet, la prévalence contraceptive est passée de 10% en 1998 à 13% en 2005, soit une augmentation de 3 points (EDS, 1998 ; EIS, 2005). L'Indice Synthétique de Fécondité est passé de 5,7 enfants vivants par femme en 1994 à 5,2 en 1999 (EDSCI-II) puis à 4,6 en 2005 (EIS, 2005), soit une diminution d'un enfant vivant (1,1) par femme en l'espace de 11 ans.

En ce qui concerne le suivi des grossesses, 87% des mères ont suivi la consultation prénatale de rang 1 et seulement 45% celle de rang 4. Les mères ayant bénéficié d'une assistance à l'accouchement en 2005 par un personnel qualifié représentent 56% (MICS, 2006).

Pour ce qui est des IST/VIH/Sida, 97% des femmes de 15 à 49 ans ont entendu parler du Sida indépendamment du niveau d'instruction, du milieu de résidence ou de l'âge de la femme. Il en est de même avec 99% des hommes de 15 à 64 ans.

Malgré ces résultats, la santé de la reproduction demeure une préoccupation avec une mortalité maternelle et néonatale élevée (543 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes et 41 décès néonataux pour 1000, EIS 2005).

Les problèmes tels que les cancers génitaux et du sein, l'infertilité, les violences sexuelles les IST/VIH/Sida, les avortements subsistent.

Cette situation qui n'était guère satisfaisante, s'est aggravée avec la crise militaro-politique qu'a connue le pays en septembre 2002. Cette crise avait engendré, durant les premières années, un dysfonctionnement du système sanitaire et une dégradation des infrastructures sanitaires avec la fermeture de la quasi-totalité des structures sanitaires dans les zones centre, nord et ouest du pays.

C'est dans ce contexte que la Côte d'Ivoire élabore un plan stratégique de la Santé de la Reproduction. Ce plan intègre l'opérationnalisation de la feuille de route nationale pour

accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles. Il s'inscrit à la fois dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et de la politique nationale de Santé de la Reproduction.

Il constitue le référentiel des réponses nationales au contexte actuel de la santé de la reproduction sur la période 2010-2014.

## **PREMIERE PARTIE**

### **CONTEXTE NATIONAL ET SITUATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN COTE D'IVOIRE**

## **I - PRESENTATION DE LA COTE D'IVOIRE**

### **I . 1. Situation géographique**

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest, entre les 5° et 11° Nord et 3° et 8° ouest. Elle s'étend sur une superficie de 322 462 Km<sup>2</sup> et a pour frontières, le Golf de Guinée au Sud, le Mali et le Burkina Faso au Nord, le Ghana à l'Est, le Liberia et la Guinée à l'Ouest.

Le climat est de type tropical humide avec une pluviométrie annuelle variant entre 2 300 mm au sud et 900 mm au nord et des températures élevées dont la moyenne est de 30°C.

### **I . 2. Situation démographique**

Selon les projections, la population de la Côte d'Ivoire est estimée à 21.260 968 habitants en 2008. Cette population connaît une croissance rapide et soutenue avec un taux d'accroissement annuel estimé à 2,8% en 2006 (INS, 2006).

Le dynamisme démographique se caractérise par une fécondité forte et précoce (taux brut de natalité de 37,9‰) mais qui connaît une baisse : 7,2 enfants par femme en 1981, 5,2 en 1999 (EDSCI-II) et 4,6 en 2005 (EIS, 2005).

La mortalité générale connaît une hausse à partir des années 1990 avec un taux brut passant de 12,3‰ en 1988 à 13,9‰ en 1998 (REPCI, 2006). En revanche, l'espérance de vie qui avait connu un gain de 22,6 ans entre 1958 et 1988 avec 55,6 ans est tombée à 50,9 ans en 1998, soit une baisse de 4,7 ans (REPCI, 2006).

La population est jeune (60% a moins de 25 ans). Les moins de 15 ans et les 15 à 24 ans représentaient respectivement 43,5% et 21,3% de l'ensemble de la population en 1998. Les femmes représentent 49% de la population dont 51% sont en âge de procréer. Les femmes en âge de procréer et les naissances attendues représentent respectivement 22% et 5% de la population en 2008 (INS, 2006).

L'urbanisation est accélérée avec un niveau estimé à 50% en 2007 contre 43 % en 1998 et 39% en 1988. On compte 8 villes de plus de 100.000 habitants qui accueillent plus du tiers de la population totale.

Ces différents indicateurs montrent que le contexte démographique exerce une pression sur les ressources du secteur de la santé en termes de personnel de santé ainsi que d'infrastructures et d'équipement.

### **I . 3. Contexte politique**

Le contexte politique est caractérisé par la crise militaro-politique de septembre 2002 qui avait entraîné la partition du pays : une zone nord sous contrôle des forces nouvelles et une zone gouvernementale au sud séparées par une zone tampon sous le contrôle des forces impartiales. Le processus de normalisation est en cours.

Cependant, les séquelles de cette crise demeurent car elle avait entraîné une désorganisation du dispositif sanitaire, marquée par la cessation d'activités dans sept (7) Directions Régionales et dans vingt quatre (24) Directions Départementales. Elle avait également réduit considérablement la disponibilité et la qualité des prestations de santé avec environ 85% du personnel de santé en service dans les zones non gouvernementales qui ont quitté leur poste.

La plupart des actions de santé dans ces zones a été assurée par les ONG internationales et les matériels et équipements de certains établissements ont été détruits ou volés (PNDS, 2008).

#### **I . 4. Situation économique**

Les deux premières décennies de développement (1960-1980) ont constitué une période de croissance économique soutenue avec un taux annuel moyen de 7%. Ce développement économique a très largement compensé l'accroissement démographique de façon à dégager un gain important de revenu annuel par habitant.

De 1980 à 1993, La récession économique continue due en partie à la chute des prix des matières premières agricoles, a fortement affecté le niveau de vie acquis de façon à installer dans le temps le chômage et la pauvreté. Cette récession a eu pour conséquences la réduction des dépenses dans la plupart des secteurs : santé, éducation, emploi, logement, avec pour effet, l'accentuation des difficultés que connaissaient les populations.

A partir de 1994, les effets combinés de la dévaluation du franc CFA et la mise en œuvre des programmes menés par le gouvernement avec l'appui des partenaires au développement, ont permis à l'économie ivoirienne de renouer avec une croissance qui sera perturbée par le coup d'état de décembre 1999 et compromise par la rébellion du 19 septembre 2002. Le taux de croissance du PIB qui était positif (1,5%) en 1999 a chuté régulièrement pour atteindre jusqu'en 2004 où le pays a connu une croissance positive de 1,8 % en 2005.

L'on note une paupérisation de la population tant au niveau rural qu'au niveau urbain avec une frange importante de la population vivant sous le seuil de pauvreté. Entre 2002 et 2005, l'incidence de la pauvreté serait passée de 38,4% à 42,6%, soit une augmentation de plus de 4 points (PNDS, 2008).

L'enquête nationale de 2008 a révélé une dégradation de la situation avec la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté qui a atteint 48,9% (INS, 2008).

Avec cette détérioration des conditions de vie des populations, une grande part des populations arrivent difficilement à satisfaire leurs besoins de santé en l'absence d'une couverture du risque maladie. La majorité (85% à 90%) de la population ne bénéficie d'aucune couverture sociale notamment les populations en zone rurale, les travailleurs du secteur informel... (PNDS, 2008).

#### **I . 5. Situation sanitaire**

##### **I.5.1. Organisation du système de santé et infrastructures**

Le système sanitaire de Côte d'Ivoire est organisé selon le modèle pyramidal avec deux versants : un versant administratif et un versant opérationnel.

##### **▪ Le versant administratif**

Le versant administratif sanitaire comprend 3 niveaux :

✓ Le niveau central : il est chargé de la formulation de la politique sectorielle, de la planification, de l'élaboration des stratégies d'intervention, de la mobilisation des ressources et de la coordination, de la définition des normes et standards de qualité, du suivi et de l'évaluation, de la formation continue et de base. Ce niveau comprend le

Cabinet du Ministre, les Directions Générales et Centrales, les directions de coordination des programmes.

✓ Le niveau régional : il est chargé de faire appliquer la politique nationale de santé, de coordonner les activités sanitaires des districts et d'assurer l'appui technique et logistique à ces derniers. Ce niveau correspond aux 19 régions sanitaires.

✓ le niveau périphérique : il comprend les 83 districts sanitaires qui constituent le niveau opérationnel aussi bien en milieu urbain que rural.

Ces districts sont confrontés à des difficultés de fonctionnement diverses, notamment la formation insuffisante pour la gestion (planification, exécution, suivi, supervision et évaluation), la faible mobilisation des acteurs et des ressources (humaines, matérielles, logistiques, financière), la mise à disposition tardive des ressources ayant pour conséquences la faible capacité d'absorption desdites ressources.

#### ▪ **Le versant opérationnel (offre de soins)**

Le versant opérationnel est composé d'infrastructures classées en trois niveaux :

✓ le niveau primaire composé de 1591 établissements sanitaires de premier contact (PNDS, 2008).

✓ le niveau secondaire composé de 77 établissements sanitaires de premier niveau de référence dont 58 hôpitaux généraux et 17 centres hospitaliers régionaux (PNDS, 2008).

✓ le niveau tertiaire composé d'établissements sanitaires de niveau tertiaire constitue le deuxième niveau de référence. Ils sont représentés par quatre Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), soit trois à Abidjan (Cocody, Treichville, Yopougon) et un à l'intérieur du pays (Bouaké) et des structures spécialisées.

Les secteurs privé, confessionnel et associatif s'intègrent dans ce système de santé avec secteur privé 653 officines de pharmacie, 813 infirmeries, 175 centres et cabinets médicaux, 75 cliniques, 11 polycliniques (PNDS, 2008). A cela, s'ajoutent les ONG qui interviennent dans la gestion et l'offre des services de santé.

De manière globale, la couverture en infrastructures demeure faible avec 1 ESPC pour 13831 habitants dans les régions et un déficit plus marqué pour les maternités en milieu rural.

### **I.5.2. Ressources humaines et financières**

La Côte d'Ivoire disposait en 2007, l'effectif total des médecins est de 3 614 soit un ratio national de 1 médecin pour 5 695 habitants. Le secteur public emploie 2 824 médecins contre 790 dans le secteur privé.

L'on estime le personnel paramédical à 8 580 infirmiers, 2 690 sages-femmes et 1 520 techniciens supérieurs soit des ratios respectifs de 1 infirmier pour 2 331 habitants, 1 sage-femme pour 3 717 femmes en âge de procréer et 1 technicien supérieur pour 13 157 habitants.

Malgré l'importance numérique du personnel et le niveau des indicateurs par rapport aux normes de l'OMS (1 médecin pour 10 000 et 1 infirmier pour 5000 habitants), il demeure insatisfaisant. Des disparités existent dans la répartition de ce personnel avec une concentration au profit des régions du Sud du pays, notamment à Abidjan. En effet, le ratio de médecins en dehors d'Abidjan est estimé en 2007 à 1 médecin pour 20 000 habitants (PNDS, 2008).

A cette mauvaise répartition du personnel s'ajoute l'insuffisance du redéploiement du personnel de santé à la suite de la crise déclenchée en Septembre 2002 qui avait entraîné un exode massif du personnel de santé dans les zones sud du pays. Ainsi, les déficits se sont accrus aux détriments des régions ex-assiégées.

Le financement de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire est principalement assuré par l'Etat et secondairement par les communautés et les partenaires au développement. L'intervention de l'Etat cible en grande partie le fonctionnement du système de santé.

Contrairement aux engagements pris par les Chefs d'Etats et de Gouvernements africains lors du Sommet d'Abuja au Nigeria en 2002, le budget alloué au secteur de la santé qui devrait être de 15% du budget global de l'Etat n'a représenté en moyenne que 5% sur la période de 2000 à 2006 (PNDS, 2008). Le budget alloué en 2008 à la santé était de 100 milliards et la part de la Direction de coordination du PNSR/PF a été de 106,3 millions francs CFA. Ce budget alloué est essentiellement constitué de ressources internes.

Les appuis extérieurs ciblent généralement les investissements pour l'infrastructure, les équipements et la logistique. Il faut noter un soutien financier des partenaires au développement dans la mise en œuvre du programme de santé de la reproduction (OMS, UNICEF, UNFPA) ou dans le cadre de la coopération bilatérale (Coopération française, Coopération belge, ...etc.)

### **I.5.3. Accessibilité des services de la santé de la reproduction**

En termes d'accessibilité géographique aux infrastructures sanitaires, 44% de la population vivent dans un rayon de moins de 5 Km d'un centre de santé. Les populations qui doivent parcourir une distance de 5 à 15 Km pour accéder à une structure sanitaire représentent 27% tandis que 29% sont à plus de 15 km (PNDS, 2008).

L'Initiative de Bamako a mis un terme à la situation de gratuité des soins et a conduit à la contribution des populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Les prestations de santé et les médicaments sont désormais payants.

Cependant, des dérogations ont été faites pour rendre plus accessibles les soins pour certaines composantes de la santé de la reproduction. Ainsi, les consultations de planification familiale et de soins prénatals sont gratuites. Les coûts des actes d'accouchement sont de 500F dans les ESPC et de 1500F dans les établissements de premier niveau de référence. Toutefois, ces dispositions ne sont pas toujours appliquées.

Par ailleurs, l'utilisation des services offerts reste faible. Elle est estimée à 20,6% pour les soins curatifs avant la crise socio-militaire (RASS 1999-2000).

Le recours à la médecine traditionnelle redevient une pratique très courante au point où le gouvernement a dû développer un programme national de promotion de la médecine traditionnelle en 1998.

### **I.5.4. Programmes de santé**

Le Programme National de la Santé de la Reproduction coordonne la mise en œuvre des activités de la santé de la reproduction avec le concours des programmes de santé ci-dessous :

- le Programme Elargi de Vaccination (PEV);
- le Programme National de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PNPEC);

- le Programme National de Santé Infantile (PNSI);
- le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP);
- le Programme National de Lutte contre le cancer (PNLCA);
- le Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU);
- le Programme National de Nutrition (PNN).

Cependant, la coordination des activités de ces programmes reste insuffisante.

#### **I.5.5. Partenariat**

La Côte d'Ivoire a une longue expérience de partenariat, notamment avec les associations confessionnelles (hôpitaux et autres établissements sanitaires confessionnels). Dans le cadre de sa coopération avec le Système des Nations Unies, la Côte d'Ivoire bénéficie d'appuis divers en matière de la santé de la reproduction. Il s'est développé ces dernières années sous l'impulsion du Ministère en charge de la santé, un mouvement de renforcement du partenariat avec les associations communautaires et les organisations non gouvernementales nationales ou internationales.

Le partenariat le plus agissant est observé dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida avec l'intervention des ONG nationales et internationales. Dans le domaine de la planification familiale, un partenariat s'est développé avec des ONG nationales dont l'AIBEF et l'AIMAS.

Les partenariats encore faibles et qui demandent à être renforcés sont ceux avec le secteur sanitaire privé de type lucratif et les autres secteurs de développement.

De même, les comités de gestion des établissements de santé (COGES) sont encore trop timides dans leur mission de cogestion et d'interface entre les populations et les acteurs du secteur de la santé.

En outre, l'on note des partenariats avec d'autres acteurs tels que les collectivités territoriales (mairies, conseils généraux). Cependant, l'analyse de la collaboration entre ces différents acteurs a révélé des difficultés au niveau du partenaire qu'il faut améliorer. Cette situation est illustrée par la mise en œuvre des projets de santé sexuelle et reproductive des jeunes et lutte contre les violences sexuelles par les Ministères chargés de la santé, de la jeunesse et de la famille.

#### **I.5.6. Suivi, évaluation et coordination**

Le système d'information sanitaire a des difficultés pour produire des informations à temps. Le dernier rapport produit date de 2000. Des informations sont produites dans des districts mais sont peu utilisées.

Il faut noter en outre une insuffisance de mécanismes opérationnels pour disposer des données du secteur privé et parapublic. Cette insuffisance du système d'information ne permet pas d'apprécier les progrès réalisés. Elle est due à une insuffisance de ressources pour la formation des agents de santé en SIG, l'acquisition de matériels informatiques pour la saisie et le traitement des données et pour l'organisation du système et la démotivation des agents des centres de surveillance épidémiologique.

L'absence de mécanisme national formel chargé de coordonner l'ensemble des actions de la SR ne permet pas une synergie des interventions en vue d'améliorer la santé des populations cibles.

En outre, dans les districts sanitaires, l'on note des insuffisances dans l'exécution des tâches par les coordonnateurs de la SR existants et une faible implication de l'équipe cadre de district dans les activités de SR.

## **II - ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

### **II . 1. Cadre juridique, réglementaire et institutionnel**

La Côte d'Ivoire en participant à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en septembre 1994 au Caire (Egypte), s'est engagée à offrir des soins axés sur les besoins des populations de façon à leur permettre de jouir de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction.

Certaines barrières liées aux textes juridiques ont réduit d'une part l'efficacité de la promotion de la santé en matière de sexualité et de reproduction et de l'autre, l'exercice plein et entier par les populations de leurs droits dans ces domaines. Un avant projet de loi a été produit à cet effet, mais non encore adopté. Cet avant projet a pour objet de :

- intégrer le concept de la santé de la reproduction dans le cadre juridique et réglementaire de façon à améliorer la santé des individus et des populations ;
- créer un cadre juridique favorable à la protection et à la promotion de la santé des femmes, des mères, des enfants, des adolescents et des jeunes, et des hommes ;
- contribuer à améliorer la qualité de leurs relations tant sur le plan humain que sexuel, notamment dans les rapports entre hommes et femmes, de sorte que chacun puisse vivre des relations sexuelles dénuées de la crainte d'une grossesse non désirée, d'une infection ou d'abus.

Les politiques de santé en vigueur dans le pays sont favorables à la promotion des activités de la santé de la reproduction et à l'intégration des activités de planification familiale dans le Paquet Minimum d'Activités. Cependant la question fondamentale de la sécurisation de l'approvisionnement national en produits contraceptifs et surtout celle relative à l'engagement de l'Etat dans cet approvisionnement n'a pas encore trouvé une réponse adéquate. La ligne budgétaire mise en place à cet effet est alimentée à hauteur de 15 millions de francs CFA alors que les besoins annuels sont évalués à plus d'un demi milliard.

La majorité des produits de la santé de la reproduction sauf les condoms sont intégrés dans la liste nationale des médicaments essentiels qui ont une autorisation de mise sur le marché et qui bénéficient d'une exonération des droits de douane pour le secteur public.

La politique de décentralisation mise en œuvre dans le pays donne la responsabilité de la construction des établissements sanitaires et de certaines interventions aux collectivités locales. Le Ministère de la santé a la charge de les faire fonctionner (équipements, personnel, approvisionnement en médicaments, organisation, suivi et évaluation).

L'on constate, cependant, que ces collectivités décentralisées ou locales sont peu informées, formées et sensibilisées pour s'impliquer véritablement dans la résolution des problèmes de santé en général et de la santé de la reproduction en particulier.

L'on note également qu'il existe très peu de textes législatifs et réglementaires formels en matière de droit et de santé sexuels et reproductifs.

## **II . 2. Santé de la femme**

La situation sanitaire des femmes en Côte d'Ivoire se caractérise par de nombreux problèmes. Les plus perceptibles sont les cancers du sein et du col de l'utérus, les violences sexuelles, les fistules obstétricales et la mortalité maternelle.

### **II.2.1. Mortalité maternelle**

La mortalité maternelle est un problème de santé publique en Côte d'Ivoire. En effet, bien qu'en baisse (597 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 1994, contre 543 en 2005 (EDS 1994 ; EIS 2005), elle pèse plus de deux décès maternels toutes les trois heures. Dans les pays développés, la moyenne des ratios de mortalité maternelle reste inférieure à 10.

### **II.2.2. Causes immédiates des décès maternels**

Les causes immédiates de la mortalité maternelle se subdivisent en causes directes et causes indirectes.

#### **II.2.2.1. Causes directes**

La mortalité maternelle est essentiellement due à des causes médicales directes (80%). Une étude réalisée par la Ministère de la Santé (DC-PNSR/PF, 2006) a montré que sur l'ensemble des complications obstétricales reçues dans les structures publiques de santé de la ville d'Abidjan en 2004, les hémorragies ante et post-partum viennent en tête (36,1%), suivis du travail prolongé / dystocie (20,3%).

Les autres causes directes sont les complications de l'hypertension artérielle (18,2%), les complications de l'avortement (14,8%) et les infections du post-partum (4,8%).

#### **II.2.2.2. Causes indirectes**

- **IST/VIH/Sida**

Le VIH/Sida reste l'une des causes de morbidité et de mortalité chez les femmes en Côte d'Ivoire suivi des infections sexuellement transmissibles chez les femmes âgées de 15 à 44 ans.

L'une des caractéristiques de l'épidémie du VIH en Côte d'Ivoire est sa féminisation avec une prévalence de 6,4% chez les femmes et 2,9% chez les hommes (EIS, 2005).

La prévalence nationale du VIH chez les femmes enceintes en 2008 est de 4,5% selon le rapport sur la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en Côte d'Ivoire (MSHP/DIPE, 2008).

- **Paludisme**

Le paludisme également contribue à la mauvaise santé et à la mortalité des mères car les femmes enceintes représentent le principal groupe d'adultes exposé à la maladie.

Selon les statistiques du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), en 2005, le paludisme représentait 42% des états morbides et 36,07% des causes d'hospitalisation chez les femmes enceintes (PNLP, 2005).

### II.2.2.3. **Maladies non transmissibles**

Les maladies en l'occurrence les maladies métaboliques et les maladies cardiovasculaires figurent également parmi les autres causes des décès maternels. Ils constituent aussi des facteurs aggravants des complications de la grossesse. Ce sont : le diabète, l'obésité l'hypertension artérielle (HTA)...

### II.2.2.4. **Mutilation Génitale Féminine**

L'étude menée par l'OMS dans six pays africains sur les séquelles obstétricales des mutilations sexuelles féminines montre que les accouchements chez des femmes ayant subi cette pratique avaient plus de risques d'être compliqués (césarienne, hémorragie du post-partum, épisiotomie et hospitalisation prolongée).

De plus, les enfants nés de ces mères courent un plus grand risque de décès pendant et après l'accouchement (OMS, 2006).

## II.2.3. **Causes sous jacentes**

### II.2.3.1. **Causes liées au système de santé**

- **Surveillance insuffisante de la grossesse et de l'accouchement**

La situation de la santé de la mère se caractérise par une insuffisance de la surveillance de la grossesse. En effet, le suivi des soins prénatals reste encore insuffisant et décroît avec le rang. En 2005, la consultation prénatale de rang 1 a été estimée à 87% contre 45% pour celle de rang 4 (EIS-2005). Cette situation s'explique par des facteurs liés au système de santé (cherté des intrants et des médicaments...) et des représentations culturelles liées aux premiers mois de la grossesse.

L'insuffisance de la surveillance de la grossesse est associée à un faible niveau d'accouchement assisté par un personnel qualifié (56% en 2005). Dans 44% des cas, les mères sont aidées par des parentes et/ou des accoucheuses traditionnelles ou elles accouchent seules (MICS, 2006).

- **Prise en charge insuffisante des complications obstétricales**

L'assistance à l'accouchement par un personnel de santé est évaluée à 56% (EIS-2005) avec une répartition inégale dans le pays. Les complications obstétricales responsables de 80% des décès maternels étaient prises en charge à hauteur de 42% en 2000 (CRESAR/CI, 2001). Cette même étude a révélé un niveau de pratique de la césarienne estimé à 0,78% et un ratio de décès maternel sur les complications obstétricales de 2,7% contre moins de 1% préconisé par l'OMS.

En 2004, dans la ville d'Abidjan, 60,1% des complications obstétricales ont été prises en charge dans les structures sanitaires publiques. La pratique de la césarienne était de 3,6%. Le taux de létalité a été de 1,7 décès survenu sur 100 complications traitées (DC-PNSR, 2006).

- **Qualité des soins**

Depuis quelques années, l'on note une dégradation de la qualité des soins et services même si des efforts sont faits pour améliorer la santé des mères et leurs enfants. C'est le cas de la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticides, l'offre des soins obstétricaux et néonataux essentiels...

Un audit clinique sur les "échappées belles" (CRESAR/CI, 2001) relève que l'insuffisance de la qualité des soins est majoritairement attribuée au personnel, au suivi de l'organisation et de la gestion des soins. Le problème de la qualité des soins se pose avec acuité dans les services de maternité.

En effet, les actions de supervision et de contrôle pour améliorer la situation sont insuffisantes. Les rencontres périodiques entre les acteurs des structures périphériques et celles de référence pour améliorer la qualité des soins ne sont pas tenues. Les agents fautifs ou responsables de fautes lourdes ne sont pas souvent sanctionnés.

Le personnel de santé est insuffisamment formé pour prendre en charge l'ensemble des problèmes de SR. Au niveau de la gestion du personnel, l'on note que le personnel disponible dans les structures sanitaires (au niveau opérationnel) est insuffisant et inégalement réparti.

Il existe également une insuffisance d'adéquation entre les contenus de l'enseignement dispensé dans les écoles de formation de base et les besoins en matière de santé de la reproduction. De même, l'on observe une application insuffisante des approches actuelles des soins obstétricaux et néonataux d'urgence y compris les soins après avortement, des soins prénatals recentrés, des directives sur l'usage des ventouses et sur la mise en observation des accouchées durant 48 heures.

Les composantes de la santé maternelle, néonatale et infantile ne sont pas intégrées dans toutes les structures : la planification familiale (430 établissements du secteur public), le dépistage volontaire du VIH (85), les services de PTME (76), les services de prise en charge du VIH (83).

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

Sur l'ensemble des 83 districts sanitaires, 30 ne disposent pas de structure de référence ayant au moins un bloc opératoire. Sur les 77 hôpitaux de référence (hôpitaux généraux et centres hospitaliers régionaux), 26 n'ont pas de bloc opératoire fonctionnel.

Dans la ville d'Abidjan y compris les sous-préfectures d'Anyama et de Bingerville, le nombre de structures ayant un bloc opératoire est insuffisant.

S'agissant de la sécurisation des produits de la santé de la reproduction, on enregistre de fréquentes ruptures de stock de médicaments et produits essentiels à la santé de la femme et de la mère. Les produits sanguins ne sont pas accessibles aux populations pour des raisons de lenteur dans la décentralisation de la banque de sang, d'insuffisance de donneurs et du coût élevé.

En outre, les médicaments anti-rétroviraux ne sont pas disponibles sur l'ensemble du territoire. L'approvisionnement national des produits contraceptifs et associés est encore en grande partie l'œuvre des partenaires extérieurs.

Le système de référence et contre référence en SONU est peu fonctionnel en raison de l'insuffisance de collaboration entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, de connaissances et de compétences du personnel pour la gestion et l'utilisation du système de référence et contre référence en SONU.

L'on note également une insuffisance de moyens logistiques, des supervisions des activités... les besoins de moyens d'évacuation en cas d'urgence exprimés par les populations sont estimés à 52 ambulances.

En réponse à cette situation, des actions sont entreprises telles que la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la gratuité des médicaments anti-rétroviraux.

### **II.2.3.2. Pratiques et comportements néfastes à la SR**

La méconnaissance des pratiques familiales essentielles (alimentation du nouveau-né, soins aux enfants à domicile...) et les obstacles à l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux contribuent au mauvais état de santé de la femme et du nouveau-né. Ils constituent également un facteur important des décès maternels et néonataux.

Dans la société ivoirienne, l'on observe la persistance des pratiques néfastes à la santé maternelle et infantile, (mariage précoce, excision, grossesses précoces, rapprochées, multiples ...). Une proportion élevée de femmes a recours aux accoucheuses traditionnelles au cours de leur grossesse, pendant et après leur accouchement. Les individus, les agents de santé communautaires, les accoucheuses traditionnelles, les communautés sont peu informés et formés pour détecter des signes de danger et référer les cas vers les services de santé. Les préjugés et les tabous nutritionnels limitent la pratique de l'allaitement exclusif (4%).

En plus, si c'est l'homme qui prend les initiatives en matière de sexualité et de reproduction (rapports sexuels, planification familiale, recours aux soins et prise en charge des frais occasionnés), celui-ci perçoit la grossesse et l'accouchement comme un domaine réservé aux femmes.

La solidarité entre les individus et les communautés n'est pas suffisamment agissante pour permettre aux populations de mettre en place des mutuelles d'assurances de santé ou des caisses de solidarité pour la prise en charge des problèmes de santé de la reproduction.

Les populations et les communautés sont insuffisamment impliquées et responsabilisées dans la gestion des services de santé et dans le diagnostic communautaire. Les Comités de Gestion (CoGes) mis en place, à cet effet, sont peu fonctionnels. Comme les membres des CoGes, les relais communautaires (ASC, Matrones) sont peu actifs car il n'existe pas de mécanisme formel pour leur motivation. Des ONG dont l'AIBEF et l'AIMAS ont mis en place des services à base communautaire mais qui ne couvrent pas tout le pays.

L'environnement immédiat des populations est devenu de plus en plus insalubre au regard de l'urbanisation accélérée et anarchique. A cette situation générale, s'ajoutent les difficultés liées aux problèmes des déchets hautement toxiques déversés (528 m3) en août 2006 dans plusieurs endroits de la ville d'Abidjan. En effet, des cas de malformations à la

naissance et de morts nés constatés sont considérés par la population comme une des conséquences immédiates de cette situation.

## **II.2.4. Causes structurelles**

### *II.2.4.1. Causes politiques*

La politique sanitaire du pays est probablement l'une des causes de la situation actuelle peu reluisante de la santé de reproduction. En effet, les ressources allouées au secteur sont insuffisantes pour répondre aux besoins du secteur. En outre, l'absence d'un mécanisme de couverture universelle du risque maladie, l'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires limitent l'impact des politiques sanitaires existantes.

Des mécanismes de subvention substantielle pour la prise en charge de problèmes particuliers de la SR (SONU, cancer ...) de la majorité des populations sont inexistantes. De plus, l'Etat contribue insuffisamment dans l'approvisionnement en produits contraceptifs et les ressources allouées à la SR en particulier sont en deçà des engagements des chefs d'Etat au Sommet d'Abuja (2001) et par rapport au Plan d'action de Maputo (2007).

Par ailleurs, si les mécanismes formels de motivation des prestataires sont inexistantes, les mécanismes de sanction des prestataires indécents sont insuffisamment appliqués.

### *II.2.4.2. Causes économiques*

Depuis le coup d'Etat en 1999, la Côte d'Ivoire a connu une récession économique jusqu'en 2002. Les effets de la récession économique persistent et se traduisent par l'accroissement du chômage et la pauvreté. Seul le secteur informel de par son dynamisme est devenu le refuge d'une bonne partie de la main-d'œuvre.

En effet, la pauvreté des populations s'est fortement aggravée. L'indice de pauvreté est passé de 32,3% en 1993 à 36,8% en 1995 et 38,4% en 2002. Les données récentes révèlent une proportion de pauvres estimée à plus de 48%, soit environ une personne sur deux (INS, 2008). Cette paupérisation croissante limite l'accès des couches pauvres aux biens et services de base.

En 2006, une évaluation faite par le PAM et la FAO révèle que 43% des ménages sont en insécurité alimentaire.

Au niveau du secteur de la santé, cette situation de pauvreté, plus ressentie en milieu rural (49%) qu'en milieu urbain (24%), réduit l'accessibilité et l'utilisation des services de soins modernes par les populations. Les comportements des populations vis-à-vis des soins modernes, c'est-à-dire l'utilisation insuffisante des services de soins obstétricaux et néonataux modernes sont en partie expliqués par les coûts de revient de l'accouchement à la maternité et de la césarienne.

Face à cette situation, les initiatives permettant d'améliorer significativement l'accessibilité financière des populations à certaines urgences particulières telles que les soins obstétricaux et néonataux sont insuffisantes. Dans le cadre de la mise en œuvre de la feuille de route nationale pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle, infantile et néonatale, il est prévu des mesures visant à réduire significativement voire assurer gratuitement la prise en charge de certaines urgences obstétricales et néonatales telles que la césarienne.

### **II.2.4.3. Causes sociales, culturelles et environnementales**

Le niveau national d'alphabétisation est relativement faible avec une population adulte sachant lire et écrire est de 53% en 2005 dont 61% d'hommes et 46% de femmes. Ainsi, l'analphabétisme est plus accentué chez les femmes.

En 2006, l'on estimait le taux net de fréquentation du cycle primaire à 55% et le taux de scolarisation des fillettes à 51% (MICS, 2006).

Ce faible niveau général d'instruction et d'éducation de la population (surtout des filles) ne favorise pas les comportements favorables à la santé.

Par ailleurs, des facteurs environnementaux exposent les populations cibles à des états morbides ou des situations sanitaires diverses. Ce sont, entre autres, le manque d'hygiène, l'insalubrité, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu.

### **II.2.5. Autres problèmes**

#### **II.2.5.1. Cancers du sein et du col de l'utérus**

Parmi les 15 000 nouveaux cas sont attendus par an en Côte d'Ivoire, les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux. L'incidence est de 98,8 cas pour 100000 habitants en 2004 avec 25,2% de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus (PNDS, 2008).

L'on y note une augmentation de la fréquence du cancer du col qui est passée de 23,6% des cancers chez la femme en 1997 à 29,2% selon les données ajustées du registre de cancer d'Abidjan de 2004 à 2006. C'est le premier cancer de la femme avec environ 6000 nouveaux cas par an (MSHP/UNFPA, 2009).

La découverte est généralement tardive, hors de toute possibilité thérapeutique dans 80% des cas. Le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus n'est pas une pratique courante en Côte d'Ivoire car très peu connu des populations.

En outre, l'accès aux services de santé est limité car le pays ne dispose pas de moyens humains et matériels suffisants pour la prise en charge des cancers de la femme (cancer du sein et du col de l'utérus).

Chez ces patientes aux stades III et IV du cancer du col, la chimiothérapie palliative étant décevante, l'essentiel du traitement s'est résumé en des mesures d'accompagnement.

Face à ces données, un programme national de lutte contre le cancer a été créé. Des ONG ont initié des actions de sensibilisation et d'offre des services de dépistage précoce. C'est le cas de l'Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familial (AIBEF) qui pratique, depuis l'année 2006, le dépistage du cancer du sein par palpation au cours des consultations de planification familiale et de gynécologie et le dépistage du cancer du col de l'utérus par la cytologie.

En outre, l'UNFPA appuie le Gouvernement à partir d'un projet visant à intégrer l'offre des services de dépistage précoce du cancer du col de l'utérus dans les activités des services de SR.

Ce projet prévoit le renforcement des capacités opérationnelles des structures de prise en charge du traitement curatif (Centres Hospitaliers Universitaires).

### **II.2.5.2. *Violences basées sur le genre***

La violence à l'encontre des femmes est un problème majeur qui concerne tant la santé que les droits de la personne humaine.

En Côte d'Ivoire, ce fléau évolue avec une allure surprenante. En effet, les statistiques relatives aux violences sexuelles sont passées de 216 en 1996 à 627 infractions sexuelles en 1997. Cette forte croissance est inquiétante quand l'on sait que le plus grand nombre d'agressions sexuelles n'est pas rapporté à la police (SOS Violences sexuelles, 1999).

Les résultats de l'EIS ont également révélé l'intensité du phénomène des violences sexuelles avec 32 % de femmes et 34 % d'hommes qui ont déclaré connaître une personne qui a battu une femme (EIS, 2005).

La prise en charge des victimes de violences a longtemps été considérée comme un problème social et judiciaire, le rôle des médecins se limitant à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence. Progressivement, la violence s'impose comme faisant partie intégrante de la santé publique, impliquant de plus en plus les médecins et tous les personnels de santé.

Dans le cadre des interventions humanitaires, un projet de prévention et de prise en charge des violences sexuelles dans deux districts Sanitaires (Duékoué et de Yamoussoukro) a été mis en œuvre de 2004 à 2007. Ce projet a permis d'informer et de sensibiliser les populations aux problèmes et de rendre disponible les services de prise en charge médicale, psychosociale aux victimes ce genre de violence. Cependant, les interventions du projet se sont limitées à ces deux districts.

Une autre violence faite à la femme est la Mutilation Génitale Féminine (MGF). Cette pratique est considérée comme une violation des droits de l'homme, car elle est effectuée sur des personnes trop jeunes ou trop vulnérables pour y accorder leur consentement éclairé. Sa prévalence a été estimée en 1998 à 44,5% (EDS, 1998) et à 43% en 2005 (EIS, 2005).

### **II.2.5.3. *Fistules obstétricales***

Les mêmes facteurs qui causent la mortalité maternelle sont à l'origine de nombreux cas d'infirmité dont les fistules obstétricales. En absence de données nationales, 209 cas de fistules obstétricales ont été enregistrés dans 5 établissements sanitaires au cours de la période allant de 1995 à 2005 (MFFAS, 2006).

La fistule obstétricale est l'un des problèmes les plus négligés de la santé en matière de reproduction. L'odeur d'urine ou d'excréments permanente constitue une source d'humiliation. Les conséquences sociales sont tragiques : de nombreuses filles et femmes atteintes d'une fistule sont rejetées par la société, abandonnées par leur mari et blâmées de leur état.

## **II . 3. Santé du nouveau-né et des enfants**

### **II.3.1. Enoncé du problème : mortalité néonatale et infantile**

La santé du nouveau-né et de l'enfant demeure une préoccupation constante malgré les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour inverser les tendances. À cheval sur l'obstétrique et la pédiatrie, elle n'est pas suffisamment prise en compte par les programmes de santé maternelle et infantile existants.

Ainsi, le ratio de mortalité néonatale précoce est très élevé (41‰). En 2005, ce taux représentait 35% des décès infanto juvéniles. L'EDS 1998 a révélé que parmi les décès néonataux, 11% surviennent le jour de naissance, 36% entre 0 et 1 jour alors que 61% au cours de la première semaine de vie. Le niveau de mortalité néonatale varie selon les régions du pays et selon l'âge des mères (EIS, 2005).

Le profil épidémiologique des enfants de 0 à 5 ans se caractérise par des taux élevés de mortalité infantile (84‰) et infanto juvénile (125‰) ainsi que de morbidité (EIS, 2005). La transmission mère-enfant du VIH, l'alimentation de l'enfant né de mère vivant avec le VIH ainsi que les orphelins du fait du sida constituent également des problèmes majeurs.

En 2007, 3000 enfants ont reçu des Anti-rétro Viraux dans le cadre de la PTME (PNPEC, 2007) et l'on dénombre environ 420 000 orphelins du VIH qui ont besoin de soins et d'encadrement... (PNDS, 2008).

En vue d'inverser les tendances, des actions sont initiées telles que l'élaboration de documents de formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), la formation d'un pool de formateurs en SONU, la formation des prestataires...

### **II.3.2. Morbidité néonatale et infantile et ses causes**

Le profil épidémiologique des enfants en 2006 reste également dominé par une incidence élevée des affections courantes suivantes : le paludisme (110,89‰), les infections respiratoires aiguës (83,96‰), les maladies diarrhéiques (152,01‰), la rougeole (0,19‰) (PNDS, 2008).

Les caractéristiques de la couverture vaccinale montrent que les couvertures vaccinales nationales par antigène sont généralement inférieures à 90%. Elles sont : 91% pour le BCG, 58% pour la Polio, 74% pour la DTC-HépB3, 63% pour la rougeole, 75% pour les enfants entièrement vaccinés, 50% pour la fièvre jaune et 40% pour la VAT2 et plus. Une résurgence de certaines maladies évitables par la vaccination a été observée ces dernières années avec une augmentation du nombre de cas suspects de rougeole (437), de fièvre jaune (529) et de tétanos maternel et néonatal (12), (DCPEV, rapport annuel 2008).

En novembre 2009, 27 cas confirmés de poliomyélite ont été enregistrés (DCPEV, 2009).

Au niveau nutritionnel, un enfant de moins de cinq ans sur trois souffre d'une malnutrition chronique ou d'un retard de croissance. Ainsi, la prévalence de la malnutrition chronique est passée de 20,8% en 2004 à 33,9% en 2006 avec 15,7% de forme sévère (MICS, 2006).

La prévalence de la malnutrition aiguë ou maigreur chez les enfants de 0 à 59 mois est passée de 7,3 % en 2004 à 6,7% en 2006 avec 1% de forme sévère.

La dernière enquête SMART réalisée en 2008 montre une dégradation de la situation nutritionnelle surtout dans la région Nord du pays avec un niveau de malnutrition aiguë de 17,5% dépassant largement le seuil critique qui est de 10% (PNDS, 2008).

Chez ces enfants, l'insuffisance pondérale était de 20,2% avec 4,3% de forme sévère et la prévalence des petits poids à la naissance était de 16,5%. En outre, il apparaît qu'ils bénéficient très peu de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois avait une prévalence de 4% (MICS, 2006).

A ces problèmes de malnutrition sont associées les carences en micronutriments : Fer, Vitamine A, iode... Sur l'ensemble des enfants de moins de cinq ans concernés par l'étude, 67,4% étaient anémiés et 26,9% présentaient une carence en vitamine A en 2007 (PIPAF, 2007).

Selon le PIPAF, les difficultés d'accès des ménages aux aliments, la mauvaise répartition des disponibilités alimentaires au sein des ménages et la méconnaissance des bonnes pratiques alimentaires sont autant de facteurs qui expliquent l'aggravation de la situation nutritionnelle du couple mère-enfant.

En réponse à la situation de la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant décrite ci-dessus, un paquet d'interventions coût/efficacité visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile est développé dans le cadre du passage à échelle de la Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant (SASDE).

L'on note également que le Gouvernement et ses partenaires se sont engagés à lutter contre la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles en adoptant une feuille de route. Conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, cette feuille de route qui couvre la période 2008 à 2015 a pour objectifs généraux de réduire les taux actuels de la mortalité maternelle et infantile respectivement de trois quarts et de deux tiers en Côte d'Ivoire.

## **II . 4. Santé des adolescents et des jeunes**

### **II.4.1. Enoncé du problème**

En Côte d'Ivoire, les IST/VIH/SIDA, les avortements à risques et les complications obstétricales menacent fortement la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes. En effet, la prévalence du VIH chez les jeunes de 20 à 24 ans est de 2,5% avec une prédominance chez les filles (4,5%) sur les garçons (0,3%). Plus de la moitié des nouvelles infections se produit aujourd'hui chez les jeunes et les adolescents (EIS, 2005).

Du fait de leur immaturité biologique, la grossesse constitue pour les jeunes filles une cause majeure de décès et d'infirmités liée aux complications de l'accouchement et aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

Le viol et d'autres formes de violence sexuelle sont en hausse et surtout chez les jeunes.

Malgré les actions de sensibilisation, des milliers de filles subissent chaque année une mutilation sexuelle féminine.

Les principaux facteurs de risques en matière de la santé de la reproduction sont la précocité des premières relations sexuelles, la multiplicité des partenaires, les grossesses

précoces, les comportements sexuels à haut risque, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et l'absence d'information sur les problèmes de santé sexuelle et reproductive.

#### **II.4.2. Causes**

Les déterminants de la santé des adolescents et des jeunes sont leurs comportements sexuels, leurs connaissances, perceptions et attitudes en matière des IST/VIH/Sida et la disponibilité de services de santé et de conseils appropriés.

##### **II.4.2.1. Comportements sexuels**

- ***Rapport sexuel précoce et multi partenariat sexuel***

Les adolescents et les jeunes de 15 à 24 ans dans leur majorité (52,1%) sont sexuellement actifs. L'âge moyen au premier rapport est de 16,25 ans dans l'ensemble soit respectivement 16,4 ans chez les garçons et de 16,2 ans pour les jeunes filles. La jeune fille a une activité sexuelle plus précoce que le jeune garçon. En effet, 36,8% des filles sexuellement actives ont eu leur premier rapport avant l'âge de 16 ans. Cette proportion est évaluée à 32,7% chez les garçons (ENSEA, 2005).

En outre, l'exposition des jeunes à plusieurs partenaires contribue à leur morbidité et mortalité. Selon une étude, 42,1% des jeunes ont eu des partenaires multiples durant les 12 derniers mois précédant l'enquête (ENSEA, 2005).

- ***Alcoolisme, tabagisme et toxicomanie***

La consommation de l'alcool est très répandue chez les jeunes car 48,2% des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà consommé de l'alcool. Au contraire, la consommation du tabac (8,0%) et de la drogue (0,9%) reste faible. La consommation des excitants est très fortement liée à l'entrée en vie sexuelle.

Au niveau de la consommation des boissons alcoolisées, 68,3% des jeunes qui en consomment ont déjà eu leur premier rapport sexuel (ENSEA, 2005).

Au niveau du nombre de partenaires sexuels, l'on remarque que les jeunes ne consommant aucun excitant sont plutôt fidèles à un seul ou à une seule partenaire. Néanmoins, les cas de partenaires sexuels multiples sont constatés aussi bien chez les consommateurs que chez les non consommateurs de produits excitants avec une plus forte proportion dans le rang des consommateurs de drogue (70%), de tabac (66,3%) et d'alcool (51%).

Dans cette sous population des non consommateurs de produits excitants, le condom est plus utilisé de manière systématique.

- ***Fécondité et contraception***

Les jeunes sont également touchés par les grossesses. Une étude a montré qu'une fille âgée de 15 à 24 ans sur deux (42,2%) a déjà contracté une grossesse et que 70,9% de ces grossesses n'étaient pas désirées (ENSEA, 2005).

Ces jeunes pratiquent plus les interruptions de grossesses pratiquées dans de mauvaises conditions car les adolescentes et jeunes filles totalisent à elles seules 42,7% des avortements (AIBEF, 2008).

En outre, si 30 % des filles de 20-24 ans étaient sans enfant au moment de l'enquête, 29 % avaient déjà eu un enfant avant d'atteindre 18 ans et 52 % avant d'atteindre 20 ans (EIS-CI, 2005).

Le moyen le plus utilisé pour l'interruption volontaire de grossesse chez les jeunes est l'intervention médicale, suivie des médicaments traditionnels oraux faits de décoction de plante et des boissons gazeuses associée à d'autres produits. En effet, parmi les adolescentes ayant opté pour une interruption volontaire de grossesse, 70,9% ont eu recours à un curetage (ENSEA, 2005).

La fécondité des adolescentes est un phénomène important en Côte d'Ivoire dans la mesure où celles-ci représentent 24% de l'ensemble des femmes en âge de procréer et contribuent pour 14 % à la fécondité totale des femmes (EDS, 1998).

Malgré la forte prévalence des grossesses non désirées, l'on constate que les jeunes connaissent, dans leur grande majorité, les méthodes modernes de contraception pour prévenir ces grossesses. Les adolescents et les jeunes utilisent peu les méthodes contraceptives, généralement après avoir connu des rapports sexuels. Chez les jeunes sexuellement actifs, 67,2% filles et 72,7% des garçons utilisent une méthode contraceptive avec son partenaire. Les méthodes contraceptives les plus utilisées sont le préservatif (77,8%) suivi de la pilule (14,5%) (ENSEA, 2005).

Ainsi, les activités réalisées n'ont pas encore entraîné de changements significatifs chez les adolescents et jeunes.

#### II.4.2.2. Connaissance, perception et attitude en matière de IST/VIH/SIDA

Les IST deviennent un problème majeur de santé publique. La recrudescence de ce phénomène et ses conséquences sur la santé expliquent ce regain d'intérêt. En Côte d'Ivoire, les IST (hors mis le SIDA) très peu connues par les adolescents et les jeunes, car seulement 65,4% en ont entendu parler (EIS, 2005).

Par contre, les adolescents et les jeunes ont dans leur grande majorité (99,2%) entendu parler du SIDA sans avoir une connaissance complète de cette maladie. Seulement 18% des filles et 27,6% des garçons savent tous les modes de transmission du VIH (EIS, 2005).

L'analyse des connaissances des jeunes en matière de sexualité montre qu'en général, ils représentent un groupe à haut risque d'IST-SIDA, et les femmes sont particulièrement plus vulnérables pour des raisons d'ordre physiologique et culturel.

En effet, il apparaît également que les adolescents et les jeunes sont confrontés à des difficultés de communication sur les questions de santé sexuelle et reproductive au niveau de la cellule familiale. La famille, en l'occurrence les parents, ne jouent qu'un très faible rôle dans l'éducation sexuelle des adolescents et des jeunes. De nombreux parents sont peu préparés, tant sur le plan de la connaissance que du vocabulaire à utiliser ou peu disposés à donner à leurs enfants une éducation sexuelle appropriée.

Ainsi, en matière d'information sur la santé reproductive, ce sont les amis et les médias audiovisuels qui constituent les sources privilégiées pour les jeunes plutôt que l'école, la famille et les services de santé. Cette situation est due à la problématique de l'éducation sexuelle auprès des jeunes en Côte d'Ivoire. Celle-ci est caractérisée la peur des préjugés et de la stigmatisation des jeunes, principalement les filles, les pesanteurs de l'analphabétisme, la pauvreté et les tabous entourant la communication à propos de la sexualité.

Par ailleurs, malgré les actions de sensibilisation réalisées sur l'ensemble du pays et sur plus d'une décennie de mobilisation la majorité des adolescents a toujours une faible perception du risque de contracter ces maladies. En effet, plus d'une personne sur quatre (26,4%) pense qu'elle ne court aucun risque d'être infecté par le VIH, 30% estiment courir un moindre, 13% un risque modéré et 25% un risque élevé (ENSEA, 2005).

En ce qui concerne l'attitude vis-à-vis du test de dépistage du VIH, l'on note que seulement 3,7% des filles et 3,2% des garçons ont effectué leur test de VIH au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête (EIS, 2005).

#### II.4.2.3. **Insuffisance des services de santé et de conseils appropriés pour les adolescents et jeunes**

La problématique de l'éducation sexuelle auprès des jeunes et de leur prise en charge est également liée à l'inexistence des services de santé reproductive centrés sur l'ensemble des adolescents et des jeunes adultes et l'insuffisance de centre d'écoute et de conseil dans le pays.

Il n'existe pas, en effet, de politique spécifique de santé au profit des jeunes pris dans leur globalité. Seuls les adolescents et les jeunes en milieu scolaire bénéficient de l'assistance spécifique à travers 50 services de santé scolaire et universitaire (SSSU). Si l'état de ces infrastructures a connu une dégradation importante, le personnel de santé est en nombre insuffisant et les services existants ne répondent plus tout à fait aux besoins et aux problèmes sanitaires des jeunes.

D'autre part, si les SSSU commencent à recevoir tous les jeunes, ils ne prennent pas en compte suffisamment les besoins des jeunes déscolarisés et non scolarisés et ceux vivant en milieu rural. Ainsi, ces deux catégories de jeunes sont doublement désavantagées du fait de leur localisation en milieu rural, de la peur de stigmatisation et de l'insuffisance des centres.

Par ailleurs, il est démontré que la sensibilisation, à travers les centres d'écoute et de conseil, est le principal axe dans la lutte contre les grossesses non désirées et les comportements sexuels à risque des jeunes. Cependant, ces structures sont très insuffisamment implantées sur l'étendue du pays et sont peu connues. L'étude réalisée auprès des jeunes révèle que les jeunes souhaitent avoir dans les centres d'écoute et de conseil un certain nombre de services dont les distributeurs automatiques des condoms, la connexion Internet, la documentation sur la sexualité et les conseillers pour informations (ENSEA, 2005).

En somme, la prise en charge des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes est confrontée à l'insuffisance de la disponibilité, de l'accessibilité, et de la qualité des services offerts.

## II . 5. **Santé des hommes**

### II.5.1. **Enoncé du problème**

La santé sexuelle et reproductive des hommes ne fait pas l'objet d'une action spécifique en Côte d'Ivoire et pourtant elle constitue une préoccupation car les hommes sont confrontés aux problèmes des IST/VIH/SIDA, de l'infertilité et l'infécondité et des cancers génitaux. La prévalence du VIH est estimée chez les hommes à 2,9 %.

Le cancer est devenu une menace pour la santé de l'homme notamment, le cancer de la prostate qui est plus fréquent. Ce cancer représente 26% des cancers de l'homme (Gondo J., 1998) et le risque de le développer est estimé en Côte d'Ivoire à un homme sur dix à partir de 60 ans. L'incidence du cancer en Côte d'Ivoire est de 98 hommes sur 100 000 habitants (LICC, 2007).

L'infertilité touche également les hommes et elle constitue l'une des crises les plus profondes que vivent les couples qui y sont confrontés eu égard à l'importance accordée à la maternité dans la société ivoirienne.

## **II.5.2. Facteurs de risque liés à la santé des hommes**

### **II.5.2.1. IST/VIH/SIDA**

L'épidémie du VIH/SIDA a mis en exergue le comportement sexuel des hommes et la prévention comme la seule solution. Et pourtant, la majorité des hommes ont des partenaires multiples ou encore ont des pratiques sexuelles à risques.

La prévalence maximale (7%) est atteinte dans le groupe d'âge de 40-44 ans et surtout dans le centre et le sud du pays (EIS, 2005).

Les groupes professionnels les plus touchés par les IST et le VIH seraient les hommes en tenue, les enseignants et les chauffeurs routiers et leurs apprentis.

### **II.5.2.2. Cancers de la prostate et du testicule**

Le cancer de la prostate est devenu depuis quelques années le premier cancer de l'homme après 50 ans. Son incidence a augmenté alors que la détection précoce de cette maladie permet un traitement plus efficace. Face à cette situation, on peut estimer logique un dépistage systématique pour tous les hommes de plus de 50 ans.

Chez l'homme, l'incidence est du cancer est de 82 cas pour 100.000 avec une incidence élevée des cancers de la prostate (31 pour 100.000) et des cancers primitifs du foie (28%). Il n'existe pas encore de politique de prévention du cancer (PNDS, 2008).

En Côte d'Ivoire, les populations sont peu informées sur la maladie. Les activités de sensibilisation sont très rares et ne sont pas intégrées dans le paquet minimum d'activités des services de la santé de la reproduction.

Le dépistage du cancer de la prostate n'a pas encore connu un niveau satisfaisant de réalisation. Ce cancer peut être traité efficacement à condition d'être diagnostiqué précocement. Cependant, le traitement par radiothérapie n'est pas disponible en Côte d'Ivoire. Les personnes souffrant de cette affection ont souvent recours à des soins plus appropriés dans d'autres pays (Ghana, Tunisie...).

Le cancer du testicule est peu fréquent.

Les principaux facteurs de risque identifiés des cancers de la prostate et du testicule sont l'âge, les facteurs familiaux, l'alimentation, les antécédents de vasectomie, le taux d'hormones sexuelles et la masse corporelle.

### II.5.2.3. **Infertilité**

Les causes de l'infertilité peuvent être masculines, féminines, ou mixtes. Chez l'homme, l'infertilité peut résulter des troubles de la spermatogenèse, des infections des voies génitales (sperme non fécondant, absence de spermatozoïdes).

Des IST, telles que la gonorrhée et la chlamydiae, rendent stériles les hommes et les femmes si elles ne sont pas traitées. Mais souvent, en cas de stérilité, le blâme est jeté sur les femmes alors qu'en fait, l'homme peut être stérile. L'OMS estime qu'entre 8 % et 22 % de la stérilité dans le monde est due à des causes masculines. Le traitement précoce des IST chez les hommes et le diagnostic exact des problèmes de fécondité aiderait à diminuer la honte sociale et la violence que rencontrent certaines femmes qui ne peuvent pas concevoir.

Les activités de préventions de l'infertilité sont insuffisamment réalisées pour permettre la réduction des besoins non satisfaits en matière de procréation. Les services existants pour la prise en charge de l'infertilité et la stérilité sont insuffisamment équipés pour la prise en charge adéquate des patients.

### II.5.2.4. **Participation des hommes à la santé familiale**

Aujourd'hui, l'on reconnaît que les hommes jouent des rôles importants et souvent dominants dans les décisions cruciales pour la santé reproductive des femmes. Cependant, certains hommes constituent souvent un obstacle à la santé de la famille et d'autres s'impliquent insuffisamment dans la promotion de la santé reproductive de leur épouse et de leurs enfants.

La participation des hommes est une stratégie prometteuse pour traiter certains des problèmes de santé reproductive les plus urgents. Les hommes peuvent aider à enrayer la propagation du virus du SIDA et d'autres infections sexuellement transmissibles, à éviter les grossesses non souhaitées et réduire le besoin non satisfait de planification familiale, à encourager la maternité sans risques et pratiquer une paternité responsable ainsi qu'à mettre fin à la violence à l'égard des femmes.

## **II . 6. Santé des personnes du 3ème âge**

En plus des problèmes de santé cités chez les hommes et les femmes en général (cancers génitaux et mammaires, pathologie de la prostate), les personnes du 3<sup>ème</sup> âge présentent d'autres besoins spécifiques en santé. Il s'agit des maladies liées à l'inactivité telles que la perte d'autonomie et les troubles du mémoire qui affectent leur santé physique et reproductive.

L'information des communautés et des individus sur les symptômes pour une consultation en vue d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate pourrait permettre d'améliorer leur compétence de vie sexuelle.

Le renforcement des structures de santé pour la prise en compte de cette catégorie de personnes est également nécessaire.

### **III - REPONSES ET DEFIS DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION**

#### **III . 1. Actions entreprises et atouts**

Des actions ont été entreprises pour satisfaire les besoins des populations en fournissant des services globaux et intégrés en relation avec les différentes étapes de la vie génésique de la femme et de l'homme. Ces actions sont concrétisées par des engagements politiques et mesures réglementaires, des efforts d'amélioration de l'offre des services. Ce sont :

##### **III.1.1. *Mesures politiques et réglementaires***

La volonté politique du Gouvernement s'est concrétisée par :

- l'existence d'un Plan National de Développement Sanitaire;
- la mise en place depuis 1992, au niveau central, de plusieurs structures de coordination des activités de la santé de la reproduction ;
- la volonté du gouvernement pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement ;
- la mobilisation des partenaires au développement pour l'atteinte des objectifs 4, 5 et 6 des OMD ;
- l'existence d'une feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale et infantile ;
- la volonté politique accordant une priorité à la santé de la femme et de l'enfant ;
- l'engagement de la Côte d'Ivoire pour appliquer les recommandations de l'Union Africaine relatives à l'accroissement du niveau du budget à allouer à la santé (15% du budget global) ;
- l'existence d'un ministère de la lutte contre le Sida et l'existence d'un plan national stratégique de lutte;
- la volonté politique pour faire les comptes nationaux de la santé ;
- l'élaboration et la validation d'un avant projet de loi sur la santé de la reproduction et sur le Code de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- l'existence d'une loi portant sur les pratiques néfastes à la promotion de la SR (Loi de 1998 sur les MGF) ;
- la disponibilité des documents de politique pour les LMD/IRA, PCIMNE... ;
- l'existence de la politique de la santé de la reproduction.
- l'existence de structures nationales d'encadrement des communautés (ANADER, CIDT, Ivoire Coton ...) et d'ONG qui contribuent à la promotion de la santé maternelle et infantile ;
- la création de l'antenne de l'INFAS à Aboisso et celles d'Abengourou et Daloa en projet ;
- l'existence d'une politique de valorisation des ressources humaines ;
- l'existence d'une disposition portant sur la formation continue professionnelle du personnel de la Santé (Cf. décret 2006-03 du 25 janvier 2006 et décret 2006-33 du 08 mars 2006 portant nouvelles attributions du MSHP) ;
- l'engagement et la volonté politique de restructurer la PSP pour une meilleure disponibilité des médicaments ;

- la mise en œuvre du processus d'intégration des contraceptifs à la PSP ;
- l'existence d'une Politique Nationale de Genre prenant en compte les services sociaux de base notamment la santé ;
- l'harmonisation des curricula de formation dans les écoles de base de l'espace CEDEAO ;
- l'adoption de la stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) pour atteindre les objectifs 4, 5, 6 et 7 des OMD ;
- l'effort de redéploiement et de l'affectation du personnel dans les zones ex-assiégées.

### **III.1.2. Amélioration de l'offre des services / capacité des structures**

- la sélection d'interventions intégrées et combinées (SMN+, PEV+...) pour réduire la morbidité et mortalité.
- la possibilité offerte aux organisations de la société civile de participer aux activités de SMNI et l'octroi de subventions aux organisations crédibles ;
- l'existence des collectivités locales et décentralisées qui mobilisent les ressources pour la communauté ;
- l'existence d'ONG intervenant dans la planification familiale dans les entreprises ;
- la disponibilité d'un paquet minimum d'activités (PMA) pour les établissements de premier contact et pour les hôpitaux de référence de district ;
- le recrutement de 1306 médecins en janvier 2007 ;
- la disponibilité d'un document de supervision à l'intention des équipes cadres de district ;
- l'implantation de 10 centres modernes d'écoute et de conseil pour les jeunes dans 10 communes du pays ;
- la mise en place de distributeurs automatiques des condoms dans certaines villes du pays ;
- l'existence d'un cadre (plate forme) de coordination des activités de la santé de la reproduction ;
- Existence de programmes pour la prévention et la prise en charge de problèmes spécifiques de la santé de la reproduction (cancers génitaux, santé scolaire, VIH/Sida...).

### **III.1.3. Mobilisation des communautés**

- L'existence des ONG de lutte contre certains problèmes de la SR (Mortalité maternelle, VIH, Santé des jeunes, cancer, violences sexuelles...);
- l'émergence d'organisations à base communautaire dans certaines localités pour la promotion de la SR (pratiques familiales essentielles telles que l'allaitement maternel...);
- le renforcement des capacités des agents de santé communautaires...

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

### **III . 2. Contraintes**

Dans les efforts de résolution des problèmes de SR rencontrés en Côte d'Ivoire, l'on note l'existence de contraintes diverses. Ces contraintes se situent à divers niveaux. Ce sont :

#### **III.2.1. *Au niveau politique***

- L'approvisionnement national des contraceptifs est encore l'œuvre des partenaires au développement ;
- les textes législatifs et réglementaires ainsi que les documents nationaux de référence en matière de santé de la mère, du nouveau né et des jeunes ne sont pas mis à jour ;
- les ressources financières allouées aux programmes de la santé de la mère, du nouveau-né et des jeunes ne reflètent pas les engagements d'Abuja et de Maputo ;
- les directives et les normes en matière de la santé de la reproduction n'existent pas ;
- les activités de suivi évaluation et de coordination sont insuffisamment réalisées par les acteurs locaux ;
- le système de suivi, supervision et d'évaluation n'est pas performant et ne prend pas en compte les secteurs privé et parapublic ;
- les mécanismes formels de motivation et d'encouragement des prestataires tout comme ceux permettant de sanctionner les mauvais prestataires sont inexistantes ;
- la formation médicale initiale connaît des insuffisances ;
- la formation médicale continue n'est pas formalisée

#### **III.2.2. *Au niveau de l'offre des services***

- Les services de santé de la reproduction ne sont pas de qualité suffisante et ne sont pas disponibles toute la journée (24 heures sur 24 heures toute la semaine) ;
- les activités de santé maternelle et néonatale ne sont pas intégrées comme prévues dans le PNDS ;
- l'accessibilité géographique des populations aux services de santé maternelle, néonatale n'a pas atteint un niveau satisfaisant ;
- l'accessibilité financière des populations aux urgences obstétricales, néonatales n'est pas garantie ;
- la PTME insuffisamment répartie sur le territoire national ;
- les SONU sont incomplets ;
- les directives sur SONU, CPN, CPON sont insuffisamment suivies ;
- les produits de la santé de la mère et du nouveau-né connaissent des ruptures fréquentes de stocks ;
- le plateau technique pour la prise en charge des SONU est insuffisant ;
- les services de prise en charge des fistules obstétricales sont très insuffisants ;
- le système de référence et de contre référence est défaillant ;
- les services à base communautaire et les services à domicile font défaut ;
- les services de santé scolaire et universitaire n'ont pas intégré les services de planification familiale ;
- les centres d'écoute et de conseils ne disposent pas des commodités nécessaires et sont insuffisants pour couvrir les besoins des jeunes ;

- les services de santé sont peu accueillants et ne sont pas adaptés aux besoins des jeunes ;
- le mécanisme (mutuelle ou assurance) pour la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement n'existe pas.
- le mécanisme spécifique (dispositif minimum d'urgence) pour la prise en charge des groupes sociaux spécifiques (personnes du 3<sup>ème</sup> âge, populations transfrontalières, déplacées, rurales...) n'existe pas ;
- les activités de sensibilisation des hommes sont insuffisamment menées pour prévenir l'infertilité et dépister à temps le cancer de la prostate ;
- la prise en charge du cancer de la prostate et des cancers en général par radiothérapie n'existe pas dans le pays,
- l'éducation sexuelle est insuffisamment intégrée à l'école.

### **III.2.3. Au niveau des individus, ménages et communautés**

- la persistance de pratiques traditionnelles néfastes à la santé ;
- la recrudescence des violences sexuelles et persistance des violences basées sur le genre ;
- les services de santé publics sont sous utilisés ;
- le comportement sexuel des adolescents et des jeunes mérite une attention particulière ;
- les questions relatives à la santé sexuelle des adolescents et des jeunes sont encore des sujets tabous et ne sont pas discutées en famille ;
- les questions relatives à la santé sexuelle et à la santé de la reproduction du couple ne sont pas discutées entre conjoints ;
- les hommes participent très peu aux activités de la santé de la reproduction et sont très peu responsabilisés.

### **III . 3. Défis**

L'analyse de la situation de la SR en Côte d'Ivoire met en exergue de nombreux défis relevés dans les documents nationaux suivants :

- la politique nationale du Genre
- la stratégie nationale de lutte contre le Sida 2006-2010
- les plans opérationnels régionaux et de district et le plan opérationnel national de lutte contre le sida 2008-2009,
- la Feuille de route pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle, néonatale et infantile,
- la stratégie nationale de sécurisation des produits de la SR,
- le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013
- le plan national d'opérationnalisation du Plan de Maputo,
- la nouvelle politique de Santé de la Reproduction.

Les défis face auxquels il est urgent de développer des stratégies et actions qui permettront d'améliorer la santé de la reproduction sont décrits ci-dessous :

#### **III.3.1. Au niveau politique**

Les défis à relever au niveau des engagements politiques sont :

- l'opérationnalisation des documents élaborés et validés dans le cadre de la promotion de la SR dont dispose la Côte d'Ivoire comme une priorité.

- l'octroi effectif des ressources financières et matérielles nécessaires pour atteindre les objectifs de la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile selon l'engagement des chefs d'état et de gouvernement pris à Abuja ;
- la sécurisation des produits de la santé de la reproduction y compris les produits sanguins;
- l'amélioration du cadre juridique à travers des textes législatifs et réglementaires pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive des différentes cibles (adolescents et jeunes, mères...);
- la prise en charge des urgences en matière de santé de la reproduction comme une priorité de l'Etat face aux difficultés des populations d'accéder financièrement aux services de santé ;
- le repositionnement de la planification familiale et le leadership dans la sécurisation des produits contraceptifs à assurer par le gouvernement.

### **III.3.2. Au niveau de l'offre des services**

Dans le cadre de l'offre des services, les défis à relever sont :

- la prestation de services de la santé de la reproduction de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- l'optimisation des ressources humaines ;
- l'intégration des services de SR à travers des composantes IST, VIH, Sida, PF, Consultation pré et post natales, Suivi du nouveau né et des enfants ;
- la réduction de l'incidence des IST/VIH/Sida et des avortements à risques chez les adolescents et les jeunes ;
- la mise en place d'un dispositif minimum d'urgence afin d'apporter des réponses appropriées aux éventuelles crises sociales, politiques et sanitaires à travers des urgences humanitaires;
- le renforcement de l'éducation sexuelle dans les écoles ;
- la multiplication des centres d'écoute et de conseils pour les jeunes non scolarisés ou déscolarisés dans les différents milieux (rural et urbain) ;
- l'amélioration du fonctionnement du cadre de coordination, de suivi-évaluation des activités de la santé de la reproduction comme axe majeur pour l'intégration et la pérennisation des actions ;
- le renforcement des ressources matérielles (infrastructures et équipements) ;
- la maintenance des équipements.

### **III.3.3. Au niveau des communautés**

Les défis à relever consistent en:

- la responsabilisation des communautés dans la gestion et dans l'utilisation des services de SR;
- l'implication et la participation des hommes dans la promotion de la SR;
- le renforcement des capacités des couples et des parents ;
- la promotion de l'éducation sexuelle.

## **DEUXIEME PARTIE**

### **CADRAGE STRATEGIQUE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN COTE D'IVOIRE**

## **IV - VISION ET OBJECTIFS DE LA COTE D'IVOIRE EN MATIERE DE LA SR**

### **IV . 1. Vision**

La vision de la Côte d'Ivoire en matière de santé de la reproduction est la suivante : « *Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît, en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines<sup>2</sup>*».

### **IV . 2. But et objectifs du plan**

#### **IV.2.1. But**

Le présent plan stratégique de la santé de la reproduction est élaboré conformément à la Déclaration de la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction, aux engagements pris au sommet de millénaire en 2000 et au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013. Son but est d'œuvrer avec les autres plans et programmes en vue d'améliorer la santé et le bien-être des individus et des populations dans la perspective d'un développement durable.

De façon particulière, le présent plan stratégique de la santé de la reproduction vise la réduction significative de la morbidité et de la mortalité liées à la sexualité et à la reproduction des populations vivant en Côte d'Ivoire.

#### **IV.2.2. Objectifs**

##### *IV.2.2.1. Objectifs généraux*

Afin d'atteindre le but recherché, le Plan stratégique national de la SR s'assigne comme objectifs généraux sur la période 2010-2014 de contribuer à :

- Réduire la morbidité et la mortalité liées à la sexualité et à la reproduction chez la femme et chez l'homme;
- Réduire la morbidité et la mortalité néonatale;
- Réduire la morbidité et la mortalité infantile;
- Réduire la morbidité et la mortalité liées à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et les jeunes;
- Réduire les problèmes liés à la sexualité et à la reproduction des groupes sociaux spécifiques (personnes du 3ème âge, populations rurales et mobiles, populations transfrontalières, populations déplacées...).

---

<sup>2</sup> Politique Nationale de la Santé de la Reproduction, novembre 2008

IV.2.2.2. Objectifs d'impact et de résultat

OBJECTIFS D'IMPACT	OBJECTIFS DE RESULTAT
<b>SANTE DE LA FEMME</b>	
<p><b>1. Réduire de 543 à 272 le ratio de décès maternel d'ici fin 2014</b></p>	<p>1.1 Accroître de 45% à 66% la proportion des femmes qui bénéficient d'au moins 4 consultations prénatales d'ici fin 2014.</p> <p>1.2 Porter de 56% à 79% la proportion d'accouchement assisté par un professionnel de la santé de 2010 à fin 2014.</p> <p>1.3 Accroître de 42% à 71,4% le taux de satisfaction des besoins en SONU de 2009 d'ici fin 2014.</p> <p>1.4 Assurer qu'au moins 60% des femmes ayant accouché bénéficient des consultations postnatales de 2010 d'ici fin 2014.</p> <p>1.5 Accroître de 13% à 25,1% la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer de 2010 à fin 2014.</p> <p>1.6 Contribuer à la réduction de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes d'au moins 25% d'ici fin 2014.</p>
<p><b>2. Réduire de 50% la morbidité des femmes liée à la sexualité et à la reproduction d'ici fin 2014</b></p>	<p>2.1 Contribuer à la réduction de 50% la prévalence des IST chez les femmes 2014de 2010 à fin 2014.</p> <p>2.2 Contribuer à la réduction de 50% le niveau de violences basées sur le genre (MGF, Viol) et leurs conséquences d'ici fin 2014.</p> <p>2.3 Réduire de 50% le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes 2014de 2010 d'ici fin 2014.</p> <p>2.4 Réduire de 50% la prévalence des fistules obstétricales 2014de 2010 d'ici fin 2014.</p> <p>2.5 Contribuer à la réduction de 50% la prévalence du cancer du col de l'utérus et des seins d'ici fin 2014.</p> <p>2.6 Contribuer à réduire de 5% la prévalence du cancer du col de l'utérus et des seins d'ici fin 2014.</p>

OBJECTIFS D'IMPACT	OBJECTIFS DE RESULTAT
<b>SANTE DU NOUVEAU-NE</b>	
<b>3. Réduire de 41% à 25% le taux de mortalité néonatale d'ici fin 2014</b>	<p>3.1 Assurer qu'au moins 60% des nouveau-nés bénéficient d'une consultation postnatale dans la première semaine après sa naissance d'ici fin 2014.</p> <p>3.2 Assurer la prise en charge d'au moins 80% des complications chez le nouveau-né de 2010 d'ici fin 2014.</p> <p>3.3 Contribuer à la réduction de 75% la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 2010 d'ici fin 2014.</p> <p>3.4 Contribuer à réduire l'incidence du tétanos néonatal à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes (élimination) d'ici fin 2010.</p>
<b>SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES</b>	
<b>4. Réduire d'au moins 30% le taux de mortalité liée à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et les jeunes d'ici fin 2014.</b>	<p>4-1 Réduire de 50% le taux des avortements provoqués chez les adolescentes et les jeunes de 2010 à fin 2014.</p> <p>4-2 Contribuer à la prise en charge de 50% des adolescents et jeunes vivant avec le VIH de 2010 d'ici fin 2014.</p>
<b>5. Réduire de 50% le taux de morbidité liée à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et les jeunes de 2010 à fin 2014.</b>	<p>5-1 Contribuer à la réduction de 50% la prévalence des IST/VIH chez les adolescents et les jeunes de 2010 à fin 2014.</p> <p>5-2 Contribuer à la réduction de 50% le niveau de violences basées sur le genre (MGF, Viol) et leurs conséquences chez les adolescentes et les jeunes d'ici fin 2014.</p>
<b>SANTE DES HOMMES</b>	
<b>6. Réduire de 30% le taux de mortalité liée à la sexualité chez les hommes d'ici fin 2014.</b>	<p>6-1 Contribuer à la prise en charge de 50% des hommes vivant avec le VIH d'ici fin 2014.</p> <p>Contribuer à la réduction de 50% la prévalence du cancer de la prostate d'ici fin 2014.</p>

<p><b>7. Réduire de 50% le taux de morbidité liée à la sexualité chez les hommes d'ici fin 2014</b></p>	<p>7-1 Accroître de 60% le taux de la prise en charge des cas d'infertilité chez les hommes d'ici fin 2014.</p> <p>7-2 Assurer la prise en charge d'au moins 30% des dysfonctions sexuelles d'ici fin 2014.</p> <p>7-3 Contribuer à la réduction de 50% la prévalence des IST/VIH chez les hommes d'ici fin 2014.</p>
---	---

**OBJECTIFS LIES AUX PROBLEMES COMMUNS**

<p><b>8. Augmenter de 50% les activités de soutien à la santé sexuelle et reproductive de la femme de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes, des hommes d'ici fin 2014</b></p>	<p>8-1 Accroître la proportion de ressources pour couvrir au moins 80% des besoins de santé sexuelle et reproductive de la femme de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes, des hommes, au cours de la période d'ici fin 2014</p> <p>8.2 Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des activités dans tous les districts sanitaires au cours de la période d'ici fin 2014</p> <p>8.3. Assurer la promotion de la recherche opérationnelle et les résultats de recherche en SR au cours de la période d'ici fin 2014</p> <p>8-4 Amener tous les acteurs de la SR à intégrer le Genre, les droits et la Sexualité dans le paquet de leurs activités au cours de la période d'ici fin 2014</p> <p>8-5 Amener toutes les structures offrant les services de SR à promouvoir les services de qualité au cours de la période d'ici fin 2014</p> <p>8-6 Renforcer les compétences des prestataires de services de santé à offrir les services du Dispositif Minimum d'urgence en situation d'urgence humanitaire au cours de la période d'ici fin 2014.</p>
--	---

## **V - AXES STRATEGIQUES**

Le plan stratégique de la SR sera mis en œuvre selon les deux axes stratégiques suivants :

- Les axes stratégiques programmatiques ou de services
- Les axes stratégiques de soutien et de développement.

### **V . 1. Axes stratégiques programmatiques ou de services**

Les axes stratégiques concernent les aspects suivants liés à l'offre des services. Ce sont:

- l'environnement socio juridique, réglementaire et institutionnel de la SR ;
- la prévention et la promotion en matière de SR (Communication pour le Changement de Comportement, la mobilisation et participation communautaires...);
- l'accès aux services de SR de qualité y compris l'offre des services en situation d'urgence humanitaire ;
- les compétences des acteurs et le système qualité.

#### **V.1.1. Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la SR**

Il s'agira de faire adopter une loi pour la promotion de la SR et de renforcer les cadres réglementaires pour l'offre des services de SR. La loi, une fois adoptée, devra faire l'objet de vulgarisation au sein des populations.

#### **V.1.2. Renforcement des activités de prévention et de promotion en matière de SR (capacités des individus, ménages...)**

Il s'agira de renforcer les capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif.

La prévention portera sur la promotion de l'utilisation des services de Santé de la Reproduction. Elle couvrira les composantes essentielles de la SR suivantes :

- la lutte contre les grossesses non désirées et les avortements à risques ;
- la planification familiale ;
- la surveillance de la grossesse et de l'accouchement ;
- la consultation postnatale (mère et nouveau-né) ;
- le dépistage et la prise en charge précoces des cancers de la prostate, du sein et du col de l'utérus ;
- la prévention des IST ;
- les conseils et le dépistage volontaire du VIH;
- la prévention de la transmission mère enfant du VIH ;
- la lutte contre les mutilations génitales féminines et autres violences basées sur le genre;
- la promotion des droits de santé en matière de sexualité et de reproduction ;
- la mobilisation et la participation communautaires ;
- l'éducation et la communication en matière de sexualité dans les familles, les structures de formation de base ;
- la promotion des pratiques familiales essentielles.

Ces activités seront renforcées dans les établissements de santé publics, privés, confessionnels et communautaires. Elles nécessiteront, en outre, le renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés afin de leur permettre

d'assurer des soins à domicile et de pouvoir recourir à temps aux établissements sanitaires pour une meilleure prise en charge.

En plus, la responsabilisation des communautés pour une participation active sera développée pour mobiliser les autorités, les leaders et les populations sur les problèmes de la santé de la reproduction. Ceci favorisera la mise en place de mécanismes locaux de solidarité dans la prise en charge des problèmes de santé de la reproduction et l'utilisation plus accrue des services de santé.

Ainsi le renforcement des différentes composantes contribuera à améliorer les niveaux de connaissance, des attitudes et pratiques des populations en matière de SR.

### **V.1.3. Accès aux services de santé de la reproduction de qualité**

Sur la base de paquets d'activités à haut impact et des normes et standards des services de SR, il s'agira d'apprécier les besoins des structures de santé en personnel, en formation du personnel, en équipements et en médicaments.

Le projet « stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) contribuera à développer un ensemble d'activités pour améliorer la surveillance des grossesses et des accouchements, ainsi que les soins aux nouveaux nés et aux enfants.

Le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services consistera à satisfaire ces besoins et à intégrer les composantes suivantes de la santé de la reproduction : PF, PCIMNE, PTME, prévention et prise en charge des IST/VIH/sida et des SONU y compris les soins après avortement.

Aussi, la collaboration entre différents programmes de santé pour optimiser les actions menées sur le terrain sera-t-elle soutenue.

De même, une attention particulière sera accordée à la réhabilitation et à la revitalisation des structures sanitaires, au repositionnement de la planification familiale et à la sécurisation des produits de la santé de la reproduction.

Au niveau communautaire, la disponibilité et l'accessibilité des produits de la santé de la reproduction nécessiteront l'extension des services de SR à base communautaire complétés par le marketing social.

Pour les adolescents et les jeunes, des actions de plaidoyer seront renforcées pour l'adoption de politiques favorisant les prestations de services spécialisés de santé et droit en matière de sexualité et de reproduction prenant en compte les problèmes auxquels les jeunes sont confrontés.

Il faudra, en outre, intégrer dans les points de prestation de services les méthodes de double protection, la contraception d'urgence, les services conviviaux pour les jeunes et de créer des centres d'écoute pour les adolescents et des jeunes.

La nécessité de rendre acceptables et utilisables de façon libre les services de santé dans les établissements publics, privés et des ONG implique que les éléments ci-dessous soient utilisés pour mieux répondre aux besoins des populations :

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

- la disponibilité et l'accessibilité de la gamme élargie des méthodes contraceptives ;
- la supervision régulière des activités ;
- l'approvisionnement sécurisé en médicaments essentiels
- la disponibilité d'un plateau technique adéquat et performant
- la réhabilitation et la création des structures sanitaires et des écoles de formation des agents de santé.

L'amélioration constante de ces éléments dans les points de prestation des services entraînera une utilisation plus accrue des services.

L'intégration de bonnes pratiques telles que les audits cliniques des décès maternels et néonataux, les rencontres périodiques entre les acteurs de différents niveaux de la pyramide sanitaire, l'instauration de prix d'excellence...contribueront à améliorer la qualité des services.

Concernant les évacuations, il s'agira de mettre en place un système de référence et de contre référence fonctionnel qui lie de manière efficace les prestataires selon les niveaux de soins dans le but d'assurer une gestion appropriée et une meilleure prise en charge des urgences en matière de santé de la reproduction. Ce système doit permettre la gestion, l'utilisation et la circulation des informations à tous les niveaux et dans tous les sens, dans le but de favoriser la culture d'échange d'informations et de renforcer la continuité et la qualité des soins.

Des moyens d'évacuation et de communication seront également développés pour assurer un lien efficace entre les différents niveaux de prestation.

Par ailleurs, l'accès aux services de santé de la reproduction en situation d'urgences humanitaires est un des défis auxquels notre pays est confronté aujourd'hui. Aussi, le renforcement des capacités des acteurs et prestataires de services à offrir des services spécifiques à des groupes vulnérables du fait de crise et/ou de calamité naturelle s'impose.

Il ressort également que les politiques développées pendant longtemps n'ont pas réellement abordé les questions de genre faute de compétences avérées dans le domaine. Au regard de cette situation, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'une politique nationale de l'égalité et de la promotion du Genre dans tous les secteurs de développement. C'est un outil de référence nationale à partir duquel chaque secteur devra orienter ses interventions dans la perspective du genre.

Aussi, le présent plan prendra-t-il en compte cette composante de façon transversale et intégrée à tous les niveaux d'intervention.

#### **V.1.4. Renforcement des compétences des acteurs et le système qualité**

##### ***V.1.4.1. Renforcement des compétences des acteurs***

Il s'agira de rendre les acteurs du système sanitaire capables de :

- offrir des services de SR de qualité,
- gérer les programmes de SR,
- assurer des formations en SSR,
- adopter des comportements professionnels acceptés des usagers des services et des superviseurs,
- conduire un plaidoyer pour améliorer l'environnement national en matière de SSR,
- faire du lobbying et mobiliser des ressources additionnelles

Ce renforcement des compétences se fera sous forme d'activités d'information, de formation et de supervision périodiques et régulières des acteurs.

#### **V.1.4.2. *Système de management par la qualité en SR***

La qualité des services est reconnue comme une stratégie transversale dans tous les processus de gestion (pilotage, services ou production et soutien). Dans le domaine de la SR, la qualité est une approche incontournable et requiert de tous les acteurs un engagement pour son succès. Aussi, les expériences d'approches qualités existantes doivent être redynamisées au profit des bénéficiaires des services offerts.

L'ensemble de ces stratégies se résume au renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction.

### **V . 2. *Axes stratégiques de soutien et de développement***

Les axes stratégiques de soutien concernent les trois principales composantes suivantes qui concourent à l'amélioration des services et à l'atteinte des objectifs du plan :

- le plaidoyer pour mobiliser les ressources nécessaires au financement du plan et à la pérennisation des interventions ;
- la coordination, suivi et évaluation ;
- la recherche opérationnelle.

#### **V.2.1. *Plaidoyer***

Le plaidoyer vise à mobiliser les ressources nécessaires au financement du plan et à la pérennisation des interventions et à renforcer les capacités des acteurs.

##### **V.2.1.1. *Mobilisation des ressources additionnelles et financement du plan***

Il s'agira de porter à l'attention du Gouvernement, des décideurs, des partenaires, des collectivités territoriales, des communautés et des populations, le fardeau que représente la mortalité et la morbidité chez les femmes, les mères, les nouveau-nés, les adolescents et jeunes et les hommes afin d'augmenter l'engagement et l'allocation des ressources nécessaires pour améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services. Des partenariats stratégiques seront développés pour impliquer les différentes parties prenantes. Un plan de mobilisation des ressources devra être élaboré et mis en œuvre.

##### **V.2.1.2. *Renforcement des capacités de fonctionnement des structures et parties prenantes***

Le renforcement des capacités de fonctionnement des structures et des parties prenantes du plan se traduira par :

- l'opérationnalisation de la Stratégie Nationale de Sécurisation des produits de la SR ;
- le renforcement des infrastructures et des équipements nécessaires pour offrir des services de qualité ;
- la révision et l'adaptation des manuels et curricula de formation en SR ;
- la mise a disposition des acteurs du présent plan, les différents documents des normes et protocoles ;

- le développement de nouveaux supports et/ou guides de supervision des acteurs du Plan et des programmes ;
- l'amélioration et l'harmonisation des supports de collecte des informations et données en matière de SR ;
- le développement d'un mécanisme fonctionnel d'entraide dans la prise en charge communautaire des problèmes de santé de la reproduction ;
- le développement d'un système de mutuelles d'assurance santé de la reproduction.

### **V.2.2. Renforcement du système de coordination, de suivi et d'évaluation**

Sur la base des indicateurs adoptés pour les différents groupes cibles, un plan de suivi et d'évaluation est élaboré et mis en œuvre au niveau national, régional et départemental. Ce plan consiste à :

- renforcer les mécanismes de coordination ;
- redynamiser la plateforme de coordination existante ;
- renforcer la capacité de la structure de coordination ;
- accorder une priorité aux activités de suivi et évaluation ;
- renforcer la disponibilité de données ;
- renforcer la collaboration entre les différents programmes impliqués dans la SR.

### **V.2.3. Renforcement de la recherche opérationnelle en SR**

Il s'agit de renforcer et soutenir les activités de recherche opérationnelle en matière de santé sexuelle et reproductive. Des études doivent être réalisées en tenant compte des échéances des différents documents nationaux et internationaux tels que les OMD, la FDR, le plan d'action de Maputo, le PNDS, etc. afin d'apprécier l'opérationnalisation de ces documents et disposer de données actualisées pour redéfinir les politiques, plans et programmes.

D'autres études seront également réalisant en ciblant les problématiques clés en matière de Santé de Reproduction notamment l'utilisation des services, la qualité des services offerts, le rôle et l'implication des hommes dans SR, les bonnes pratiques à capitaliser....

## **V . 3. Préparation à la riposte en situation d'urgence**

Face aux défaillances constatées dans le système sanitaire durant la crise qu'a connue la Côte d'Ivoire, le présent plan prévoit des stratégies pour continuer d'offrir un minimum de services en situation d'urgence.

Quelle que soit la nature de la crise (crise sociopolitique, catastrophe naturelle...), il s'agit de prévoir un Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) afin de poursuivre l'offre des services aux populations. Cette offre se fait sur la base d'un partenariat avec les ONG nationales et internationales intervenant dans le domaine de la SR aux côtés des ONG humanitaires classiques.

Pour y parvenir, des compétences et des capacités de fonctionnement des acteurs sur le Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) seront renforcées. Il en est de même pour les équipes opérationnelles de santé en vue de poursuivre l'offre des services aux populations.

## VI - DOMAINES D'INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En rapport avec les différents objectifs d'impact et leurs objectifs de résultats, les différentes interventions prioritaires du plan sont énumérées ci-dessous.

### **✚ Objectif d'impact 1 : Réduire de 543 à 272 le ratio de décès maternel d'ici fin 2014.**

- ✓ **Objectifs de résultat 1.1: Accroître de 45% à 66% la proportion des femmes qui bénéficient d'au moins 4 consultations prénatales d'ici fin 2014**

Deux stratégies concourent à l'atteinte de cet objectif. Ce sont :

#### **Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de CPN**

- **Interventions prioritaires**

1. Sensibiliser les prestataires pour une meilleure prise de conscience professionnelle par l'élimination des comportements et pratiques nuisibles à l'accès et à l'utilisation des services de CPN (surcoût des services, absentéisme, mauvais accueil...).
2. Renforcer les compétences des prestataires en CPN recentrées.
3. Fournir à tous les ESPC les équipements et matériels nécessaires aux CPN recentrées
4. Assurer la maintenance des équipements et matériels nécessaires aux CPN recentrées
5. Assurer régulièrement la disponibilité (approvisionnement, distribution...) en produits et en outils de gestion pour la CPN
6. Réhabiliter les ESPC vétustes ou délabrées
7. Créer de nouvelles structures.
8. Assurer le suivi des grossesses dans les communautés.
9. Fournir les services de CPN recentrées en stratégies avancées et mobiles.

#### **Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de soins prénatals**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication en CPN
  2. Informer les populations sur les coûts des services de CPN
  3. Informer les coûts des services de CPN
- ✓ **Objectifs de résultat 1.2: Porter de 56% à 79% la proportion d'accouchement assisté par un professionnel de la santé d'ici fin 2014**

Trois stratégies concourent à l'atteinte de cet objectif. Ce sont :

#### **Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services d'accouchement**

- **Interventions prioritaires**

1. Faire le plaidoyer pour la construction des maternités, le recrutement et le redéploiement du personnel de santé.
2. Renforcer les compétences des prestataires en SONUB et à l'utilisation du partogramme.
3. Fournir à tous les ESPC les équipements et matériels nécessaires à l'accouchement et au SIG.
4. Sensibiliser les acteurs pour assurer régulièrement l'approvisionnement des produits de l'accouchement.
5. Sensibiliser les prestataires pour une meilleure prise de conscience professionnelle par l'élimination des comportements et pratiques nuisibles à l'accès et à l'utilisation des services d'accouchement (surcoût des services, absentéisme, mauvais accueil...).
6. Fournir les soins subventionnés aux populations.
7. Doter tous les ESPC de personnel qualifié pour offrir des services d'accouchement.
8. Assurer la maintenance des équipements et matériels.

***Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de SONUB***

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication en SONUB
2. Informer les populations sur les prix des services.
3. Assurer l'implication des communautés à la gestion des structures sanitaires
4. Renforcer les capacités des relais communautaires (ASC, accoucheuses traditionnelles...) pour la promotion de la santé maternelle et néonatale
5. Créer des mécanismes communautaires de solidarité pour la prise en charge des soins maternels et néonataux.

***Stratégie 3: Mobilisation des ressources***

- **Interventions prioritaires**

1. Lobbying auprès des collectivités décentralisées pour la construction des maternités et centres de santé de la reproduction.
2. Lobbying auprès des collectivités décentralisées pour obtenir des ressources et leur participation effective à la sécurisation des produits de l'accouchement.
3. Plaidoyer auprès des collectivités décentralisées pour la mise en place de fonds de solidarité pour les soins maternels et néonataux.

✓ ***Objectifs de résultat 1.3: Accroître de 42% à 71,4% le taux de satisfaction des besoins en SONU d'ici fin 2014***

Trois stratégies concourent à l'atteinte de cet objectif. Ce sont :

***Stratégie 1: Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction***

- **Interventions prioritaires**

1. Plaidoyer pour la révision des curricula de formation dans les écoles de formation de base.
2. Reproduire les documents de référence validés
3. Diffuser les documents de référence (politique, programme, PMA, standards et protocoles).
4. Plaidoyer pour la mise en place d'un mécanisme de prise en charge des coûts des urgences obstétricales et néonatales.

**Stratégie 2: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SONU**

- **Interventions prioritaires**

1. Introduire la démarche qualité dans l'offre des services.
2. Sensibiliser les prestataires pour une prise de conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services de santé de la mère et de l'enfant.
3. Renforcer les compétences des prestataires (Sage-femme, infirmier, médecin, anesthésiste, ingénieurs en maintenance).
4. Renforcer les capacités fonctionnelles des structures de référence en matière de SONU
5. Assurer la maintenance des équipements et matériels
6. Assurer régulièrement l'approvisionnement en produits de la SR y compris le sang et les produits sanguins.
7. Organiser des activités de plaidoyer auprès des collectivités décentralisées, pour obtenir des ressources et leur participation effective à la sécurisation des produits de la santé de la reproduction.
8. Renforcer les structures en moyens logistiques (ambulances).

**Stratégie 3: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de SONU**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication en SONU
2. Mettre en place des mécanismes communautaires de solidarité pour la prise en charge des SONU

✓ **Objectifs de résultat 1.4: Assurer qu'au moins 80% des femmes ayant accouché bénéficient d'une consultation postnatale d'ici fin 2014**

Deux stratégies concourent à l'atteinte de cet objectif. Ce sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de soins postnatals**

- **Intervention prioritaire**

1. S'assurer de l'application des directives sur la pratique et le suivi

postnatal par les prestataires.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de soins postnatals**

• **Intervention prioritaire**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour les CPoN

✓ **Objectifs de résultat 1.5: Accroître de 13% à 25% la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer d'ici fin 2014**

Trois stratégies concourent à l'atteinte de cet objectif. Ce sont :

**Stratégie 1: Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la pratique de la contraception**

• **Intervention prioritaire**

1. Intégrer les questions liées à la planification familiale dans la loi sur la SR.

**Stratégie 2: Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de planification familiale**

• **Interventions prioritaires**

1. Intégrer la planification familiale dans les services de santé scolaire et universitaire, du secteur privé, des entreprises, des forces de défense et de sécurité, des infirmeries des établissements scolaires (formation et équipements).
2. Renforcer les compétences des prestataires en PF et en SIG/PF
3. Fournir à tous les ESPC les équipements et matériels nécessaires en planification familiale.
4. Assurer la disponibilité des produits contraceptifs.
5. Élargir le Marketing social aux autres produits contraceptifs en dehors du condom masculin.

**Stratégie 3: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de planification familiale**

• **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la PF
2. Renforcer les capacités des communautés (ASC, accoucheuses traditionnelles...) à la promotion de la PF.
3. Organiser les services à base communautaire de PF.

✓ **Objectifs de résultat 1.6: Contribuer à la réduction de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes de d'au moins 25% d'ici fin 2014**

Trois stratégies concourent à l'atteinte de cet objectif. Ce sont :

**Stratégie 1: Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la prévention du VIH**

- **Intervention prioritaire**

1. Intégrer les questions liées au VIH dans la loi sur la SR.

**Stratégie 2: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de prévention du VIH**

- **Interventions prioritaires**

1. Intégrer les activités de dépistage dans les services de PF
2. Renforcer les capacités des prestataires en PTME et au CDV
3. Renforcer les capacités fonctionnelles des structures pour la prévention et le dépistage du VIH (PTME, CDV et test de dépistage du VIH).
4. Assurer la disponibilité des produits pour le dépistage et la PTME.
5. Assurer la maintenance des équipements et matériels.

**Stratégie 3: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de prévention du VIH**

- **Intervention prioritaire**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention du VIH.

**✚ Objectif d'impact 2: Réduire d'au moins 50% la morbidité des femmes liée à la sexualité et à la reproduction d'ici fin de 2014**

- ✓ **Objectifs de résultat 2.1: Contribuer à la réduction de la prévalence des IST chez les femmes de 50% d'ici fin 2014**

Deux stratégies concourent à l'atteinte de cet objectif:

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de prévention et de prise en charge des IST**

- **Interventions prioritaires**

1. Renforcer les capacités techniques des prestataires pour la prévention et la prise en charge des IST.
2. Doter les ESPC d'équipement et matériels pour la prise en charge des IST (kits IST, tests, réactifs...).

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de prévention des IST**

- **Intervention prioritaire**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention des IST.

- ✓ **Objectifs de résultat 2.2 : Contribuer à la réduction des violences basées sur le genre (MGF, Viol) et leurs conséquences de 50% d'ici fin 2014**

Trois stratégies concourent à l'atteinte de cet objectif. Ce sont :

**Stratégie 1: Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel relatif au VBG.**

• **Interventions prioritaires**

1. Promouvoir les textes juridiques en matière de violences basées sur le genre et leur application.
2. Faire le Plaidoyer auprès des directions des écoles de Police et Gendarmerie et de l'INFS pour l'intégration de l'enseignement sur la prise en charge psychosociale et juridique des violences sexuelles.

**Stratégie 2: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services relatifs au VBG.**

• **Interventions prioritaires**

1. Renforcer les compétences des prestataires en PEC des VBG.
2. Développer un partenariat avec des ONG locales.
3. Intégrer la prise en charge des VBG dans les services de PF et de PTME.
4. Doter tous les ESPC d'équipements, matériel et intrants nécessaires à la prise en charge médicale du viol.

**Stratégie 3: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de VBG**

• **Interventions prioritaires**

1. Renforcer les capacités des relais communautaires à la PEC des VBG
2. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la mobilisation communautaire sur les VBG.

- ✓ **Objectifs de résultat 2.3 : Réduire de 50% le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes d'ici fin 2014**

Les deux stratégies qui concourent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de prise en charge des cas d'infertilité et d'infécondité**

• **Intervention prioritaire**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la sensibilisation des populations sur les problèmes d'infertilité et d'infécondité.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés pour la prévention des cas d'infertilité et d'infécondité**

- **Intervention prioritaire**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la sensibilisation des populations sur l'infertilité et d'infécondité.

✓ **Objectifs de résultat 2.4 : Réduire de 50% la prévalence des fistules obstétricales d'ici fin 2014**

Les deux stratégies qui concourent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de prise en charge des cas de fistules obstétricales**

- **Interventions prioritaires**

1. Renforcer les capacités des prestataires à la prévention et prise en charge des cas de fistules obstétricales.
2. Renforcer les capacités fonctionnelles des structures de référence pour la prise en charge des fistules obstétricales.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de fistules obstétricales**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication sur les fistules obstétricales.
2. Renforcer les capacités des relais communautaires pour la sensibilisation sur les fistules obstétricales.

✓ **Objectifs de résultat 2.5 : Contribuer à la réduction de l'incidence du cancer du col de l'utérus et du sein à 5% d'ici fin 2014 chez les femmes de 25 à 50 ans.**

Les deux stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein.**

- **Interventions prioritaires**

1. Faire le plaidoyer pour rendre disponible 3 unités de prise en charge complète du cancer du col de l'utérus et du sein.
2. Renforcer la capacité des prestataires à la prévention du cancer du col de l'utérus et du sein.
3. Doter les structures en matériels, équipements et intrants nécessaires au dépistage précoce des cas de cancers du col de l'utérus et du sein.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en prévention des cancers du col de l'utérus et du sein.**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention des cancers du col de l'utérus et du sein.

**✚ Objectif d'impact 3: Réduire de 41‰ à 25‰ le taux de mortalité néonatale d'ici fin 2014**

- ✓ **Objectifs de résultat 3.1 : assurer la prise en charge d'au moins 80% des complications du nouveau-né d'ici fin 2014**

Deux stratégies contribuent à l'atteinte de cet objectif. Ce sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité de services de soins néonataux d'ici fin 2014**

- **Interventions prioritaires**

1. Renforcer les compétences des prestataires en soins néonataux.
2. Renforcer les capacités fonctionnelles des structures de référence (CHU, CHR, HG).
3. Doter les structures sanitaires de matériels, équipements et intrants

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en prise en charge du nouveau-né d'ici fin 2014**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la sensibilisation sur les soins néonataux.
2. Renforcer les capacités des relais communautaires à la promotion de la santé du nouveau-né.

- ✓ **Objectifs de résultat 3.2 : Contribuer à la réduction de 75% la transmission du VIH de la mère au nouveau né d'ici fin 2014.**

Les stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de PTME d'ici fin 2014**

- **Interventions prioritaires en collaboration avec le PNPEC**

1. Renforcer les compétences des formateurs et prestataires en PTME.
2. Doter les ESPC en équipements, matériels et intrants nécessaires à la PTME.
3. Intégrer la PF et la PTME à la consultation prénatale.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de PTME**

- **Intervention prioritaire en collaboration avec le PNPEC**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication sur la PTME.

- ✓ **Objectifs de résultat 3.3 : Contribuer à la réduction de l'incidence du tétanos néonatal à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes (élimination) d'ici fin 2010.**

Les stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de CPN et d'accouchement**

- **Interventions prioritaires en collaboration avec le PEV**

1. Doter les structures d'équipements, matériels et intrants nécessaires à la vaccination contre le tétanos.
2. Faire le plaidoyer pour l'intégration de la vaccination contre le tétanos des femmes en âge de procréer et des jeunes filles dans tous les SSSU.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de prévention du tétanos néonatal**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la sensibilisation sur la vaccination contre le tétanos.

**✚ Objectif d'impact 4: Réduire d'au moins 30% le taux de mortalité liée à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et les jeunes d'ici fin 2014.**

- ✓ **Objectifs de résultat 4.1 : Réduire de 50% le taux des avortements provoqués chez les adolescentes et les jeunes d'ici fin 2014**

Les trois stratégies qui contribuent à l'atteinte de ces deux objectifs sont :

**Stratégie 1: Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la SR des jeunes et des adolescents**

- **Interventions prioritaires en collaboration avec le PNSSU/PNPEC**

1. Organiser des activités de plaidoyer en direction du gouvernement pour la réduction des coûts des soins de santé sexuelle et reproductive de tous les adolescents et jeunes dans tous les établissements sanitaires.
2. Réviser les textes de loi pour la prise en compte de la légalisation de l'avortement pour certains cas (viol, inceste, anomalie du fœtus...).

**Stratégie 2: Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de SR des jeunes et des adolescents**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer une politique de santé des adolescents et des jeunes.
2. Renforcer les capacités fonctionnelles des structures de santé et des centres d'écoute et de conseils.
3. Renforcer les capacités fonctionnelles des centres d'écoute et de conseils
4. Renforcer les capacités des prestataires.
5. Doter les structures de santé en matériels équipements et intrants nécessaires à la prise en charge des adolescents et des jeunes.

**Stratégie 3: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de SR des adolescents et des jeunes**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.
2. Renforcer la capacité des relais communautaires sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes.

✓ **Objectifs de résultat 4.2 : contribuer à assurer la prise en charge de 50% des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH d'ici fin 2014.**

Les trois stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel du VIH chez les adolescents et des jeunes.**

- **Intervention prioritaire en collaboration avec le PNPEC, le Ministère de la jeunesse et le Ministère de la lutte contre le sida**

1. Intégrer les questions relatives au VIH chez les des adolescents et les jeunes dans la loi sur la SR.
2. Prendre des textes réglementaires pour la mise à disposition des IDE et SF des centres de santé ruraux des ARV en vue du ravitaillement des patients mis sous traitement par le prescripteur.

**Stratégie 2: Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de prise en charge du VIH chez les adolescents et des jeunes**

- **Interventions prioritaires en collaboration avec le PNPEC/PNSSU**

1. Renforcer les capacités des prestataires à la prise des adolescents et les jeunes vivant avec VIH.
2. Doter tous les SSSU d'équipements, matériels et intrants stratégiques nécessaires à la PEC des adolescents et jeunes vivants avec le VIH.

**Stratégie 3: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de prise en charge du VIH chez les adolescents et des jeunes**

- **Interventions prioritaires en collaboration avec le MLS, MJS et PNPEC**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication sur le VIH chez les adolescents et jeunes.

**✚ Objectif d'impact 5 : Réduire de 50% le taux de morbidité liée à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et les jeunes d'ici fin 2014**

- ✓ **Objectifs de résultat 5.1 : Contribuer à la réduction de 50% la prévalence des IST/VIH chez les adolescents et les jeunes d'ici fin 2014.**

Les deux stratégies qui contribuent à l'atteinte de ces objectifs sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de SR des adolescents et des jeunes**

- **Interventions prioritaires**

1. Assurer la disponibilité des services et centres d'écoute/conseil en préservatifs masculins et féminins.
2. Renforcer la prise en charge des IST/VIH dans les structures.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de SR des adolescents et des jeunes**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication sur les IST/VIH chez les adolescents et jeunes.
2. Renforcer les capacités des relais communautaires sur les IST/VIH chez les adolescents et jeunes.

- ✓ **Objectifs de résultat 5.2 : Contribuer à la réduction de 50% le niveau de violences basées sur le genre (MGF, Viol) et leurs conséquences chez les adolescentes et les jeunes d'ici fin 2014**

Les deux stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de prise en charge des VBG chez les adolescents et les jeunes**

- **Interventions prioritaires en collaboration avec les programmes et ministères impliqués**

1. Renforcement des capacités des prestataires et des intervenants.

2. Doter les structures des intrants nécessaires à la prise en charge post-exposition.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de VBG chez les adolescents et jeunes**

- **Intervention prioritaire en collaboration avec les programmes et ministères impliqués**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention des VBG chez les adolescents et jeunes.

**✚ Objectif d'impact 6 : Réduire de 30% le taux de mortalité liée à la sexualité chez les hommes d'ici fin 2014**

✓ **Objectif de résultat 6.1: Contribuer à la prise en charge de 50% des hommes vivant avec le VIH d'ici fin 2014**

Les deux stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de prise en charge des hommes vivant avec le VIH**

- **Interventions prioritaires en collaboration avec le PNPEC**

1. Intégrer les services de conseils et dépistage volontaire dans les autres services de SR.
2. Renforcer le Marketing Social au niveau national sur les préservatifs.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de prise en charge des hommes vivant avec le VIH**

- **Interventions prioritaires en collaboration avec le PNPEC**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la prise en charge des hommes vivant avec le VIH.

✓ **Objectif de résultat 6.2 : Contribuer à assurer la prise en charge précoce du cancer et des autres pathologies de la prostate d'ici fin 2014**

Les deux stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR pour les hommes**

- **Interventions prioritaires**

1. Faire le plaidoyer pour rendre disponible une unité de prise en charge complète du cancer de la prostate.
2. Renforcer la capacité des prestataires à la reconnaissance des signes d'appel prostatiques, des cancers et à la référence si nécessaire.

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de SR des hommes**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention du cancer de la prostate.

**✚ Objectif d'impact 7 : Réduire de 50% le taux de morbidité liée à la sexualité et à la reproduction chez les hommes d'ici fin 2014**

- ✓ **Objectif de résultat 7.1 : Accroître de 60% le taux de la prise en charge des cas d'infertilité chez les hommes d'ici fin 2014**

Les deux stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR pour les hommes**

- **Interventions prioritaires**

1. Renforcement des compétences des acteurs (biologistes, gynécologues, échographistes...).
2. Renforcement des capacités fonctionnelles des structures

**Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de SR des hommes**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention de l'infertilité.

- ✓ **Objectif de résultat 7.2 : Assurer la prise en charge d'au moins 30% des dysfonctions sexuelles d'ici fin 2014**

Les deux stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

**Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR pour les hommes**

- **Interventions prioritaires**

1. Renforcement des compétences des prestataires
2. Faire le plaidoyer pour l'inscription de certains médicaments pour la prise en charge des dysfonctionnements sexuels.

## **Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de SR des hommes**

### **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la prise en charge des dysfonctionnements sexuels.
- ✓ **Objectif de résultat 7.3 : Contribuer à la réduction de 50% la prévalence des IST/VIH chez les hommes d'ici fin 2014**

Les deux stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

### **Stratégie 1: Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé de la reproduction**

- **Interventions prioritaires en collaboration avec le PNPEC**

1. Intégrer les services de conseils et dépistage volontaire dans les autres services de SR.
2. Renforcer le Marketing Social au niveau national sur les préservatifs.

### **Stratégie 2: Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de SR des hommes**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour la prise en charge des IST/VIH chez les hommes.

### **✚ Objectifs d'impact 8 : Augmenter de 50% les activités de soutien à la santé sexuelle et reproductive de la femme de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes, des hommes d'ici fin 2014**

- ✓ **Objectif de résultat 8.1 : Obtenir l'accroissement des ressources pour couvrir au moins 80% des besoins de santé sexuelle et reproductive de la femme de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes, des hommes d'ici fin 2014**

Les stratégies qui contribuent à l'atteinte de cet objectif sont :

### **Stratégie 1 : Amélioration de l'environnement juridique et institutionnel de la SR**

1. Instaurer la journée nationale pour la santé maternelle et néonatale

### **Stratégie 2 : Mobilisation de ressources additionnelles**

- **Interventions prioritaires**

1. Développer un plan de mobilisation de ressources pour la mise en œuvre du plan.
2. Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles pour la mise en œuvre des activités en faveur de la SR.

### **Stratégie 3 : Sécurisation des produits de la santé de la Reproduction**

- **Interventions prioritaires**

1. Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles pour la sécurisation des produits de la SR
2. Développer un plan de communication pour améliorer le recouvrement de coûts de prestations et des médicaments.

- ✓ **Objectif de résultat 8.2 : Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des activités dans tous les districts sanitaires d'ici fin 2014**

La stratégie qui contribue à l'atteinte de cet objectif est :

#### **Stratégie 1: Renforcement du système de coordination, de suivi et d'évaluation**

- **Interventions prioritaires**

1. Renforcer les capacités de la DCPNSR/PF
2. Assurer le suivi et l'évaluation des activités de SR

- ✓ **Objectif de résultat 8.3 : Assurer la promotion de la recherche opérationnelle et les résultats de recherche en SR d'ici fin 2014**

#### **Stratégie 1: Renforcement de la recherche opérationnelle**

- **Interventions prioritaires**

1. Renforcer les capacités des structures à réaliser les travaux de recherche en Santé de la Reproduction
2. Réaliser et vulgariser les travaux de recherche pour leur application

## **TROISIEME PARTIE**

### **CADRE NATIONAL DE MISE EN OEUVRE DU PLAN STRATEGIQUE DE LA SR**

## **VII - PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN**

Le plan sera mis en œuvre à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 jusqu'au 31 décembre 2014.

### **VII . 1. Matrices du plan de mise en œuvre et de suivi**

Le plan de sa mise en œuvre est décrit dans les matrices ci-après.

**Tableau 1 : matrices du plan de mise en œuvre et de suivi**

**1. Objectif d'impact 1: Réduire de 543 à 272 le ratio de décès maternel d'ici fin 2014.**

**1.1. Objectifs de résultat 1.1: Accroître de 45% à 66% la proportion des femmes qui bénéficient d'au moins 4 consultations prénatales d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Sensibiliser les prestataires pour une prise de conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services de santé de la mère et de l'enfant.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances de sensibilisation organisées	Les pratiques entraînant les surcoûts ont diminué.
2. Informer les populations sur les coûts des services de CPN	DR, DD, DC-PNSR	X		X		X	District	Nombre de structures ayant affiché les coûts des services de CPN	Les prix réels sont pratiqués.
3. Former 166 (2 par district) formateurs régionaux et départementaux en CPN recentrées.	DC-PNSR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
4. Former 3500 prestataires en CPN recentrées.	DR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de prestataires formés en CPN recentrées	Chaque structure dispose de prestataires formés
5. Fournir à tous les ESPC (1000), les équipements et matériels additionnels nécessaires aux CPN recentrées.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la CPN recentrée

6. Sensibiliser les acteurs pour assurer régulièrement l'approvisionnement en produits pour la CPN.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances de sensibilisation organisées	Les produits pour la CPN recentrée sont disponibles dans chaque structure
7. Assurer la maintenance des équipements et matériels nécessaires aux CPN recentrées	DIEM, DD, DC-PNSR	X		X		X	District	Nombre de structures ayant bénéficié de la maintenance des équipements	Les équipements sont fonctionnels.
8. Réhabiliter les ESPC vétustes ou délabrées	DIEM, DD, DC-PNSR, Collectivités locales	X					District	Nombre de ESPC vétustes ayant été réhabilités	Les ESPC vétustes sont fonctionnels.
9. Créer de nouvelles structures	DIEM, DD, DC-PNSR, Collectivités locales	X	X	X	X	X	District	Nombre de nouvelles maternités construites	De nouvelles maternités sont fonctionnelles.
10. Fournir les services de CPN recentrées en stratégies avancées et mobiles.	Structures de santé	X	X	X	X	X	District	Nombre de structures ayant fourni services de CPN recentrées en stratégies avancées et mobiles.	Les services de CPN recentrées sont offerts en stratégies avancées et mobiles..

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse.	DC-PNSR, DD	X		X		X	Abidjan	Besoins en supports de communication couverts	Les structures de santé disposent de supports de communication
2. Réaliser des causeries débats et d'entretiens conseils (counselling) dans les services de CPN.	Centres de santé	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances organisées	Les populations sont sensibilisées sur les services de CPN
3. Organiser une campagne de sensibilisation des populations et des communautés sur l'intérêt des soins prénatals (national et par district)	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de campagnes organisées par district	Les populations sont sensibilisées sur l'intérêt des soins prénatals.

**Objectifs de résultat 1.2: Porter de 56% à 79% la proportion d'accouchement assisté par un professionnel de la santé d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Organiser des activités de plaidoyer auprès des collectivités décentralisées, pour la construction des maternités et centres de santé de la reproduction.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances de plaidoyer organisées	Des maternités et centres de santé sont construits par les collectivités.
2. Sensibiliser les autorités pour recruter et redéployer le personnel de santé.	DRH, DC-PNSR	X	X	X	X	X	Abidjan	Proportion des besoins en personnels satisfaits	Les structures disposent de personnels nécessaires
3. Former 166 (2 par district) formateurs régionaux et départementaux en accouchement	DC-PNSR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
4. Former 3500 agents de santé à l'utilisation du partogramme.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de prestataires formés à l'utilisation du partogramme	Chaque structure dispose de prestataires formés

5. Fournir à tous les ESPC (1000), les équipements et matériels additionnels et nécessaires à l'accouchement et au SIG.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour l'accouchement et le SIG
6. Sensibiliser les acteurs pour assurer régulièrement l'approvisionnement des produits de l'accouchement.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances de sensibilisation organisées	Les produits pour l'accouchement sont disponibles dans chaque maternité
7. Organiser des activités de plaidoyer auprès des collectivités décentralisées, pour obtenir des ressources et leur participation effective à la sécurisation des produits de l'accouchement.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances de plaidoyer organisées	Les besoins additionnels des services de maternités couverts par les collectivités.
8. Sensibiliser les prestataires pour une prise de conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services de santé (racket).	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances de sensibilisation organisées	Les pratiques entraînant les surcoûts ont diminué.
9. Assurer la maintenance des équipements et matériels	DIEM, DD, DC-PNSR	X		X		X	District	Nombre de structures ayant bénéficié de la maintenance des équipements	Les équipements sont fonctionnels.
10. Réhabiliter les maternités vétustes ou délabrées	DIEM, DD, DC-PNSR, Collectivités locales	X					District	Nombre de maternités vétustes ayant été réhabilité	Les maternités vétustes sont fonctionnelles.
11. Créer de nouvelles maternités	DIEM, DD, DC-PNSR, Collectivités locales	X	X	X	X	X	District	Nombre de nouvelles maternités construites	De nouvelles maternités sont fonctionnelles.

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse	DC-PNSR, DD	X		X		X	Abidjan	Besoins en supports de communication couverts	Les structures de santé disposent de supports de communication
2. Redynamiser les CoGes (Formation et équipement des Comités de Gestion des structures sanitaires).	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de COGES formés et équipés	Les COGES sont disposent des compétences et des équipements nécessaires
3. Informer les populations sur les prix des services d'accouchement.	DR, DD, DC-PNSR	X		X		X	District	Nombre de structures ayant affiché les coûts des services d'accouchement	Les prix réels sont pratiqués.
4. Former 40000 agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles et autres membres des communautés à la promotion de la santé maternelle et infantile et un continuum de soins à domicile.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de personnels formés à la promotion de la santé maternelle et infantile	Chaque aire de santé dispose d'agents de santé communautaires, d'accoucheuses traditionnelles... Formés.
5. Fournir 4000 vélos aux relais communautaires éloignés des centres de santé.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Aires de santé	Nombre d'aires de santé ayant reçu des vélos pour les relais communautaires	Chaque structure aire de santé dispose des vélos pour les relais communautaires.
6. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur l'importance des accouchements en milieu hospitalier (National et par district).	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de campagnes organisées par district	Les populations sont sensibilisées sur l'importance des accouchements assistés.
7. Sensibiliser les populations et les communautés à la mise en place de fonds d'entraide communautaire pour les soins maternels et néonataux.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de campagnes de sensibilisation organisées par district	Les populations ont crée des fonds d'entraide pour les soins maternels et néonataux.

**Objectifs de résultat 1.3: Accroître de 42% à 71,4% le taux de satisfaction des besoins en SONU d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Plaidoyer pour la révision des curricula de formation dans les écoles de formation de base.	DC-PNSR	X					Abidjan	Nombre d'écoles de formation de base ayant son curricula de formation révisé	Les curricula de formation révisée des écoles de formation de base sont disponibles
2. Reproduire en 4500 exemplaires des standards et protocoles, 300 exemplaires du document de politique, 250 exemplaires du document de programme.	DC-PNSR	X					Abidjan	Nombre de documents de référence révisés produits	Les directions régionales et départementales et les structures de santé disposent des documents de référence révisés
3. Disséminer les documents de référence (politique, programme, PMA, standards et protocoles).	DC-PNSR	X					Abidjan	Nombre de documents de référence révisés produits	Les directions régionales et départementales et les structures de santé disposent des documents de référence révisés
4. Plaidoyer pour la mise en place d'un système de gestion de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales.	DC-PNSR, ONG	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de séances de plaidoyer organisées	Un système de gestion de la stratégie d'amélioration de l'accessibilité financière aux urgences obstétricales et néonatales est disponible.
5. Plaidoyer pour mettre en place la subvention des coûts des urgences obstétricales et néonatales notamment les césariennes, les grossesses extra-utérines etc.	DC-PNSR, ONG	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de séances de plaidoyer organisées	Des mesures pour la subvention des coûts des urgences obstétricales et néonatales notamment les césariennes, les grossesses extra-utérines etc. sont prises.

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Introduire la démarche qualité dans l'offre des services.	DC-PNSR	X	X	X	X	X	Abidjan	Proportion des structures de santé ayant intégré la démarche qualité	Les structures de santé adoptent la démarche qualité dans l'offre des services
2. Intégrer la stratégie des staffs communs mensuels entre les structures périphériques et la structure de référence pour l'amélioration des services de la santé de mère et de l'enfant.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Proportion des structures de référence ayant intégré les staffs communs mensuels avec les structures de santé périphériques	Les services de santé maternels et infantiles est amélioré.
3. Intégrer la stratégie des audits des décès maternels et néonataux dans les structures de référence pour l'amélioration des SONU.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Proportion des structures de référence ayant intégré les audits des décès maternels	Les services de SONU sont améliorés.
4. Sensibiliser les prestataires pour une prise de conscience professionnelle et pour l'élimination des pratiques entraînant un surcoût des services de santé de la mère et de l'enfant.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances de sensibilisation organisées	Les pratiques entraînant les surcoûts ont diminué.
5. Organiser un concours d'excellence entre les structures tous les deux ans dans tous les districts et au niveau national.	DR, DD, DC-PNSR	X		X		X	District	Nombre de concours d'excellence organisés	Les structures de santé ont amélioré leurs prestations et leur environnement.
6. Former 166 formateurs régionaux et départementaux en SONU/SAA.	DC-PNSR	X					Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs en SONU/SAA
7. Former 3500 prestataires (Sage-femme, infirmier, médecin, anesthésiste) en SONU/SAA.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de prestataires formés en SONU/SAA	Chaque structure dispose de prestataires formés en SONU/SAA

8. Réhabiliter 50 structures de référence.	DC-PNSR, DD	X	X						Nombre de structures de référence ayant bénéficié de réhabilitation	Les structures de référence sont réhabilitées; Les prestations des structures de référence sont améliorées
9. Fournir à tous les ESPC (100), les équipements et le matériel additionnel et nécessaires aux SONU/SAA.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X		Structures de santé	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires aux SONU/SAA
10. Fournir aux 83 hôpitaux de référence des districts sanitaires les équipements et le matériel additionnel nécessaires aux SONU/SAA.	DC-PNSR, DD	X		X		X		Hôpitaux de référence	Nombre d'hôpitaux de référence ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque hôpital de référence dispose des équipements et matériels nécessaires aux SONU/SAA
11. Renforcer 67 blocs opératoires des structures de référence (4 CHU, 18 CHR, 45 HG) pour les SONU.	DC-PNSR, DD	X		X		X		Hôpitaux de référence	Nombre de blocs opératoires renforcés	Les blocs opératoires des hôpitaux de référence sont renforcés et la qualité des SONU/SAA est améliorée.
12. Doter 20 hôpitaux de référence en blocs opératoires.	DC-PNSR, DD	X				X		Hôpitaux de référence	Nombre d'hôpitaux dotés de blocs opératoires	Les hôpitaux de référence sont dotés de blocs opératoires et la qualité des SONU/SAA est améliorée.
13. Fournir 300 ambulances aux structures de référence et aux ESPC éloignés des 83 districts	DIEM, DC-PNSR, DD	X	X	X	X			Structures de santé	Nombre de structures ayant reçu une ambulance	Chaque structure référence dispose d'une ambulance
14. Assurer la maintenance des équipements et matériels et moyens d'évacuation des 83 districts	DIEM, DD, DC-PNSR	X		X		X		District	Nombre de structures ayant bénéficié de la maintenance des équipements	Les équipements sont fonctionnels.
15. Plaidoyer pour assurer régulièrement l'approvisionnement en produits de la SR y compris le sang et les produits sanguins.	PSP, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X		District	Nombre de structures approvisionnées en produits SR	Les produits SR sont disponibles et accessibles.

16. Organiser des activités de plaidoyer auprès des collectivités décentralisées, pour obtenir des ressources et leur participation effective à la sécurisation des produits de la santé de la reproduction.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances de plaidoyer organisées	Les besoins additionnels pour sécuriser les produits SR sont couverts par les collectivités.
17. Mettre en place une stratégie de subvention des urgences obstétricales et néonatales.	DC-PNSR, DD		X				District	Niveau de réalisation de la stratégie	Une stratégie de subvention des urgences obstétricales et néonatales est fonctionnelle.
18. Organiser des réunions bilan périodiques entre le personnel des structures sanitaires et les communautés pour faire le bilan sur l'utilisation des services.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de réunions bilan organisées	L'utilisation des services a augmenté.
19. Sensibiliser les prestataires sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnés par l'Etat.	DR, DD, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances organisées	La pratique des surcoûts a diminué.

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Développer et mettre en œuvre un plan de communication en SR.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Disponibilité d'un plan communication	80% des populations sont informées sur les problèmes des SONU
2. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre et type de supports de sensibilisation produits	Les structures de santé, les ONG et autres disposent des supports de communication
3. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur le SONU/SAA.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Aires de santé	Nombre de campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur le SONU/SAA organisées	80% des populations sont informées sur les problèmes des SONU

4. Sensibiliser les populations sur les urgences obstétricales et néonatales subventionnées par l'Etat.	DC-PNSR, DD, PPS	X	X	X	X	X	Aires de santé	Nombre d'activités de sensibilisation des populations et des communautés sur le SONU/SAA réalisées	80% des populations sont informées sur les problèmes des SONU
5. Organiser les populations et les communautés à la mise en place de fonds d'entraide communautaire pour les soins maternels et néonatales.	DC-PNSR, DD, PPS	X	X	X	X	X	Aires de santé	Nombre de fonds d'entraide communautaire mis en place pour les soins maternels et néonatales.	Chaque district dispose d'au moins une aire de santé ayant des fonds 'entraide communautaire mis en place pour les soins maternels et néonatales
6. Sensibiliser les populations au don de sang.	DD, PPS	X	X	X	X	X	Aires de santé	Nombre d'activités réalisées	Les besoins en sang sont couverts
7. Créer un partenariat stratégique entre les districts sanitaires et les radios locales pour la sensibilisation des communautés sur les SONU.	DD, PPS	X	X	X	X	X	Aires de santé	Nombre d'activités réalisées	Les radios locales sont engagés pour la promotion des la maternité à moindre risque

**Objectifs de résultat 1.4 : Assurer qu'au mois 60% des femmes ayant accouché bénéficient d'une consultation postnatale d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Sensibiliser les prestataires pour l'application des directives sur la pratique et le suivi postnatal.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées	Les directives sur les soins postnatals sont appliquées dans toutes les structures de santé

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Abidjan, District	Nombre et type de supports de sensibilisation produits	Les structures de santé, les ONG et autres disposent des supports de communication
2. Réaliser des causeries débats et d'entretiens conseils (counselling) dans les services de CPoN.	DD, PPS	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées	80% des populations sont informées sur l'intérêt des services de CPoN.
3. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur l'intérêt des soins post-natals.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de campagnes de sensibilisation des populations sur l'intérêt des soins post-natals réalisées	80% des populations sont informées sur l'intérêt des soins postnatals

**Objectifs de résultat 1.5 : Accroître de 13% à 25,1% la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Elaborer et faire adopter une loi en faveur de la SR.	DC-PNSR		X				Abidjan	Nombre d'activités réalisées pour l'élaboration et l'adoption d'une loi en faveur de la SR.	Une loi en faveur de la SR est adoptée
2. Diffuser la loi en faveur de la SR.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	National	Nombre d'activités réalisées pour la diffusion de la loi en faveur de la SR	La loi en faveur de la SR est connue par au moins 50% de la population
3. Réviser les textes réglementaires pour alléger les conditions d'importation des produits contraceptifs.	D-PNSR		X				Abidjan	Nombre d'activités réalisées pour réviser les textes pour alléger les conditions d'importation des produits contraceptifs.	Les obstacles liés à l'importation des produits contraceptifs sont allégés

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Appuyer l'intégration de la planification familiale dans les services de santé scolaire et universitaire, du secteur privé, des entreprises, des forces de défense et de sécurité, les infirmeries des établissements scolaires (formation et équipements).	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	District	Nombre de services de santé scolaire et universitaire, du secteur privé, des entreprises, des forces de défense et de sécurité, les infirmeries des établissements scolaires ayant intégré la planification familiale	Tous les services de santé scolaire et universitaire et des forces de défense et de sécurité, 20% des services de santé du secteur privé et des entreprises, 70% des infirmeries des établissements scolaires ont intégré la planification familiale
2. Former 166 formateurs régionaux et départementaux en planification familiale	DC-PNSR, DR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
3. Former 3500 prestataires en en planification familiale et en SIG/PF.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de prestataires formés en CPN recentrées	Chaque structure dispose de prestataires formés
4. Fournir à tous les ESPC (1000), les équipements et matériels additionnels nécessaires en planification familiale.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la CPN recentrée
5. Assurer régulièrement l'approvisionnement en produits contraceptifs.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la CPN recentrée
6. Élargir le Marketing social des autres produits contraceptifs.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X		Nombre de produits contraceptifs ayant intégré le Marketing social	les pilules, les injectables et le DIU ont intégrés le Marketing social

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de supports de communication interpersonnelle et de masse produits	Chaque structure dispose des e supports de communication interpersonnelle et de masse
2. Réaliser des causeries débats et d'entretiens conseils (councelling) dans les services de PF	DD, PPS	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées	80% des populations sont informées sur l'intérêt des services de PF
3. Former 40000 agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles et autres membres des communautés à la promotion de la planification familiale.	DD, PPS	X	X	X	X	X	District	Nombre de personnels formés à la promotion de la santé maternelle et infantile	Chaque aire de santé dispose d'agents de santé communautaires, d'accoucheuses traditionnelles formés.
4. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés pour l'intérêt de la planification familiale.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	National, District	Nombre de campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur l'intérêt de la PF	80% des populations sont informées sur l'intérêt de la PF
5. Organiser les services à base communautaire des produits SR.	DD, PPS	X	X	X	X	X	District	Nombre de service à base communautaire des produits SR par district	Toutes les aires de santé disposent des services à base communautaire des produits SR

**Objectifs de résultat 1.6 : Contribuer à réduire le taux de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes d'au moins 25% d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Intégrer les questions liées au VIH dans la loi sur la SR	PNPEC, DC-PNSR, DD	X					Abidjan	Nature et nombre d'activités réalisées pour l'intégration des questions liées au VIH dans la loi sur la SR	Les questions liées au VIH sont intégrées à la loi sur la SR

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 166 formateurs régionaux et départementaux au dépistage du VIH	DC-PNSR, DR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
2. Former 3500 prestataires en PTME, au CDV et au dépistage du VIH.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de prestataires formés en CPN recentrées	Chaque structure dispose de prestataires formés
3. Fournir à tous les ESPC (1000), des équipements et matériels additionnels pour la PTME et le CDV.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la CPN recentrée
4. Fournir à 50 structures de référence des équipements et matériels additionnels pour la PTME et le CDV.	DC-PNSR, DR		X	X			District	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la CPN recentrée
5. Intégrer les activités de dépistage dans les services de PF (formation et équipements).	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la CPN recentrée

6. Assurer régulièrement l'approvisionnement en produits pour le dépistage du VIH.	PNPEC, DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de rupture de stock de produit dans le mois	Les produits pour le dépistage du VIH sont régulièrement approvisionnés
7. Fournir les contraceptifs aux femmes VIH positives.	PPS	X	X	X	X	X	District	Nombre de femmes VIH positives ayant les contraceptifs	Toutes les femmes VIH positives reçoivent des contraceptifs

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Intégrer les questions du VIH dans le plan de communication en SR.	PNPEC, DC-PNSR	X					Abidjan	Nature et nombre d'activités réalisées pour l'intégration des questions liées au VIH dans le plan	Les questions liées au VIH sont intégrées dans le plan de communication
2. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de supports de communication interpersonnelle et de masse produits	Chaque structure dispose de supports de communication interpersonnelle et de masse
3. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur le VIH.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	National, District	Nombre de campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur le VIH réalisées	80% des populations sont informées sur le VIH

**Objectif d'impact 2: Réduire de plus de 50% la morbidité des femmes liée à la sexualité et à la reproduction de 2005 à la fin de 2014**

**Objectifs de résultat 2.1: Contribuer à réduire de 50% la prévalence des IST chez les femmes d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 166 formateurs régionaux et départementaux en prévention et prise en charge des IST.	DC-PNSR, DR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
2. Former 3500 prestataires en prévention et prise en charge des IST	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de prestataires formés en IST	Chaque structure dispose de prestataires formés
3. Former les ONG en prévention et prise en charge des IST	DC-PNSR, DD	X	X				District	Nombre de prestataires des ONG formés en IST	Chaque ONG dispose de prestataires formés
4. Fournir à tous les ESPC (1000), les équipements et le matériel additionnel nécessaires à la prise en charge des IST (kits IST, tests, réactifs...).	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires
5. Fournir à tous les ESPC (1400), les préservatifs masculin et féminin.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de rupture de stock des préservatifs masculin et féminin	Les préservatifs masculin et féminin sont disponibles dans les points de prestation

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Organiser des activités de sensibilisation des populations sur les IST et leurs conséquences au niveau national et district (communication interpersonnelle, collective...).	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	National, District	Nombre de campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur le IST	80% des populations sont informées sur les IST

**Objectifs de résultat 2.2: Contribuer à réduire de 50% le niveau de violences basées sur le genre (MGF, Viol) et leurs conséquences d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Promouvoir les textes juridiques en matière de violences basées sur le genre et leur application.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	National, District	Nombre d'activités réalisées pour la promotion des textes juridiques en matière de violences basées sur le genre et leur application.	80% des populations connaissent les textes juridiques en matière de violences basées sur le genre et leur application.
2. Faire le Plaidoyer auprès du MSHP pour l'intégration des indicateurs de VBG dans le SIG.	DC-PNSR	X	X				Abidjan	Nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour l'intégration des indicateurs de VBG dans le SIG.	Les indicateurs de VBG sont intégrés dans le SIG
3. Faire le Plaidoyer auprès des directions des établissements concernés et de leur hiérarchie pour l'intégration de la prise en charge psychosociale et juridique des violences sexuelles dans les écoles de Police/Gendarmerie et l'INFS.	DC-PNSR	X	X				Abidjan	Nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour l'intégration de la prise en charge psychosociale et juridique des violences sexuelles dans les écoles de Police/Gendarmerie et l'INFS.	La prise en charge psychosociale et juridique des violences sexuelles est intégrée dans les écoles de Police/Gendarmerie et l'INFS.

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 166 formateurs régionaux et départementaux en VBG (viol, MGF).	DC-PNSR, DR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
2. Former 3500 prestataires en prise en charge des VBG.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de prestataires formés	Chaque structure dispose de prestataires formés
3. Former par district sanitaire 3 agents des forces de défense et de sécurité (policiers, gendarmes, militaires).	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre d'agents des forces de défense et de sécurité (policiers, gendarmes, militaires) formés	Chaque district dispose des agents des forces de défense et de sécurité (policiers, gendarmes, militaires) formés
4. Intégrer la prise en charge des VBG dans les services de PF et de PTME.	DC-PNSR, DD	X	X	X			District	Nombre d'activités réalisées pour l'intégration de la prise en charge des VBG dans les services de PF et de PTME.	La prise en charge des VBG est intégrée dans les services de PF et de PTME.
5. Fournir à tous les ESPC (1000), les équipements, le matériel additionnel et les intrants stratégiques nécessaires à la prise en charge médicale du viol.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la prise en charge médicale du viol
6. Intégrer les indicateurs de VBG dans le SIG national	DIPE, DC-PNSR	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre d'indicateurs de VBG introduits dans le SIG	Les données de chaque structure sur les VBG sont disponibles.

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 2 ASC par aire de santé pour faciliter la référence des victimes de VBG au niveau des structures de santé de référence, des structures sociales, des structures de sécurité et judiciaires dans chaque district sanitaire communication en SR.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de personnels formés à la promotion de la santé maternelle et infantile	Chaque aire de santé dispose d'agents de santé communautaires, d'accoucheuses traditionnelles formés
2. Organiser des activités de sensibilisation des populations et des communautés sur le VBG (communication interpersonnelle, collective...).	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser sur les VBG (communication interpersonnelle, collective...).	80% des populations connaissent les textes juridiques en matière de violences basées sur le genre et leur application.
3. Développer un partenariat avec des ONGs locales (formation des membres et conduite des activités de sensibilisation sur les VBG).	DC-PNSR, DD, DR	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de région ayant un partenariat avec les ONG locales	50% des régions sanitaires ont un partenariat avec les ONG locales pour la conduite des activités de sensibilisation sur les VBG
4. Réviser et diffuser les documents de formation sur les VBG.	DC-PNSR		X	X			Abidjan	Nombre et type de documents produits	Les documents de formation VBG sont révisés
5. Confectionner et diffuser les documents (bandes dessinées, brochures, film...) traitant des textes de lois réprimant les VBG.	DC-PNSR	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre et type de documents produits	Les documents traitant des textes de lois réprimant VBG sont disponibles

**Objectifs de résultat 2.3: Réduire de 50% le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Equiper 83 hôpitaux de référence des districts en matériel médical spécifique pour la prise en charge des cas d'infécondité et d'infertilité (glaire, synéchie, spermogramme...).	DC-PNSR, DR			X	X		District	Nombre d'hôpitaux de référence ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque hôpital de référence de district dispose des équipements et matériels nécessaires pour la prise en charge des cas d'infécondité et d'infertilité.
2. Former 186 agents de santé pour la prise en charge des cas d'infertilité.	DC-PNSR, DR			X	X	X	District	Nombre de personnels formés pour la prise en charge des cas d'infertilité	Chaque hôpital de district dispose du personnel formé pour la prise en charge des cas d'infertilité
3. Equiper 1 CHU en matériel pour l'aide médicale à la procréation (AMP).	DC-PNSR, DR				X	X	CHU	Nombre de CHU ayant reçu des équipements et matériels additionnels pour l'AMP	Un CHU dispose des équipements et matériels nécessaires pour l'AMP
4. Former 2 biologistes, 2 gynécologues et 2 échographistes du CHU de Cocody pour la procréation médicalement assistée.	DC-PNSR, DR				X		Régions	Nombre de biologistes, gynécologues et échographistes formés pour la procréation médicalement assistée.	Le CHU de Cocody dispose de biologistes, gynécologues et échographistes formés pour la procréation médicalement assistée.

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Sensibiliser les populations à la prévention de l'infertilité	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour la prévention de l'infertilité	60% des populations sont informées sur la prévention de l'infertilité

**Objectifs de résultat 2.4: Réduire de 50% la prévalence des fistules obstétricales d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 186 spécialistes (chirurgiens, gynécologues, anesthésistes) pour la prise en charge des fistules simples dans les hôpitaux généraux de chaque district sanitaire.	DC-PNSR, DR			X	X	X	District	Nombre de spécialistes formés pour la prise en charge des fistules simples	Chaque hôpital de référence de district dispose de spécialistes formés
2. Fournir aux 4 CHU et 6 CHR les équipements et le matériel additionnels et nécessaires à la prise en charge des fistules obstétricales.	DC-PNSR, DR		X	X			District	Nombre de CHU et CHR ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la prise en charge des fistules obstétricales
3. Ouvrir un centre national de prise en charge des fistules à Bouaké.	DC-PNSR, DR						Bouaké	Existence du centre national	Les cas de fistules sont pris en charge

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire les supports de sensibilisation sur les fistules obstétricales	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de supports de sensibilisation sur les fistules obstétricales produits	Chaque structure dispose de supports de sensibilisation sur les fistules obstétricales produits
2. Organiser une campagne nationale de sensibilisation par an sur les fistules obstétricales.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de campagnes réalisées pour prévenir les fistules obstétricales.	40% des populations sont informées sur les opérations des fistules obstétricales.
3. Diffuser des messages de sensibilisation sur les fistules obstétricales (facteurs de risque, causes et solution) à la radio et à la télévision.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de messages de sensibilisation diffusés sur les fistules obstétricales.	80% des populations sont informées sur les fistules obstétricales à travers la radio et la télévision
4. Former 2 ASC, 2 AT, 2 filles de salles, 2 leaders communautaires par aire de santé de chaque district sanitaire pour la sensibilisation sur les fistules obstétricales.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de ASC, AT, filles de salles, leaders communautaires formés pour la sensibilisation sur les fistules obstétricales,	Chaque aire de santé dispose de ASC, AT, filles de salles, leaders communautaires formés pour la sensibilisation sur les fistules obstétricales,
5. Créer un partenariat stratégique avec les ONG pour la sensibilisation et la recherche active des cas de fistules, leur réinsertion socioéconomique.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de partenariats créés avec les ONG pour la sensibilisation et la recherche active des cas de fistules, leur réinsertion socio économique	Les activités de sensibilisations sur les fistules sont menées dans les régions identifiées
6. Former les agents des ONG impliquées dans la lutte contre les fistules obstétricales.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'agents des ONG impliquées dans la lutte contre les fistules obstétricales formés	Chaque région et district dispose ONG impliquées dans la lutte contre les fistules obstétricales formées

**Objectifs de résultat 2.5: Contribuer à réduire de 50% l'incidence du cancer du col de l'utérus et du sein d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Faire le plaidoyer pour rendre disponible 3 unités de prise en charge complète du cancer du col de l'utérus et du sein.	Programme Cancer, DC-PNSR			X	X		Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour rendre disponible 3 unités de prise en charge complète du cancer du col de l'utérus et du sein.	3 unités de prise en charge complète du cancer du col de l'utérus et du sein sont disponibles.
2. Former 3500 prestataires au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et du sein.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de personnels formés au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et du sein.	Chaque aire de santé dispose de personnel formé au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et du sein.
3. Former 100 médecins à la prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du sein.	DC-PNSR, DD	X	X	X			Régions	Nombre de médecins formés à la prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du sein.	Chaque région et district dispose de médecins formés à la prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus et du sein.
4. Organiser chaque année simultanément dans les districts sanitaires des séances de dépistage de masse des cancers du col de l'utérus et du sein.	DC-PNSR, DD, DR	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de séances de dépistage de masses des cancers du col de l'utérus et du sein	Le dépistage de masse du cancer de col et du sein est mené

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Organiser des activités de sensibilisation pour la prévention des cancers du col et du sein.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser sur la prévention des cancers du col et du sein.	60% des populations sont informées sur la prévention des cancers du col et du sein.

**Objectif d'impact 3: Réduire de 41% à 25% le taux de mortalité néonatale à la fin de 2014**

**Objectifs de résultat 3.1: Assurer la prise en charge d'au moins 80% des complications du nouveau-nés d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 166 formateurs régionaux et départementaux sur les soins aux nouveau-nés.	DC-PNSR, DR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
2. Former 3500 prestataires en SONU.	DC-PNSR, DR	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de prestataires formés en SONU	Chaque structure dispose de prestataires formés
3. Fournir à tous les ESPC (1000), 4 CHU et 83 hôpitaux de référence les équipements et les matériels additionnels et nécessaires à la prise en charge du nouveau-né.	DC-PNSR, DR	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la prise en charge du nouveau-né
4. Assurer régulièrement l'approvisionnement en produits et intrants stratégiques nécessaire à la prise en charge du nouveau-né.	DC-PNSR, DD, PSP, DD	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de rupture de stock des produits et intrants stratégiques nécessaires à la prise en charge du nouveau-né.	Les produits et intrants stratégiques nécessaire à la prise en charge du nouveau-né sont disponibles dans toutes les structures de santé

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Abidjan et DD	Nombre de supports de communication interpersonnelle et de masse produits	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la communication interpersonnelle et de masse
2. Former 40000 agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles et les communautés à la promotion de la santé maternelle et infantile et un continuum de soins à domicile et planification familiale.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de personnels formés à la promotion de la santé maternelle et infantile	Chaque aire de santé dispose d'agents de santé communautaires, d'accoucheuses traditionnelles, formés.
3. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés pour la promotion de la santé maternelle et infantile et un continuum de soins à domicile et planification familiale.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de campagnes réalisées pour la promotion de la santé maternelle et infantile et un continuum de soins à domicile et planification familiale.	80% des populations sont informées sur l'importance de la promotion de la santé maternelle et infantile et un continuum de soins à domicile et planification familiale

**Objectifs de résultat 3 à 2: Contribuer à réduire de 75% la transmission du VIH de la mère à au nouveau né d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 166 formateurs régionaux et départementaux en PTME	DC-PNSR, DR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
2. Former 3500 prestataires en PTME	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de prestataires formés en PTME	Chaque structure dispose de prestataires formés
3. Fournir à tous les ESPC (1000), les équipements et les matériels additionnels et nécessaires à la PTME.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de structures ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque structure dispose des équipements et matériels nécessaires pour la PTME
4. Intégrer les services de PF et de PTME.	DC-PNSR, PNPEC	X	X	X	X	X	District	Nombre de structure ayant intégré les services de PF et de PTME	Toutes les structures ont intégré les services de PF et de PTME
5. Assurer régulièrement l'approvisionnement en produits et intrants stratégiques nécessaire à la PTME.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de rupture de stock des produits et intrants stratégiques nécessaire à la PTME.	Les produits et intrants stratégiques nécessaire à la PTME sont disponibles dans toutes les structures de santé

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire les supports de sensibilisation sur la PTME.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Abidjan, DD	Nombre de supports de sensibilisation sur la PTME produits	Chaque structure dispose des supports de sensibilisation sur la PTME
2. Diffuser des messages de sensibilisation sur la prévention du VIH à la radio et à la télévision.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités de diffusion de messages réalisées pour la prévention du VIH	80% des populations sont informées sur la prévention du VIH à la radio et à la télévision.
3. Sensibiliser les populations pour le dépistage du VIH.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de messages de sensibilisation diffusés à la radio et à la télévision pour prévenir le VIH	80% des populations sont informées sur le VIH à travers la radio et à la télévision

**Objectifs de résultat 3.3: Contribuer à la réduction de l'incidence du tétanos néonatal à moins de 1‰ (élimination) d'ici fin 2010**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Faire le plaidoyer pour l'approvisionnement régulier des services de CPN en vaccins antitétaniques.	DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour l'approvisionnement régulier des services de CPN en vaccins	80% des services de CPN sont régulièrement approvisionnés en vaccins antitétaniques.
2. Faire le plaidoyer pour l'intégration de la vaccination contre le tétanos des femmes en âge de procréer et des jeunes filles dans tous les SSSU.	DC-PNSR	X	X				District	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour intégrer la vaccination contre le tétanos des femmes en âge de procréer et des jeunes filles dans les SSSU.	100% des SSSU ont intégré la vaccination contre le tétanos des femmes en âge de procréer et des jeunes filles.

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire des supports de sensibilisation sur la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Structures de santé	Nombre de supports de sensibilisation sur la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos produits	Chaque structure dispose des supports de sensibilisation sur la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos.
2. Mener des séances de sensibilisation des femmes, des ménages et des communautés sur l'importance de la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser sur l'importance de la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos.	80% des populations sont informées sur l'importance de la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos.

**Objectif d'impact 4: Réduire d'au moins 30% le taux de mortalité liée à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et les jeunes d'ici fin 2014**

**Objectifs de résultat 4.1 : Réduire de 30 à 10% le taux de grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes d'ici fin 2014**

**Objectifs de résultat 4.2 : Réduire de 50% le taux des avortements provoqués chez les adolescentes et les jeunes d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Organiser des activités de plaidoyer en direction du gouvernement pour la réduction des coûts des soins de santé sexuelle et reproductive de tous les adolescents et jeunes dans tous les établissements sanitaires.	DC-PNSR		X				Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour réduire les coûts des soins de santé sexuelle et reproductive de tous les adolescents et jeunes dans tous les établissements sanitaires.	80% des adolescents et jeunes ont bénéficié d'une réduction des coûts de leurs soins de santé sexuelle et reproductive dans tous les établissements sanitaires.
2. Réviser les textes de loi pour la prise en compte de la légalisation de l'avortement pour certains cas (viol, inceste, anomalie du fœtus...).	Cabinet, DC-PNSR		X				Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour Réviser les textes de loi pour la prise en compte de la légalisation de l'avortement pour certains cas (viol, inceste, anomalie du fœtus...).	La loi est révisée et prend en compte la légalisation de l'avortement pour certains cas (viol, inceste, anomalie du fœtus...).

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services pour les adolescents et les jeunes**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Elaborer le plan stratégique pour la promotion de la santé des adolescents.	PNSSSU, DC-PNSR	X					Abidjan	Niveau d'élaboration du plan stratégique pour la promotion de la santé des adolescents	Le plan stratégique pour la promotion de la santé des adolescents est mise en œuvre
2. Elaborer les standards des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux besoins des adolescents.	PNSSSU, DC-PNSR	X					Abidjan	Niveau d'élaboration des standards des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux besoins des adolescents	Les standards des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux besoins des adolescents est disponible
3. Créer 50 centres d'écoute et de conseils pour l'encadrement des jeunes en matière de droit et de santé sexuels et reproductifs et des compétences de la vie.	PNSSSU, DC-PNSR		X	X			District	Nombre de centres d'écoute et de conseils pour l'encadrement des jeunes en matière de droit et de santé sexuels et reproductifs et des compétences de la vie, créés	50 centres d'écoute et de conseils pour l'encadrement des jeunes en matière de droit et de santé sexuels et reproductifs et des compétences de la vie sont fonctionnels
4. Affecter 150 agents (3 par district) dans les centres d'écoute, de conseils et de soins aux adolescents/jeunes dans 50 districts.	PNSSSU, DC-PNSR		X	X	X		District	Nombre d'agents (3 par district) dans les centres d'écoute, de conseils et de soins aux adolescents/jeunes affectés	150 agents (3 par district) dans les centres d'écoute, de conseils et de soins aux adolescents/jeunes effectués dans 50 districts
5. Former 150 agents (animateurs) des centres d'écoute et de conseils et du service de santé des adolescents/jeunes (techniques de communication interpersonnelle, ...).	DC-PNSR, DD			X	X	X	District	Nombre d'animateurs des centres d'écoute et de conseils et du service de santé des adolescents/jeunes formés à la promotion de la santé maternelle et infantile	Chaque centre d'écoute et de conseils et service de santé des adolescents/jeunes dispose d'agents formés.

6. Fournir aux hôpitaux de référence et à 100 centres de santé urbain de 50 districts sanitaires, des équipements, matériels, médicaments et intrants stratégiques nécessaires à la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes.	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	District	Nombre d'hôpitaux de référence et centres de santé urbains ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque district dispose d'hôpitaux de référence et centres de santé urbaines dotées des équipements et matériels nécessaires,
7. Equiper en matériel médical pour la SR les 50 SSSU fonctionnels.	PNSSSU, DC-PNSR		X	X	X	X	District	Nombre de structures ayant reçu des équipements	Les 50 SSSU fonctionnels sont équipés.
8. Intégrer la planification familiale dans les activités des 50 SSSU fonctionnels et des infirmeries des écoles.	PNSSSU, DC-PNSR		X	X	X	X	District	Nombre de structures SSSU ayant intégré la planification familiale	Les structures SSSU ont intégré la planification familiale
9. Approvisionner régulièrement les 50 SSSU et les infirmeries en produits contraceptifs.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de rupture de stock des produits contraceptifs	Les produits contraceptifs nécessaires à la PF sont disponibles dans toutes les structures SSSU
10. Former 2 agents de santé des 50 SSSU concernés à la technologie contraceptive adaptée aux adolescents et aux jeunes.	PNSSSU, DC-PNSR		X	X	X		District	Nombre d'agents des SSSU formés à la technologie contraceptive adaptée aux adolescents et aux jeunes.	Chaque SSSU dispose d'agents formés à la technologie contraceptive adaptée aux adolescents et aux jeunes,
11. Renforcer la collaboration entre les services de consultations des hôpitaux de référence des 50 districts et les centres d'écoute de conseils des ado/jeunes.	PNSSSU, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de rencontres entre les services de consultations des hôpitaux de référence des 50 districts et les centres d'écoute de conseils des ado/jeunes	La collaboration est renforcée entre les services de consultations des hôpitaux de référence des 50 districts et les centres d'écoute de conseils des ado/jeunes.
12. Doter les 50 centres d'écoute et de conseils ado/jeunes d'équipements nécessaires pour leur fonctionnement efficient (distributeurs automatiques de condoms, télévision, magnétoscope, ordinateur, imprimante, photocopieuses	PNSSSU, DC-PNSR		X	X	X	X	District	Nombre de centres d'écoute et de conseils ayant reçu des équipements et matériels additionnels pour leur fonctionnement efficient	Chaque centre d'écoute et de conseil dispose des équipements et matériels nécessaires pour son fonctionnement efficient

13. Fournir des services intégrés dans les hôpitaux de référence des 83 districts sanitaires pour la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes (IST, tests de grossesse, soins, conseils et soutien psychologique)	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'hôpitaux de référence des 83 districts sanitaires offrant des services intégrés pour la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes (IST, tests de grossesse, soins, conseils et soutien psychologique)	Les hôpitaux de référence des 83 districts sanitaires offrent des services intégrés pour la prise en charge des problèmes des adolescents et jeunes (IST, tests de grossesse, soins, conseils et soutien psychologique)
14. Etablir des partenariats stratégiques entre les centres d'écoute/conseils, les SSSU et les services de référence des 83 districts sanitaires.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de partenariats stratégiques établis entre les centres d'écoute/conseils, les SSSU et les services de référence des 83 districts sanitaires.	Tous les districts ont établis des partenariats stratégiques établis entre les centres d'écoute/conseils, les SSSU et les services de référence des 83 districts sanitaires
15. Élargir le Marketing Social aux autres méthodes contraceptives (injectables y compris).	DC-PNSR		X	X	X	X	District	Nombre de produits contraceptifs ayant intégré le programme de Marketing Social	Tous les produits contraceptifs ont intégré le programme de Marketing Social

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 500 pairs éducateurs des lycées et collèges y compris les lycées professionnels et les CAFOP pour 50 districts sanitaires.	DC-PNSR, DD		X	X	X		District	Nombre de pairs éducateurs formés	Chaque district dispose de pairs éducateurs formés dans les lycées et collèges, lycées professionnels et CAFOP,
2. Former 2 leaders et 4 volontaires communautaires dans chaque aire de santé.	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	District	Nombre de leaders et volontaires communautaires formés	Chaque aire de santé dispose de leaders et volontaires communautaires formés,

3. Produire et reproduire les supports de communication interpersonnelle et de masse.	DC-PNSR		X	X			Abidjan	Nombre et types de supports produits	80% des parents sont sensibilisés sur l'importance de la communication sur la sexualité au sein des ménages et familles.
4. Organiser des activités de sensibilisation des parents pour la promotion de la communication sur la sexualité au sein des ménages et familles.	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser les parents sur la communication sur la sexualité au sein des ménages et familles.	80% des parents sont sensibilisés sur l'importance de la communication sur la sexualité au sein des ménages et familles.
5. Organiser une campagne nationale d'information et de sensibilisation par an sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués.	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	District	Nombre de campagnes nationales réalisées pour informer et sensibiliser sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués.	80% des populations sont informées sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués.
6. Mener des séances de sensibilisation sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués dans les écoles, aux abords des marchés et autres lieux publiques dans les 83 districts sanitaires.	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués	80% des populations sont informées sur les conséquences des grossesses précoces et des avortements provoqués,
7. Mener des séances de sensibilisation dans les commissariats et brigades de gendarmerie pour l'application des textes législatifs en matière de pratiques néfastes à la SR des adolescents et jeunes (MGF, unions précoces, avortements, viol...)	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées dans les commissariats et brigades de gendarmerie pour sensibiliser pour l'application des textes législatifs en matière de pratiques néfastes à la SR	60% des commissariats et brigades de gendarmerie sont sensibilisés pour l'application des textes législatifs en matière de pratiques néfastes à la SR

**Objectifs de résultat 4.3 : Contribuer à assurer la prise en charge de 50% des adolescents et jeunes vivant avec le VIH**

**STRATÉGIE : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Prendre des textes réglementaires pour la mise à disposition des IDE et SF des centres de santé ruraux des ARV en vue du ravitaillement des patients mis sous traitement par le prescripteur.	PNPEC, PSP, DD	X					Abidjan	Disponibilité des textes réglementaires	Les IDE et SF des centres de santé ruraux disposent d'ARV pour le ravitaillement des patients mis sous traitement par le prescripteur

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Intégrer le CDV dans les 50 SSSU.	PNSR/PF, PNPEC, PNSSU		X	X	X		SSSU	Nombre de SSSU ayant intégré le CDV	Les activités de CD sont menées dans 50 SSSU
2. Intégrer la prise en charge du VIH dans tous les SSSU.			X	X	X		SSSU	Nombre de SSSU assurant la prise en charge du VIH	Les activités de prise en charge du VIH sont menées dans tous les SSSU
3. Former 2 agents de santé par SSSU pour la prescription et l'administration des ARV.	DC-PNSR, DD		X	X	X		Régions	Nombre d'agents de santé par SSSU formés pour la prescription et l'administration des ARV.	Chaque SSSU dispose d'agents formés pour la prescription et l'administration des ARV.
4. Doter tous les SSSU d'équipements, matériels et intrants stratégiques nécessaires à la PEC des adolescents et jeunes vivants avec le VIH.			X	X	X	X	SSSU	Nombre de SSSU ayant reçu des équipements et matériels additionnels	Chaque SSSU dispose des équipements et matériels nécessaires pour la PEC des adolescents et jeunes vivants avec le VIH

5. Former tous les agents (2500 infirmiers et sages femmes) des centres de santé ruraux de chaque district pour l'administration des ARV aux patients qui sont mis sous traitement par le prescripteur (counselling, prise en charge psychosociale...).	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	Régions	Nombre d'agents des centres de santé ruraux formés pour l'administration des ARV.	Chaque centre de santé rural dispose d'agents formés pour l'administration des ARV.
6. Faire le plaidoyer pour l'approvisionnement régulier les centres de santé ruraux en ARV.	DC-PNSR		X	X	X	X	Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour l'approvisionnement régulier les centres de santé ruraux en ARV.	60% des centres de santé ruraux sont régulièrement approvisionnés en ARV.

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire et reproduire les supports de communication interpersonnelle et de masse.	DC-PNSR	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre et types de supports produits	80% des populations sont informées sur le dépistage et la prise en charge du VIH/sida.
2. Organiser des activités de sensibilisation des jeunes pour le dépistage et la prise en charge VIH/sida.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser les jeunes sur le dépistage et la prise en charge du VIH/sida.	80% des populations sont informées sur le dépistage et la prise en charge du VIH/sida.

**Objectif d'impact 5: Réduire de 50% le taux de morbidité liée à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et les jeunes de 2010 à fin 2014**

**Objectifs de résultat 5.1: Contribuer à réduire de 50% la prévalence des IST/VIH chez les adolescents et les jeunes d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Approvisionner régulièrement les 50 SSSU et 83 Centres d'écoute/conseil en préservatifs masculins et féminins.	PSP, PNSR/PF, PNSSSU	X	X	X	X	X	Districts, SSSU	Proportion de SSSU et centres d'écoutes et de conseil n'ayant pas connu de rupture en préservatifs	Les préservatifs sont disponibles en permanence au niveau des 50 SSSU et 83 Centres d'écoutes et de conseils
2. Assurer la prise en charge des IST/VIH dans les structures.	Prestataires	X	X	X	X	X	SSSU	Proportion de SSSU menant des activités de prise en charge des IST/VIH/SIDA, Nombre de cas pris en charge	80% des SSSU prennent en charge les IST/VIH/SIDA
3. Intégrer le CDV dans les centres de santé, les structures spécialisées prenant en compte toutes les cibles (apprentis, vendeurs ambulants,...).	PNPEC, PNSSU, PNSR/PF	X	X	X	X	X	SSSU	Nombre de structures faisant le conseil dépistage	80% des structures concernées mènent des activités de CD

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 2 responsables des clubs SR/Jeunes en techniques d'information et sensibilisation sur les IST et le VIH/sida dans chaque aire de santé.	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	Régions	Nombre de responsables des clubs SR/Jeunes formés en techniques d'information et sensibilisation sur les IST et le VIH/sida dans chaque aire de santé.	Chaque aire de santé dispose d'un responsable de clubs SR/Jeunes formé en techniques d'information et sensibilisation sur les IST et le VIH/sida
2. Contribuer à organiser des séances de sensibilisation par an sur les IST et VIH/sida dans tous les établissements scolaires par an.	DC-PNSR, DD		X	X	X	X	District	Nombre de d'activités réalisées pour sensibiliser sur les IST et VIH/sida dans les établissements scolaires	80% des élèves sont informés sur les IST et VIH/sida
3. Contribuer chaque année à l'organisation de la journée mondiale du sida.	DC-PNSR		X	X	X	X	National	Nombre de journées mondiales du sida organisées avec la contribution de la DC-PNSR	Nombre de journées mondiales du sida organisées avec la contribution de la DC-PNSR
4. Contribuer à organiser une campagne nationale d'information et de sensibilisation par an sur le sida et sur l'utilisation des préservatifs.	DC-PNSR , DC-PNPEC		X	X	X	X	District	Nature et nombre de campagnes réalisées pour sensibiliser sur le sida et sur l'utilisation des préservatifs.	80% des populations sont informées et sensibilisées sur le sida et sur l'utilisation des préservatifs.

**Objectifs de résultat 5.2: Contribuer à réduire de 50% le niveau de violences basées sur le genre (MGF, Viol) et leurs conséquences chez les adolescentes et les jeunes d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 166 (2 par district) formateurs régionaux et départementaux pour la prévention et la prise en charge des victimes de violences sexuelles (MGF, viol...).	DC-PNSR, DR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
2. Former 3500 prestataires des CS et SSSU pour la prévention et la prise en charge des victimes de violences sexuelles (MGF, viol...)	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de prestataires formés pour la prévention et la prise en charge des victimes de violences sexuelles (MGF, viol...)	Chaque structure dispose de prestataires formés pour la prévention et la prise en charge des victimes de violences sexuelles (MGF, viol...)
3. Soutenir les secteurs ministériels et ONGs intervenant dans la lutte contre les violences basées sur le genre (mutilations génitales féminines, unions précoces, viol...).	PNSR/PF	X	X	X	X	X	District	Nombres de structures ayant bénéficié d'un soutien pour mener la lutte contre les VBG	50% des structures ayant sollicité un soutien pour la lutte contre les VBG l'ont obtenu
4. Fournir des services de contraception d'urgence, les ARV, la prévention post exposition (PPE) dans les SSSU et les structures de santé conviviaux pour les jeunes.	Prestataires	X	X	X	X	X	District	Nombre de structures de SSU dans lesquels les prestations de PF sont menées	Les prestations de PF sont offertes dans tous les S SSU

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Concevoir et produire des supports de sensibilisation pour la lutte contre les mutilations génitales féminines et autres pratiques néfastes à la santé.	PNSR/PF	X	X	X	X	X	Abidjan	Type et nombre de supports de sensibilisation produits	Les populations connaissent les pratiques néfastes à la santé 'ampleur. Les pratiques néfastes à la santé diminuent
2. Organiser une campagne multimédia d'information et de sensibilisation du grand public sur les conséquences des pratiques néfastes à la SSR (mutilations génitales, viol, unions précoces...) dans les 83 districts.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser le grand public sur les conséquences des pratiques néfastes à la SSR	80% des populations sont informées sur les conséquences des pratiques néfastes à la SSR (mutilations génitales, viol, unions précoces...)
3. Informer et sensibiliser 500 parlementaires, journalistes, forces de l'ordre, autorités religieuses, les leaders d'opinions, les autorités administratives sur les violences basées sur le genre (MGF, unions précoces, Viol)	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	Abidjan, District	Nombre de parlementaires, journalistes, forces de l'ordre, autorités religieuses, les leaders d'opinions, les autorités administratives sensibilisés sur les violences basées sur le genre	60% des parlementaires, journalistes, forces de l'ordre, autorités religieuses, les leaders d'opinions, les autorités administratives luttent contre les violences basées sur le genre
4. Sensibiliser les exciseuses en activité dans les régions touchées par la pratique des mutilations génitales.	DC-PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités réalisées pour sensibiliser les exciseuses.	60% des exciseuses en activité dans les régions touchées par la pratique des mutilations génitales ont abandonné la pratique,

**Objectif d'impact 6 : Réduire de 30% le taux de mortalité liée à la sexualité chez les hommes de janvier 2010 à la fin de 2014**  
**Objectifs de résultat 6.1: Contribuer à assurer la prise en charge de 50% des hommes vivant avec le VIH d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Rendre disponibles les préservatifs dans tous les lieux publics et commerces (boutiques, maquis ....).	PSP, PNSR/PF, PNPEC, MLS	X	X	X	X	X	National	Nombre de lieux publics disposant en permanence de préservatif	Les préservatifs sont utilisés par les populations pour la prévention des IST/VIH/SIDA et les grossesses non désirées
2. Développer au niveau des 83 districts une stratégie de distribution à base communautaire de préservatifs.	DD	X	X	X	X	X	Aires de santé	Proportion de districts mettant en œuvre la stratégie de distribution à base communautaire	Les communautés ont accès facilement aux préservatifs
3. Renforcer le Marketing Social au niveau national sur les préservatifs.	PNSR/PF, AIMAS	X	X	X	X	X	National	Nombre de lieux publics disposant en permanence de préservatif	Les populations connaissent et utilisent davantage les préservatifs

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Concevoir et produire des supports de sensibilisation des hommes sur les IST et le VIH/sida.	PNPEC, DC-PNSR	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre et types de supports produits	80% des hommes sont informés sur la prévention des IST/VIH
2. Contribuer à l'organisation d'une campagne nationale de sensibilisation en faveur des hommes sur la prévention des IST et VIH/sida chaque année.	PNPEC, DC-PNSR	X	X	X	X	X	District	Nombre de campagnes organisées	80% des hommes sont informés sur la prévention des IST/VIH
3. Mener des séances de sensibilisation des hommes pour leur implication dans les activités de prévention du VIH au niveau familial.	DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de séances menées; nombre de personnes touchées	80% des hommes sont sensibilisés sur la prévention des IST et VIH/sida

**Objectifs de résultat 6.2: Contribuer à assurer la prise en charge précoce du cancer et des autres pathologies de la prostate d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Faire le plaidoyer pour rendre disponible une unité prise en charge complète du cancer de la prostate.	PNSR/PF	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de rencontres de plaidoyer effectuées en direction des autorités	Une unité de prise en charge complète du cancer de la prostate est disponible
2. Former 166 (2 par district) formateurs régionaux et départementaux à la reconnaissance des signes d'appel prostatiques et à la référence si nécessaire.	DC-PNSR	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
3. Former 3500 prestataires à la reconnaissance des signes d'appel prostatiques et à la référence si nécessaire.	DR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de prestataires formés à la reconnaissance des signes d'appel prostatiques et à la référence	Chaque structure dispose de prestataires formés

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Organiser des activités de sensibilisation sur les maladies de la prostate ;	PNSR/PF	X	X	X	X	X	Régions	Nombre d'activités de sensibilisation réalisées sur les maladies de la prostate	40% des hommes sont informés sur les maladies de la prostate
2. Créer un partenariat stratégique entre les districts sanitaires et les radios locales pour la sensibilisation des communautés sur le cancer de la prostate.	DR, DD	X	X	X	X	X	Districts sanitaires	Nombre de districts ayant créé un partenariat avec les radios locales pour la sensibilisation sur les maladies de la prostate	40% des hommes sont informés sur les maladies de la prostate

**Objectif d'impact 7 : Réduire de 50% le taux de morbidité liée à la sexualité et à la reproduction chez les hommes d'ici fin de 2014**

**Objectifs de résultat 7.1: Accroître de 60% le taux de la prise en charge des cas d'infertilité chez les hommes d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Equiper 83 hôpitaux de référence des districts en matériel médical spécifique pour la prise en charge des cas d'infécondité et d'infertilité (glaière, synéchie, spermogramme...) .	DIEM, PNSR/PF	X	X				Hôpitaux de référence	Proportion de structures équipées	Les cas d'infécondité et d'infertilité sont pris en charge dans les hôpitaux généraux
2. Former 1 médecin spécialiste ou compétent par district pour la prise en charge des cas d'infécondité et d'infertilité.	PNSR/PF		X	X			Districts sanitaires	Nombre de médecins formés	Les cas d'infécondité et d'infertilité sont pris en charge de façon adéquate dans les hôpitaux généraux
3. Construire et équiper un centre de procréation médicalement assisté.	DIEM, PNSR/PF	X					Abidjan	Niveau d'exécution des activités	La procréation médicalement assistée est réalisée
4. Equiper 1 CHU en matériel pour l'aide médicale à la procréation (AMP) ;	DIEM, PNSR/PF		X				Abidjan	Type et nombre de matériels remis	La procréation médicalement assistée est réalisée
5. Former 2 biologistes, 2 gynécologues et 2 échographistes du CHU de Cocody pour la procréation médicalement assistée.	PNSR/PF		X				Abidjan	Nombre de personnes formées par spécialité	La procréation médicalement assistée est réalisée

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse sur les causes de l'infertilité.	PNSR/PF	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre et types de supports produits	Les supports de communication sur les causes de l'infertilité sont disponibles
2. Sensibiliser les hommes sur les infections et l'hygiène vestimentaire et leurs conséquences sur la fécondité.	PNSR/PF, DD, DR	X	X	X	X	X	Districts sanitaires	Nombre d'activités de sensibilisation réalisées au niveau des infections et l'hygiène vestimentaire et leurs conséquences sur la fécondité.	80% des hommes sont informés sur les infections et l'hygiène vestimentaire et leurs conséquences sur la fécondité.

**Objectifs de résultat 7.2: Assurer la prise en charge d'au moins 30% des dysfonctions sexuelles d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Former 166 prestataires à l'identification des troubles sexuels et à leur prise en charge psychosociale et médicamenteuse (impuissance, anéjaculation, andropause...)	PNSR/PF	X	X				Régions	Nombre de personnes formées par région et département	Chaque région et district dispose d'une équipe de formateurs
2. Former 3500 prestataires à l'identification des troubles sexuels et à leur prise en charge psychosociale et médicamenteuse (éjaculation précoce, anéjaculation, andropause...).	DR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de prestataires formés en CPN recentrées	Chaque structure dispose de prestataires formés
3. Faire le plaidoyer pour l'inscription de certains médicaments dans la liste des médicaments essentiels pour la prise en charge des dysfonctionnements sexuels.	PNSR/PF, PSP	X	X				Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées	Les médicaments identifiés sont inscrits dans la liste des médicaments essentiels

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Produire les supports de communication interpersonnelle et de masse sur les dysfonctions sexuelles.	PNSR/PF	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre et types de supports produits	Les supports de communication sur les dysfonctions érectiles sont disponibles
2. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations et des communautés sur les causes des dysfonctions sexuelles.	PNSR/PF, DR, DD	X	X	X	X	X	Régions	Nombre de campagnes organisées	Les populations connaissent les causes des dysfonctions sexuelles

**Objectifs de résultat 7.3: Contribuer à réduire de 50% la prévalence des IST/VIH chez les hommes d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Intégrer les services de conseils et dépistage volontaire dans les autres services de SR.	PNSR/PF, PNPEC, DR, DD	X	X	X	X	X	Structures de santé	Proportion de services SR menant les activités de Conseil et dépistage	Les activités de conseil dépistage sont menées dans tous les services SR
2. Rendre disponibles les préservatifs dans tous les lieux publics et commerces (boutiques, maquis ....).	PSP, PNSR/PF, PNPEC, MLS	X	X	X	X	X	National	Nombre de lieux publics disposant en permanence de préservatif	Les préservatifs sont utilisés par les populations pour la prévention des IST/VIH/SIDA et les grossesses non désirées
3. Développer au niveau des 83 districts une stratégie de distribution à base communautaire de préservatifs.	DD	X	X	X	X	X	Aires de santé	Proportion de districts mettant en œuvre la stratégie de distribution à base communautaire	Les communautés ont accès facilement aux préservatifs
4. Renforcer le Marketing Social au niveau national sur les préservatifs.	PNSR/PF, AIMAS	X	X	X	X	X	National	Proportion de districts mettant en œuvre la stratégie de distribution à base communautaire	Les populations connaissent et utilisent de plus en plus les préservatifs

**STRATÉGIE : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Concevoir et produire des supports de sensibilisation des hommes sur les IST et le VIH/sida.	PNSR/PF, PNPEC	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre et types de supports produits	Les supports de sensibilisation sont disponibles
2. Contribuer à l'organisation d'une campagne nationale de sensibilisation en faveur des hommes sur la prévention des IST et VIH/sida chaque année.	PNSR/PF	X	X	X	X	X	National	Nombre de campagnes organisées	Les hommes connaissent les modes de prévention des IST/VIH/SIDA
3. Mener des séances de sensibilisation des hommes pour leur implication dans les activités de santé maternelle, néonatale et infantile.	DD	X	X	X	X	X	Aires de santé	Proportions de séances menées; nombre de personnes touchées	Les hommes s'impliquent dans les activités de santé maternelle, néonatale et infantile

**Objectif d'impact 8 : augmenter de 50% les activités de soutien à la santé sexuelle et reproductive de la femme de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes, des hommes d'ici fin 2014**

**Objectifs de résultat 8.1: Obtenir l'accroissement des ressources pour couvrir au moins 80% des besoins de santé sexuelle et reproductive de la femme de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes, des hommes d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Amélioration de l'environnement juridique et institutionnel de la SR**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Mener des activités de plaidoyer au Ministère de l'économie et des finances et des partenaires au développement pour accroître les ressources en faveur de la SR	PNSR/PF	x	x				Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour accroître les ressources en faveur de la SR	Les ressources en faveur de la SR sont accrues
2. Organiser chaque année une journée nationale pour la santé maternelle et néonatale	PNSR/PF	x	x	x	x	x	National	Nombre de campagnes organisées	Les populations connaissent les problèmes de la SMN

**STRATÉGIE : Mobilisation de ressources additionnelles**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Développer un plan de mobilisation de ressources pour la mise en œuvre du plan (Etat, collectivités décentralisées, partenaires au développement).	PNSR/PF	X					Abidjan	Niveau de développement du plan de mobilisation des ressources	Le plan de mobilisation des ressources est mis en œuvre. Des ressources supplémentaires sont mobilisées
2. Mettre en œuvre le plan de mobilisation de ressources pour l'exécution du plan (Etat, collectivités décentralisées, partenaires au développement).	PNSR/PF	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités de plaidoyer de mobilisation des ressources en direction des groupes cibles réalisées	Des ressources additionnelles sont mobilisées

**Stratégie : Sécurisation des produits de la santé de la reproduction**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Mener des activités de plaidoyer en direction du Gouvernement pour la mobilisation des ressources additionnelles pour la sécurisation des produits de la SR	DC-PNSR/PF	x	x				Abidjan	Nature et nombre d'activités de plaidoyer réalisées pour mobiliser les ressources additionnelles pour la sécurisation des produits de a SR	Les produits de la SR sont sécurisés
2. Concevoir et produire des supports de communication interpersonnelle/masse	DC-PNSR /PF	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre et types de supports produits	Les supports de communication sur la sécurisation des produits
3. Organiser des campagnes de sensibilisation des prestataires et des gestionnaires en pharmacie pour améliorer le recouvrement de coûts de prestations et des médicaments.	PNSR/PF	X	X	X	X	X	National	Nombre de campagnes organisées	Le recouvrement des coûts des prestations et des médicaments est amélioré

4. Organiser une campagne nationale pour sensibiliser sur les conséquences de la rupture des produits de la SR (par an)	PNSR/PF	X	X	X	X	X	National	Nombre de campagnes organisées	Les cibles connaissent les conséquences des ruptures des produits de la SR. Les produits de la SR sont disponibles
---	---------	---	---	---	---	---	----------	--------------------------------	--

**Objectifs de résultat 8.2: Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des activités dans tous les districts sanitaires d'ici fin 2014**

**STRATÉGIE : Renforcement de la coordination et du suivi**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Elaborer un plan de suivi et évaluation des activités de santé de la reproduction.	DC-PNSR /PF	X					Abidjan	Niveau de réalisation du plan de suivi	Le plan de suivi ainsi que les indicateurs de suivi sont disponibles
2. Mettre en œuvre le plan de suivi et évaluation des activités de santé de la reproduction.	DC-PNSR /PF, DD, DR	X	X	X	X	X	Niveau central et opérationnel	Niveau de réalisation du plan de suivi	Le plan de suivi ainsi que les indicateurs de suivi sont disponibles
3. Renforcer le comité de coordination de la SR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	PNSR/PF	X	X				District	Nombre d'activités de coordination menées	La coordination des activités SR est améliorée
4. Produire les rapports périodiques de la mise en œuvre des activités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	PNSR/PF, DD, DR	X	X	X	X	X	District	Nombre de rapports produits par rapport au nombre prévu	Le niveau de mise en œuvre des activités est déterminé
5. Doter la DC-PNSR/PF de 3 véhicules 4x4 pour la coordination, le suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan.	MSHP, DIEM, PNSR/PF		X				Abidjan	Nombre de véhicules 4X4 achetés	Les activités de coordination, de suivi et d'évaluation se réalisent aisément
6. Organiser la participation de 30 agents aux réunions et formations internationales sur la santé de la reproduction.	PNSR/PF	X	X	X	X	X	Etranger	Nombre d'agents ayant participé aux réunions et formations internationales	Les agents ont eu leur capacité renforcée sur les différentes thématiques
7. Recruter le personnel additionnel pour le programme.	DRH, PNSR/PF	X	X				Abidjan	Nombre de personnels additionnels recrutés	La DCPNSR est opérationnelle
8. Assurer le fonctionnement de la DC-PNSR/PF.	PNSR/PF	X	X	X	X	X	Abidjan	Nombre de services disponibles et fonctionnels	La DCPNSR est opérationnelle

9. Organiser des journées de bilan annuel et de planification, au niveau district et national, de la mise en œuvre du plan SR.	PNSR/PF, DD, DR	X	X	X	X	X	District	Nombre de journées bilan et de planification organisées	Niveau de mise en œuvre des activités déterminées et Plans d'actions sont disponibles
10. Assurer la supervision des activités au niveau opérationnel.	DD, DR	X	X	X	X	X	District	Proportion d'activités de supervisions réalisées	Le niveau de mise en œuvre du plan est apprécié (indicateurs de processus, de résultats disponibles)
11. Assurer le suivi de la mise en œuvre du plan.	PNR/PF, DD, DR	X	X	X	X	X	District	Nombre d'activités de suivi réalisées	Le niveau de mise en œuvre du plan est apprécié (indicateurs de processus, de résultats disponibles)
12. Réaliser l'évaluation à mi-parcours du plan.	PNR/PF			X			District	Niveau de réalisation de l'évaluation à mi parcours	Le niveau de mise en œuvre du plan est évalué (principaux indicateurs disponibles)
13. Réaliser l'évaluation finale du plan.	PNR/PF					X	District	niveau de réalisation de l'évaluation	Le niveau de mise en œuvre du plan est évalué (principaux indicateurs disponibles)

**Objectifs de résultat 8.3: Assurer la promotion de la recherche opérationnelle et les résultats de recherche en SR d'ici fin 2014**

**Stratégie: Renforcement de la recherche opérationnelle**

ACTIVITES	RESPONSABLE	PERIODE					LIEU	INDICATEURS	RESULTATS ATTENDUS
		0	1	2	3	4			
1. Réaliser et vulgariser les travaux de recherche et les bonnes pratiques en SR pour leur application.	PNSR, DD	X	X	X	X	X	District	Nombre de bonnes pratiques identifiées et vulgarisées	Les bonnes pratiques sont mises en œuvre; La qualité des services est améliorée.
2. Réaliser des études sur les connaissances, attitudes et pratiques culturelles récurrentes en matière d'utilisation des services prénatals.	PNSR, DD		X				District	Niveau de réalisation de l'étude	Les connaissances, attitudes et pratiques culturelles récurrentes en matière des soins prénatals sont connues
3. Réaliser des études sur les connaissances, attitudes et pratiques culturelles récurrentes en matière de santé maternelle et infantile dans la communauté pour un meilleur plaidoyer.	PNSR, DD		X				District	Niveau de réalisation de l'étude	Les connaissances, attitudes et pratiques culturelles récurrentes en matière de SMI dans la communauté
4. Réaliser une étude diagnostic sur l'ampleur des pratiques néfastes à la SSR (MGF, viol, unions précoces...) et les raisons de leur persistance.	PNSR, DD		X				District	Niveau de réalisation de l'étude	Les connaissances, attitudes et pratiques culturelles récurrentes en matière de SMI dans la communauté
5. Evaluer la stratégie de subvention des urgences obstétricales et néonatales.	DC-PNSR, DD		X				District	Niveau de réalisation de la stratégie	Les obstacles à la stratégie de subvention des urgences obstétricales et néonatales sont connus
6. Soutenir les structures/ONGs impliquées dans la recherche en SR	PNSR	X	X	X	X	X	National	Niveau de soutien apporté aux structures /ONG de recherche en SR	Les capacités des structures impliquées dans la recherche en SR sont renforcées

## VII . 2. Dispositif de suivi des activités et d'évaluation du plan

La mise en œuvre du plan de la SR fera l'objet d'un suivi régulier selon les mécanismes de suivi, de l'évaluation et de coordination existants en vue d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs et de procéder au réajustement nécessaire.

Le fonctionnement de ces différents mécanismes permettra, selon le niveau, d'apprécier l'état d'avancement du plan (plans d'actions annuelles, activités programmées...), d'identifier les problèmes, de proposer des solutions et de mobiliser les ressources.

Selon l'organisation actuelle du Ministère en charge de la santé, il incombe à la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) la responsabilité première du suivi et de l'évaluation de l'action sanitaire du Gouvernement. Ainsi, la DIPE produira les données du système national d'information sanitaire nécessaires à l'évaluation du plan en s'appuyant sur les indicateurs nationaux.

En plus, le Programme national de santé de la reproduction et planification familiale (PNSR/PF), en tant que la structure coordinatrice des activités de la santé de la reproduction développera une stratégie de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du plan. Cette stratégie repose sur trois niveaux :

- *Le niveau central* : le cabinet, la Direction Générale de la Santé

Le niveau central supervisera le niveau régional et évaluera la mise en œuvre du plan.

- *Le niveau régional* : les Directions Régionales de la Santé

Les Directions Régionales contribueront à l'évaluation et évaluera la mise en œuvre du plan au niveau dans les établissements sanitaires.

- *Le niveau opérationnel (district)* : les Directions Départementales de la Santé

Les Directions Départementales superviseront les établissements sanitaires de premier contact et évalueront la mise en œuvre du plan au niveau des communautés.

Les rapports produits périodiquement par les différents intervenants (rapports d'activités, de supervision...), les données produites par le système national d'information sanitaire et les enquêtes dont les EDS serviront au suivi et à l'évaluation du plan.

En outre, pour permettre à la stratégie de suivi et d'évaluation de mesurer le niveau de réalisation des objectifs fixés par le plan en vue d'une réprogrammation éventuelle, l'évaluation de la mise en œuvre du plan sera réalisée selon les deux étapes suivantes :

- une évaluation à mi-parcours à la fin de 2012
- une évaluation finale à la fin de 2014.

L'évaluation se fera sur la base d'un protocole produit par le Ministère en charge de la Santé en collaboration avec les partenaires.

- **Indicateurs de suivi**

Les différentes évaluations porteront sur les paramètres suivants :

- la disponibilité des services ;
- l'accessibilité des services ;
- la qualité des services ;
- le volume des services (intégration des services);
- l'utilisation des services ;
- l'impact des actions d'information et de sensibilisation ;
- l'évolution des indicateurs de santé sexuelle et reproductive.

Les indicateurs de processus et de résultats permettant le suivi du plan sont contenus dans le plan de mise en œuvre ci-dessus.

En ce qui concerne les indicateurs de résultat et d'impact retenus pour le suivi, ils sont présentés dans le tableau 2 ci-après :

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

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2014
<b>INDICATEURS D'IMPACT</b>					
1	Ratio de Mortalité maternelle	Nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes	Tous les 5 ans lors des EDS et tous les 10 ans pour les RGPH	543/100 000 (2005)	272/100 000
2	Taux de mortalité néonatale	Nombre de décès dans la période néonatale pour 1000 naissances	Tous les 5 ans lors des EDS	41‰ (2005)	25‰
3	Indice synthétique de fécondité	Nombre moyen d'enfants par femme à la fin de sa période procréative.	Tous les 5 ans lors des EDS	4,6 (2005)	4,3
4	Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH par rapport à l'ensemble des femmes enceintes	Toutes les années par le SIG à tous les niveaux	4,5% (2008)	-
5	Prévalence du VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes	Nombre d'adolescents et jeunes vivant avec le VIH par rapport à l'ensemble des adolescents et jeunes	Toutes les années par le SIG à tous les niveaux	-	-
<b>INDICATEURS DE résultats</b>					
6	Couverture de femmes ayant fait au moins 4 CPN	Nombre de femmes enceintes ayant fait au moins 4 CPN selon les normes sur le nombre de femmes enceintes attendues	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG Et tous les 5 ans lors des EDS	45%	66%

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2014
7	Taux accouchements assistés par un personnel qualifié	Nombre total des accouchements effectués par un personnel qualifié (SF, IDE, médecin) par rapport au total des naissances attendues	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental: Mensuel par le SIG Tous les 5 ans lors des EDS	56% (2005)	79%
8	Couverture des besoins satisfaits en matière de prise en charge des complications obstétricales	Nombre de complications obstétricales prises en charge dans les structures SONU par rapport aux complications attendues	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	42% (2000)	71,4%
9	Couverture en soins post natal	Nombre de femmes accouchées ayant fait au moins une consultation post natal sur le nombre de femmes accouchées	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	-	50%
10	Proportion d'accouchement par césarienne	Nombre de femmes enceintes ayant accouché par césarienne sur le nombre total des naissances attendues de la zone ou du pays	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	0,78% (2000)	4%

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2014
11	Taux de létalité dû aux complications obstétricales au sein des structures SONU	Nombre de décès maternels directement liés à des complications obstétricales par rapport au nombre total de femmes avec complications obstétricales reçues dans les structures sanitaires	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	2,7%	1,15%
12	Incidence du tétanos néonatal	Nombre de cas de tétanos néonatal par rapport aux naissances vivantes pendant une période donnée	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	32	0
13	Couverture VAT 2 des femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 injections de VAT par rapport au nombre total de grossesses attendues	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	35%	75%
14	Proportion de femmes enceintes dormant sous Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)	Nombre de femmes enceintes ayant dormi sous MII la nuit précédant l'enquête	Tous les 5 ans lors des EDS	17%	75%
15	Proportion de population connaissant des signes de danger des complications obstétricales et néonatales.	Nombre de personnes (toute tranche d'âge et tout sexe) enquêtées ayant cité correctement trois signes de dangers des complications obstétricales sur la population totale enquêtée	Tous les 5 ans lors des EDS	-	75%

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2014
16	Proportion de nouveau-nés avec faible poids de naissance	Nombre de nouveau-nés ayant un poids inférieur à 2500 grammes sur le nombre total de naissances vivantes	National : Semestriel par le SIG Régional : trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	19% (2005)	12%
17	Pourcentage de morts nés	Nombre de morts nés sur le nombre total des naissances notifiées	National : Semestriel par le SIG Régional : trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	-	Taux réduction = 30%
18	Proportion de femmes enceintes et ou accouchées vivant avec le VIH mises sous ARV prophylactiques dans le cadre de la PTME	Nombre de femmes enceintes accouchées ayant bénéficié d'ARV prophylactiques selon les protocoles nationaux par rapport au nombre total de femmes enceintes vivant avec le VIH durant la période	National : Semestriel par le SIG Régional : trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	-	Taux d'accroissement = 30%
19	Proportion de femmes ayant une fistule obstétricale	Nombre de femmes souffrant de fistules obstétricales prises en charge sur le nombre total des naissances attendues	Tous les 5 ans lors des EDS	-	Taux de réduction = 20%
20	Prévalence de la contraception (toutes méthodes modernes)	Nombre de femmes en âge de procréer utilisant une méthode de contraception sur le nombre total de femmes en âge de procréer	Tous les 5 ans lors des EDS	13 %	25%
21	Taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois	Nombre d'enfants de 6 mois exclusivement allaités au sein sur le nombre total d'enfants de 6 mois	Tous les 5 ans lors des EDS	4%	10%

22	Vitamine A en post-partum	Nombre de femmes accouchées ayant bénéficié de la vitamine A sur le nombre total des femmes en post-partum	National : Semestriel par le SIG Régional : Trimestriel par le SIG Départemental : Mensuel par le SIG	-	Taux d'accroissement = 50%
----	---------------------------	--	---	---	----------------------------

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	NIVEAU ACTUEL	NIVEAU ATTENDU FIN 2014
<b>INDICATEURS DE PROCESSUS</b>					
25	Proportion de sites PTME fonctionnels	Nombre de sites PTME fonctionnels sur le nombre de structures de santé	Rythme annuel par le SIG	- plan de passage à échelle_	60%
26	Disponibilité en structures de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence	Nombre d'établissements sanitaires de SONUC fonctionnels (1 SONUC pour 500.000 habitants) Nombre d'établissements SONUB fonctionnels (1 SONUC = 4 SONUB)	Rythme annuel par le SIG	10,2% SONUB (2000) et 1,5% SONUC (2000)	15 SONUB et 2.5 SONUC
27	Proportion d'établissements sanitaires de premier contact (ESPC) disposant de ressources humaines spécifiques (Sage Femmes, infirmières / infirmiers)	Nombre d'établissements sanitaires de premier contact (ESPC) disposant de ressources humaines spécifiques par rapport au total des établissements par niveau Premier niveau : Sage – Femmes/infirmiers	Rythme annuel par le SIG	-	100%
28	Proportion des hôpitaux de référence disposant de ressources humaines spécifiques (Médecins compétents en obstétrique, néonatalogie et Anesthésiste)	Nombre des hôpitaux de référence disposant de ressources humaines spécifiques par rapport au total des hôpitaux par niveau  2 <sup>ème</sup> niveau : Médecin compétent en obstétrique et anesthésiste	Rythme annuel par le SIG	-	100%

INDICATEURS		DEFINITION	RYTHME DE CALCUL ET DE COLLECTE	Niveau actuel	Niveau attendu Fin 2014
<b>INDICATEURS D'ENGAGEMENT POLITIQUE</b>					
29	Proportion du budget de l'état alloué au secteur santé	Montant du Budget de la santé par rapport au montant du budget global Etat de la même année	Annuel	6% (2007)	10%
30	Proportion du budget du secteur de la santé allouée à la SMNI	Budget alloué à la santé maternelle et néonatale sur le budget de la santé	Annuel	-	5%

### VII . 3. Parties prenantes et leurs rôles

Plusieurs structures interviendront dans la mise en œuvre du plan. Toutefois, la responsabilité première incombe au Ministère en charge de la Santé.

Les différents secteurs interviendront conformément aux dispositions en vigueur, à leurs missions en développant la multisectorialité.

#### VII.3.1. Ministère en charge de la santé

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

- **Niveau central**

Toutes les directions centrales et institutions spécialisées du Ministère en charge de la santé œuvreront à la mise en œuvre du plan. Tous les programmes nationaux travailleront en étroite collaboration. Chaque programme spécifique, en fonction de ses missions, participera à la résolution des problèmes nationaux de la santé de la reproduction.

De manière spécifique, la Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction (DC-PNSR) est l'organe de coordination et d'impulsion de la mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction.

A ce titre, cette structure assure, en collaboration avec les autres programmes, l'administration, l'animation, la mobilisation des ressources, le suivi et l'évaluation des activités permettant d'atteindre les objectifs de la politique nationale.

En sa qualité de structure de référence du Ministère en matière de santé sexuelle et reproductive, cette Direction sera chargée de coordonner l'ensemble des activités en matière de SSR.

- **Niveau intermédiaire et périphérique**

Les Directions Régionales et les Districts sanitaires assureront la mise en œuvre opérationnelle des activités planifiées par le niveau central.

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

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

### VII.3.2. Autres départements ministériels

Le Ministère en charge de la Santé va promouvoir l'approche multisectorielle dans la mise en œuvre du programme qui verra l'intervention des autres départements ministériels. Ces Ministères sont:

- le ministère en charge de l'économie et des finances;
- le ministère en charge de l'éducation;
- le ministère en charge de la jeunesse;
- le ministère en charge de la famille, de la femme et des affaires sociales;
- le ministère en charge de la communication;
- le ministère en charge de la justice;
- le ministère en charge de la défense et de la sécurité;
- le ministère en charge du VIH/sida;
- le ministère en charge de la planification;
- le ministère en charge de la fonction publique;
- le ministère en charge des infrastructures et des travaux publics.

### VII.3.3. Partenaires

La mise en œuvre nécessitera l'intervention des collectivités territoriales, des Organisations Non Gouvernementales, des associations professionnelles et autres structures privées, des communautés et l'ensemble des partenaires au développement.

#### VII.3.3.1. *Collectivités territoriales, communautés et ménages*

Les collectivités territoriales (Conseils municipaux et Conseils Généraux de département), les communautés et les ménages sont également chargés du développement sanitaire au niveau local. Elles apporteront leurs appuis à la mise en œuvre du programme SR.

Les individus, les ménages, les familles et les communautés, les associations communautaires œuvreront à l'atteinte des objectifs à travers leurs actions de promotion de la santé sexuelle et reproductive. Dans cette optique, tous les intervenants de la médecine traditionnelle seront les acteurs dans la mise en œuvre.

#### *VII.3.3.2. Organisations Non Gouvernementales*

Les Organisations non Gouvernementales constituent des relais importants pour la promotion de la Santé et la mobilisation des populations. Selon leurs domaines d'interventions, elles apporteront leur appui à la mise en œuvre du plan.

#### *VII.3.3.3. Secteur privé sanitaire*

Le secteur privé sera impliqué dans la mise en œuvre du plan. Cette implication devra s'étendre aussi bien aux prestations des soins qu'au financement du secteur de la santé de la reproduction. Les statistiques sanitaires du secteur privé devront être régulièrement intégrées dans le système d'information.

#### *VII.3.3.4. Partenaires au développement*

Les partenaires au développement et les organismes de coopération bilatérale et multilatérale (Banque Mondiale, UNFPA, OMS, UNICEF, USAID...) apporteront à l'Etat leur appui technique, matériel et financier nécessaire dans la mise en œuvre du programme.

## **QUATRIEME PARTIE**

### **COUT ESTMATIF DU PLAN ET FINANCEMENT**

## VIII - BUDGET DU PROGRAMME

Le coût global du plan est estimé, pour les cinq (5) ans, à **150 930 308 000 F CFA**. Le budget produit à l'aide du logiciel Excel, se répartit selon les stratégies comme suit :

### VIII . 1. Budget synthétisé

**Tableau 3 : Budget synthétisé du Programme (Montants en 1.000 F CFA)**

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Stratégie 1</b> : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction	18 111 416	2 782 584	3 181 751	3 589 889	4 040 275	4 516 918
<b>Stratégie 2</b> : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	88 671 041	19 962 792	23 836 959	17 125 111	15 179 666	12 566 513
<b>Stratégie 3</b> : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	35 311 650	10 813 458	8 870 667	6 441 250	5 226 442	3 959 833
<b>Stratégie 4</b> : Mobilisation de ressources additionnelles	855 000	171 000	171 000	171 000	171 000	171 000
<b>Stratégie 5</b> : Renforcement de la coordination et du suivi	6 337 200	1 271 400	1 316 400	1 249 800	1 249 800	1 249 800
<b>Stratégie 6</b> : Sécurisation des produits de la SR	855 000	171 000	171 000	171 000	171 000	171 000
<b>Stratégie 7</b> : Renforcement de la recherche opérationnelle en SR	789 000	149 500	274 000	149 500	66 500	149 500
<b>TOTAL</b>	35 321 734	37 821 777	28 897 550	26 104 683	22 784 564	150 930 308

## VIII . 2. Répartition du budget selon les objectifs de résultat, les stratégies et par année

**Tableau 4 : Répartition du budget selon les objectifs de résultat, les stratégies budget et par année**

**Objectifs Impact 1. : Réduire de 543 à 272 le ratio de décès maternel d'ici fin 2014 (montants en 1.000 F CFA)**

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 1.1. : Accroître de 45% à 66% la proportion des femmes qui bénéficient d'au moins 4 consultations prénatales d'ici fin 2013</b>	851 530	641 080	479 600	388 900	302 350	2 663 460
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	801 730	616 180	429 800	364 000	252 550	2 464 260
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	49 800	24 900	49 800	24 900	49 800	199 200
<b>Objectifs de résultat 1.2. : Porter de 56% à 79% la proportion d'accouchement assisté par un professionnel de la santé d'ici fin 2014</b>	6 494 227	4 719 599	2 960 742	2 121 153	1 202 714	17 498 435
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	788 605	573 605	341 175	233 675	126 175	2 063 235
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	5 705 622	4 145 994	2 619 567	1 887 478	1 076 539	15 435 200

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 1.3. : Accroître de 42% à 71,4% le taux de satisfaction des besoins en SONU d'ici fin 2013</b>	<b>11 252 779</b>	<b>11 196 786</b>	<b>9 219 884</b>	<b>9 087 392</b>	<b>8 732 413</b>	<b>49 489 253</b>
Stratégie 1 : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction	1 900 775	2 295 359	2 724 114	3 177 958	3 658 059	13 756 266
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	8 472 434	8 273 162	6 118 811	5 658 128	4 948 701	33 471 236
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	879 569	628 264	376 958	251 306	125 653	2 261 750
<b>Objectifs de résultat 1.4. : Assurer qu'au mois 60% des femmes ayant accouché bénéficient d'une consultation postnatale d'ici fin 2014</b>	<b>96 833</b>	<b>69 167</b>	<b>41 500</b>	<b>27 667</b>	<b>13 833</b>	<b>249 000</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	16 139	11 528	6 917	4 611	2 306	41 500
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	80 694	57 639	34 583	23 056	11 528	207 500

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 1.5. : Accroître de 13% à 25,1% la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer d'ici fin 2014</b>	<b>2 991 249</b>	<b>2 463 644</b>	<b>1 748 208</b>	<b>1 405 506</b>	<b>1 102 053</b>	<b>9 710 660</b>
Stratégie 1 : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction	24 208	30 292	10 375	6 917	3 458	75 250
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	2 170 208	1 864 186	1 396 333	1 170 922	984 761	7 586 410
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	796 833	569 167	341 500	227 667	113 833	2 049 000
<b>Objectifs de résultat 1.6. : Contribuer à réduire le taux de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes de 8% à 4% d'ici fin 2014</b>	<b>587 013</b>	<b>460 347</b>	<b>280 750</b>	<b>162 167</b>	<b>81 083</b>	<b>1 571 360</b>
Stratégie 1 : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction	2 000	-	-	-	-	2 000
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	536 597	425 763	260 000	148 333	74 167	1 444 860
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	48 417	34 583	20 750	13 833	6 917	124 500

**Objectifs Impact 2. : Réduire de plus de 50% la morbidité des femmes liée à la sexualité et à la reproduction de 2010 à la fin de 2014**

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 2.1. : Contribuer à réduire de 50% la prévalence des IST chez les femmes d'ici fin 2014</b>	<b>516 203</b>	<b>372 037</b>	<b>216 250</b>	<b>144 167</b>	<b>72 083</b>	<b>1 320 740</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	500 064	360 509	209 333	139 556	69 778	1 279 240
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	16 139	11 528	6 917	4 611	2 306	41 500
<b>Objectifs de résultat 2.2: Contribuer à réduire de 50% le niveau de violences basées sur le genre (MGF, Viol) et leurs conséquences d'ici fin 2014</b>	<b>1 236 205</b>	<b>914 495</b>	<b>549 465</b>	<b>367 610</b>	<b>196 255</b>	<b>3 264 030</b>
Stratégie 1 : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction	25 100	25 100	24 900	24 900	24 900	124 900
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	430 411	310 756	179 482	119 654	59 827	1 100 130
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	780 694	578 639	345 083	223 056	111 528	2 039 000

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 2.3: Réduire de 50% le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes d'ici fin 2014</b>	<b>48 417</b>	<b>2 801 250</b>	<b>1 425 783</b>	<b>1 396 187</b>	<b>677 923</b>	<b>6 349 560</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR		2 766 667	1 405 033	1 382 353	671 007	6 225 060
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	48 417	34 583	20 750	13 833	6 917	124 500
<b>Objectifs de résultat 2.4: Réduire de 50% la prévalence des fistules obstétricales d'ici fin 2014</b>	<b>127 167</b>	<b>94 167</b>	<b>273 167</b>	<b>166 533</b>	<b>61 567</b>	<b>722 600</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR		3 333	218 667	130 200	43 400	395 600
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	127 167	90 833	54 500	36 333	18 167	327 000
<b>Objectifs de résultat 2.5: Contribuer à réduire de 50% l'incidence du cancer du col de l'utérus et du sein d'ici fin 2014</b>	<b>221 528</b>	<b>160 606</b>	<b>100 183</b>	<b>67 856</b>	<b>37 828</b>	<b>588 000</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	205 389	149 078	93 267	63 244	35 522	546 500
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	16 139	11 528	6 917	4 611	2 306	41 500

**Objectifs Impact 3: Réduire de 41% à 25% le taux de mortalité néonatale à la fin de 2014**

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 3.1: Assurer la prise en charge d'au moins 80% des complications du nouveau-nés d'ici fin 2014</b>	<b>268 077</b>	<b>193 143</b>	<b>112 400</b>	<b>74 933</b>	<b>37 467</b>	<b>686 020</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	139 977	101 643	57 500	38 333	19 167	356 620
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	128 100	91 500	54 900	36 600	18 300	329 400
<b>Objectifs de résultat 3.2: Contribuer à réduire de 75% la transmission du VIH de la mère à au nouveau né d'ici fin 2014</b>	<b>497 482</b>	<b>357 004</b>	<b>210 717</b>	<b>140 478</b>	<b>70 239</b>	<b>1 275 920</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	429 699	308 588	181 667	121 111	60 556	1 101 620
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	67 783	48 417	29 050	19 367	9 683	174 300

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 3.3: Contribuer à la réduction de l'incidence du tétanos néonatal à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes (élimination) d'ici fin 2010</b>	<b>24 208</b>	<b>17 292</b>	<b>10 375</b>	<b>6 917</b>	<b>3 458</b>	<b>62 250</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	4 842	3 458	2 075	1 383	692	12 450
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	19 367	13 833	8 300	5 533	2 767	49 800

**Objectifs Impact 4: Réduire d'au moins 30% le taux de mortalité liée à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et les jeunes de 2010 à fin 2014.**

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 4.1 et 4.2</b>	41 400	1 627 275	1 600 175	1 089 675	1 018 975	5 377 500
Stratégie 1 : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction	-	500	-	-	-	500
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	41 400	1 341 150	1 358 300	858 300	831 350	4 430 500
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	-	285 625	241 875	231 375	187 625	946 500

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 4.3: Contribuer à assurer la prise en charge de 50% des adolescents et jeunes vivant avec le VIH</b>	48 417	646 083	373 500	366 583	100 917	1 535 500
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	-	611 500	352 750	352 750	94 000	1 411 000
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	48 417	34 583	20 750	13 833	6 917	124 500

**Objectifs Impact 5: Réduire de 50% le taux de morbidité liée à la sexualité et à la reproduction chez les adolescents et les jeunes de 2010 à fin 2014**

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 5.1: Contribuer à réduire de 50% la prévalence des IST/VIH chez les adolescents et les jeunes d'ici fin 2014</b>	-	208 750	208 750	208 750	208 750	835 000
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	-	208 750	208 750	208 750	208 750	835 000

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 5.2: Contribuer à réduire de 50% le niveau de violences basées sur le genre (MGF, Viol) et leurs conséquences chez les adolescentes et les jeunes d'ici fin 2014</b>	<b>556 666</b>	<b>437 221</b>	<b>311 967</b>	<b>252 244</b>	<b>192 522</b>	<b>1 750 620</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	423 866	304 421	179 167	119 444	59 722	1 086 620
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	132 800	132 800	132 800	132 800	132 800	664 000
Stratégie 7 : Renforcement de la recherche opérationnelle en SR	556 666	645 971	520 717	460 994	401 272	2 585 620

**Objectifs Impact 6 : Réduire de 30% le taux de mortalité liée à la sexualité chez les hommes de janvier 2010 à la fin de 2014**

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 6.1: Contribuer à assurer la prise en charge de 50% des hommes vivant avec le VIH d'ici fin 2014</b>	<b>4 606 500</b>	<b>23 032 500</b>				
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	4 191 500	4 191 500	4 191 500	4 191 500	4 191 500	20 957 500
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	415 000	415 000	415 000	415 000	415 000	2 075 000

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 6.2: Contribuer à assurer la prise en charge précoce du cancer et des autres pathologies de la prostate d'ici fin 2014</b>	<b>309 088</b>	<b>281 866</b>	<b>248 833</b>	<b>235 222</b>	<b>221 611</b>	<b>1 296 620</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	101 588	74 366	41 333	27 722	14 111	259 120
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	207 500	207 500	207 500	207 500	207 500	1 037 500

**Objectifs Impact 7 : Réduire de 50% le taux de morbidité liée à la sexualité et à la reproduction chez les hommes d'ici fin de 2014**

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 7.1: Accroître de 60% le taux de la prise en charge des cas d'infertilité chez les hommes d'ici fin 2014</b>	<b>920 670</b>	<b>1 812 335</b>	<b>435 335</b>	<b>415 000</b>	<b>415 000</b>	<b>3 998 340</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	505 670	1 397 335	20 335	-	-	1 923 340
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	415 000	415 000	415 000	415 000	415 000	2 075 000

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 7.2: Assurer la prise en charge d'au moins 30% des dysfonctions sexuelles d'ici fin 2014</b>	<b>617 676</b>	<b>563 231</b>	<b>496 667</b>	<b>469 444</b>	<b>442 222</b>	<b>2 589 240</b>
Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des services de SR	202 676	148 231	81 667	54 444	27 222	514 240
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	415 000	415 000	415 000	415 000	415 000	2 075 000
<b>Objectifs de résultat 7.3: Contribuer à réduire de 50% la prévalence des IST/VIH chez les hommes d'ici fin 2014</b>	<b>415 000</b>	<b>2 075 000</b>				
Stratégie 3 : Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif	415 000	415 000	415 000	415 000	415 000	2 075 000

**Objectifs Impact 8 : augmenter de 50% les activités de soutien à la santé sexuelle et reproductive de la femme de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes, des hommes d'ici fin 2014**

	ANNEES					TOTAL
	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	
<b>Objectifs de résultat 8.1: Obtenir l'accroissement des ressources pour couvrir au moins 80% des besoins de santé sexuelle et reproductive de la femme de la mère, du nouveau-né, des adolescents et des jeunes, des hommes d'ici fin 2014</b>	<b>1 172 500</b>	<b>5 862 500</b>				
Stratégie 1 : Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction	830 500	830 500	830 500	830 500	830 500	4 152 500
Stratégie 4 : Mobilisation de ressources additionnelles	171 000	171 000	171 000	171 000	171 000	855 000
Stratégie 6 : Sécurisation des produits de la SR	171 000	171 000	171 000	171 000	171 000	855 000
<b>Objectifs de résultat 8.2: Assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des activités dans tous les districts sanitaires d'ici fin 2014</b>	<b>1 271 400</b>	<b>1 316 400</b>	<b>1 249 800</b>	<b>1 249 800</b>	<b>1 249 800</b>	<b>6 337 200</b>
Stratégie 5 : Renforcement de la coordination et du suivi	1 271 400	1 316 400	1 249 800	1 249 800	1 249 800	6 337 200
Objectifs de résultat 8.1 à 8.3	149 500	274 000	149 500	66 500	149 500	789 000
Stratégie 7 : Renforcement de la recherche opérationnelle en SR	149 500	274 000	149 500	66 500	149 500	789 000

### **VIII . 3. Financement du Programme**

En dépit des difficultés économiques, l'État continuera à accorder une priorité au développement des actions sociales et particulièrement à la lutte contre la pauvreté. Dans le même temps, il cherchera à mobiliser toutes les ressources tant intérieures qu'extérieures afin de pouvoir atteindre les objectifs que le programme s'est assignés.

Les sources de financement sont :

- Contributions de l'État
- Apports des ménages et des communautés
- Participation directe du secteur privé
- Contributions des partenaires au développement.

## **CONCLUSION**

Le plan stratégique national de la santé de la reproduction est un plan quinquennal pour accélérer la résolution des problèmes de santé liés à la sexualité et à la reproduction de la femme, de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et de l'homme. Sa mise en œuvre se fera à travers les cinq axes stratégiques suivants :

- Amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la santé de la reproduction
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé de la reproduction
- Renforcement des capacités des individus, des ménages et des communautés en matière de santé et droit sexuel et reproductif
- Mobilisation de ressources additionnelles
- Renforcement du système de coordination, de suivi et d'évaluation

Le présent plan repose sur les orientations définies par la politique nationale de la SR et prend en compte sur les politiques et plans en vigueur de lutte contre la pauvreté et les décès maternels et infantiles. Il intègre la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et constitue un document de référence pour tous les intervenants dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

L'atteinte des objectifs du plan stratégique de SR dépend de la volonté politique de mobiliser effectivement les ressources pour les questions de la SR et des partenaires à se mobiliser pour soutenir pour sa mise en œuvre.

## DOCUMENTS DE REFERENCES

1. **AIBEF, IPPF (2008)** : Connaissances, attitudes et pratiques de l'avortement provoqué clandestin en Côte d'Ivoire.
2. **CRESAR/CI, MSP, UNFPA (2000)**: Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de l'efficacité des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) en Côte d'Ivoire.
3. **IPPF/région Afrique (1997)** : Conférence de Cotonou sur l'élimination des barrières juridiques à la santé sexuelle et reproductive en Afrique francophone
4. **Institut National de la Statistique (2006)** : Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2006 (MICS).
5. **Institut National de la Statistique et Ministère de la lutte contre le SIDA (2005)** : Enquête sur les indicateurs du SIDA, Côte d'Ivoire 2005.
6. **Institut National de Statistique (1999)** : Recensement général de la population et de l'habitat 1998.
7. **Institut National de la Statistique et Macro International (1999)**: Enquête démographie et de santé 1998-1999 Côte d'Ivoire.
8. **Institut National de la Statistique et Macro International (1994)**: Enquête démographie et de santé Côte d'Ivoire.
9. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2008)**: Plan national de développement sanitaire 2014-2010-2014, Tome I.
10. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2008)**: Politique nationale de la santé de la reproduction.
11. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DC-PNN, PAM et UNICEF (2008)**: Rapport d'enquête de nutrition SMART Nord de la Côte d'Ivoire et zone périurbaine d'Abidjan.
12. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DC-PNSRPF/OMS (2007)**: Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015.
13. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DC-PNSRPF/OMS (2006)** : Evaluation de la disponibilité, l'utilisation et de la qualité des services obstétricaux à Abidjan en 2004.
14. **Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement (2006)**: Population et développement : défis pour la Côte d'Ivoire, rapport national sur l'état et le devenir de la population de la Côte d'Ivoire (REPCI).
15. **Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population (2005)**: Politique nationale de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH dans le secteur de la santé, 1<sup>ère</sup> édition.
16. **Ministère de la Santé publique (1998)** : Déclaration de politique de politique nationale de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire.
17. **République de Côte d'Ivoire (1982)** : Code pénal.
18. **République de Côte d'Ivoire (2000)** : Constitution de la République de Côte d'Ivoire du 23 juillet 2000.

## **ANNEXES**

- Budget détaillé
- Liste des membres du Comité Scientifique
- Liste des participants à l'atelier de validation