REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline – Travail

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE
2013 - 2015

MAI 2012

Sommaire

LISTES DES TABLEAUX 5

LISTES DES GRAPHIQUES 5

REMERCIEMENTS 9

PREFACE……. 10

RESUME EXECUTIF 11

INTRODUCTION 13

METHODOLOGIE DU PNDS 2012-2015 14

1. CHAPITRE I: CONTEXTE DU PAYS 15

1.1. Contexte général 15

1.2. Contexte sanitaire 17

1.2.1. Déterminants de la santé 17

1.2.2. Organisation du système de santé ivoirien 19

2. CHAPITRE II: ANALYSE DE LA SITUATION 21

2.1. Profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire 21

2.1.1. Mortalité générale 21

2.1.2. Mortalité et morbidité du couple mère – enfant 21

2.1.3. VIH/Sida et IST 22

2.1.4. Paludisme 24

2.1.5. Tuberculose 24

2.1.6. Etat nutritionnel 25

2.1.7. Maladies non transmissibles 25

2.1.8. Maladies à potentiel épidémique 26

2.1.9. Maladies émergentes, réémergentes, anciennes ou négligées 27

2.1.10. Situation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 27

2.2. Diagnostic du système de santé 28

2.2.1. Gouvernance et Leadership 28

2.2.2. Prestations des services de santé 30

2.2.3. Ressources Humaines de la Santé 31

2.2.4. Médicaments et Intrants stratégiques, Infrastructures, Equipements et Matériels 34

2.2.5. Financement de la santé 38

2.2.6. Information sanitaire 41

2.3. Défis majeurs du système de santé 42

2.3.1. Au niveau de la gouvernance et du leadership 42

2.3.2. Au niveau des prestations des services de santé 43

2.3.3. Au niveau des ressources humaines de la santé 43
2.3.4. Au niveau des médicaments, intrants stratégiques, infrastructures, équipements et matériels 43
2.3.5. Au niveau du financement de la santé 43
2.3.6. Au niveau de l'information sanitaire 43
3. CHAPITRE III : VISION 44
4. CHAPITRE IV : ORIENTATIONS STRATEGIQUES 45
4.1. Objectif général 45
4.2. Objectifs spécifiques 45
4.3. Résultats attendus 45
4.3.1. Impact ou résultat stratégique 45
4.3.2. Effets 46
4.3.3. Extrants 46
5. CHAPITRE V : BESOINS EN RESSOURCES DU PNDS 52
5.1. Besoins en ressources humaines 52
5.2. Besoins en ressources matérielles 52
6. CHAPITRE VI : PLAN DE FINANCEMENT DU PNDS 54
6.1. Mécanisme de financement du PNDS 2012-2015 54
6.2. Détermination du Coût total du PNDS 55
6.2.1. Couts de base 55
6.2.2. Couts additionnels 55
6.2.3. Coût total du PNDS 55
6.3. Sources et scénarii de financement 58
7. CHAPITRE VII : MISE EN ŒUVRE DU PNDS 60
7.1. Cadre de mise en œuvre 60
7.1.1. Rôle du Gouvernement 60
7.1.2. Rôle des acteurs du système de santé 60
7.2. Organes et structures de suivi de la mise en œuvre 61
7.2.1. Comité de pilotage 61
7.2.2. Comité technique de suivi et de revue des plans 61
7.2.3. Directions Régionales et Directions Départementales de la Santé 61
8. CHAPITRE VIII : CONTROLE, SUIVI ET EVALUATION DU PNDS 62
8.1. Mécanismes de contrôle 62
8.2. Mécanismes de suivi 63
8.3. Mécanismes d'évaluation 63
8.3.1. Evaluations internes 63
8.3.2. Evaluations externes 63
8.4. Indicateurs du PNDS 64
8.5. Cibles du PNDS 64

8.6. Analyse des opportunités, évaluation des risques et menaces 65

8.6.1. Opportunités 65

8.6.2. Evaluation des risques et menaces 65

CONCLUSION 66

BIBLIOGRAPHIE 67

ANNEXES..... 71

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I : Evolution de la part du budget du Ministère de la santé par rapport au budget de l'Etat

Tableau II : Répartition des dépenses des bailleurs par fonction

Tableau III : Coût total du PNDS par habitant

Tableau IV : Coûts additionnels du PNDS par type de dépenses (en milliers de FCFA)

Tableau V : Coûts additionnels du PNDS selon les effets (en milliers de FCFA)

Tableau VI : Coûts additionnels du PNDS selon les extrants (en milliers de FCFA)

Tableau VII : Coût total du PNDS par source de financement (en milliers de FCFA)

Tableau VIII : Tableau des indicateurs et des cibles du PNDS

LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique n° 1 : Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et progrès vers l'OMD 4

Graphique n° 2 : Evolution du taux de mortalité maternelle et progrès vers l'OMD 5

Graphique n° 3 : Répartition de la disponibilité des médecins par région sanitaire

Graphique n° 4 : Répartition de la disponibilité des infirmiers et sages-femmes par région sanitaire

Graphique n° 5 : Niveau d'accessibilité géographique aux structures de soins par région sanitaire

Graphique n° 6 : Répartition de la dépense du MSHP par prestataire (en % de la dépense totale)

Graphique n° 7 : Comparaison coût total du PNDS et les ressources mobilisables par scénario

SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ABC	: Association à Base Communautaire
AMD	: Atelier de Maintenance de District
ARV	: Antirétroviraux
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BCEAO	: Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
C2D	: Contrat de Désendettement et de Développement
CAT	: Centre Anti Tuberculeux
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDT	: Centre de Diagnostic et de Traitement
CDV	: Conseil Dépistage Volontaire
CHPP	: Country Health Policy Process
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHS	: Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMP	: Comité Multisectoriel de Pilotage
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNO	: Centre – Nord – Ouest
CNPS	: Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires
CPN	: Consultation Prénatale
CPS	: Cellule de Prospective et de Stratégie
CREMM	: Centre Régional d'Equipement, du Matériel et de la Maintenance
CSR	: Centre de Santé Rural
CSU	: Centre de Santé Urbain
CSUS	: Centre de Santé Urbain Spécialisé
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DAF	: Direction Administrative et Financière
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DFR	: Direction de la Formation et de la Recherche
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DIPE	: Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DOTS	: Directly Observed Treatment Shortcurts
DPM	: Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPPS	: Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC-Hép B	: Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hépatite B
EGPAF	: Elisabeth Glaser Pediatrics Aids Foundation
EIS 2005	: Enquête sur les Indicateurs du Sida 2005

ESCOM	: Etablissement Sanitaire à base Communautaire
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
F. CFA	: Franc de la Communauté Fiduciaire Africaine
FARN	: Foyer d'Adaptation et de Réhabilitation Nutritionnelle
FAS	: Fonds d'Action Sanitaire
FED	: Fonds Européen pour le Développement
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine
FSUCOM	: Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire
GAR	: Gestion Axée sur les Résultats
HG	: Hôpital Général
HKI	: Helen Keller International
HTA	: Hypertension Artérielle
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information-Education-Communication
IGSLS	: Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le Sida
IHP+	: International Health Partnership (Partenariat International pour la Santé)
INFAS	: Institut National de Formation des Agents de Santé
INFS	: Institut National de Formation Sociale
INHP	: Institut National d'Hygiène Publique
INS [1]	: Institut National de la Statistique
INS [2]	: Institut National Spécialisé
INSP	: Institut National de la Santé Publique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LNSP	: Laboratoire National de la Santé Publique
MBB	: Marginal Budgeting Buttleneck
MEF	: Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	: Médicament Essentiel Générique
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MILDA	: Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MSLS	: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MUGEFCI	: Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OEV	: Orphelin et Enfant Vulnérables
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PBF	: Performed Based Financing (Financement Basé sur la Performance)
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCIMNEc	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au niveau communautaire
PDSR	: Plan de Développement Sanitaire Régional
PEPFAR	: President's Emergency Plan For AIDS Relief
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFE	: Pratiques Familiales Essentielles
PIAVIH	: Personne Infectée ou Affectée par le VIH

PNN	: Programme National de Nutrition
PNS	: Politique Nationale Sanitaire
PNSCA	: Plan National Stratégique de la Chaine d'Approvisionnement
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPN	: Politique Pharmaceutique Nationale
PPP	: Partenariat Public Privé
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PSDRHS	: Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du secteur de la Santé
PSP-CI	: Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RDP	: Revue des Dépenses Publiques
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	: Ressources Humaines de la Santé
SAMU	: Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SIG	: Système d'Information et de Gestion
SIGFIP	: Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SSP	: Soins de Santé Primaires
SYGEPAS	: Système de Gestion du Patrimoine Sanitaire
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TIC	: Technologies de l'Information et de la Communication
TPS	: Tradipraticien de Santé
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UFR	: Unité de Formation et de Recherche
UFR-OS	: Unité de Formation et de Recherche d'Odonto-Stomatologique
UFR-SMA	: Unité de Formation et de Recherche des Sciences Médicales d'Abidjan
UFR-SMB	: Unité de Formation et de Recherche des Sciences Médicales de Bouaké
UFR-SPB	: Unité de Formation et de Recherche des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	: Vaccin Anti Amarile
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	: Vaccin Anti Tétanique
VAT2+	: Vaccin Anti Tétanique deuxième dose
VIH/Sida	: Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome Immunodéficitaire Acquis
VPO3	: Vaccin Anti Polio Oral troisième dose

REMERCIEMENTS

Le processus d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015, boussole du secteur de la Santé jusqu'à l'échéance fixée pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), traduit la parfaite collaboration entre le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida et ses partenaires tant techniques que financiers.

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

Ces remerciements vont tout particulièrement :

- aux différents experts nationaux du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, pour leur entière disponibilité et les efforts qu'ils n'ont ménagés pour l'élaboration de ce document,

- aux experts des autres Ministères techniques pour leurs contributions très appréciées, notamment le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, le Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Solidarité, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative,

- aux Ordres, Syndicats et Associations des professionnels du secteur de la santé,

- aux experts du secteur privé sanitaire,

- aux partenaires associatifs du secteur de la santé,

- à l'ensemble de nos partenaires techniques et financiers de la coopération multilatérale, bilatérale et des Organisations Non Gouvernementales internationales (OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, ONUSIDA, Banque Mondiale, Union Européenne, PEPFAR, Abt Associates, EGPAF, HKI, etc.) pour leur grande mobilisation, leur participation pleine et active tout au long du processus consensuel d'élaboration du présent PNDS.

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida a la ferme conviction que nous poursuivrons ensemble nos efforts dans la mise en œuvre du PNDS 2012-2015.

PREFACE

Face aux défis actuels en matière de santé et dans la perspective de l'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Gouvernement ivoirien a adhéré en août 2011 à l'International Health Partnership et Initiatives apparentées (IHP+) ou Partenariat International pour la Santé. Cette adhésion a conduit le Ministère en charge de la santé à élaborer la Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015.

Le PNDS 2012-2015 vise l'amélioration de l'état de santé et le bien-être des populations. Ce plan prend en compte les Soins de Santé Primaires (SSP) et l'efficacité de l'aide au développement. Basé sur ces deux stratégies majeures, le renforcement du système de santé permettra d'améliorer l'état de santé des populations marqué par une mortalité élevée des couches les plus vulnérables, particulièrement la mère et l'enfant.

Ce défi passe également par une plus grande mobilisation de tous les acteurs du secteur de la santé. Outre l'augmentation du financement de la santé, la participation communautaire et le partenariat public-privé, le Ministère chargé de la santé compte sur un engagement plus accru des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs locaux.

Aussi, pour garantir les éléments essentiels à la mise en œuvre de ce plan à travers un budget unique et un cadre de suivi-évaluation unique, un Compact national sera t-il signé entre le Ministère en charge de la santé et les Partenaires Techniques et Financiers, en vue d'améliorer la performance du secteur. Ce Compact est un engagement éthique et moral entre le Gouvernement et ses partenaires, qui permettra de mettre ensemble les efforts du Gouvernement, de la société civile, des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour obtenir plus d'efficience dans la mise en œuvre de la PNS à travers le PNDS. Il permettra ainsi d'accélérer l'atteinte des OMD.

L'exécution du PNDS 2012-2015, contribuera à garantir à tous les citoyens, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays. Ceci impliquera une nette amélioration de tous les indicateurs de santé, notamment ceux liés aux OMD.

J'exhorte donc l'ensemble des acteurs du secteur de la santé aussi bien public que privé à s'approprier le PNDS et à s'en inspirer pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels, car il constitue notre boussole pour les quatre prochaines années.

Professeur Thérèse A. N'DRI-YOMAN

Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida

RESUME EXECUTIF

Le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 traduit la volonté du Gouvernement et de ses partenaires d'apporter des réponses urgentes et efficaces aux problèmes sanitaires du pays caractérisés surtout par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité touchant plus particulièrement la femme et l'enfant.

L'élaboration de ce plan stratégique s'inscrit dans le cadre de la réforme du système de santé initiée par le Ministère de la santé avec l'appui des PTF, suite à l'adhésion de la Côte d'Ivoire à IHP+ en octobre 2011. Il est le résultat d'un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des acteurs sur les priorités du secteur de la santé.

Le PNDS 2012-2015 se fonde sur les orientations stratégiques de la nouvelle Politique Nationale de Santé, ainsi que sur les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse diagnostique du moment y compris l'analyse causale des principaux goulots d'étranglement du système de santé. Il intègre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans la perspective de permettre à la Côte d'Ivoire de répondre aux engagements pris pour l'horizon 2015.

Le PNDS 2012-2015 vise à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations. A cet effet, cinq objectifs spécifiques ont été définis et devront être atteints :

- Renforcer la gouvernance du secteur et le leadership du Ministère de la santé ;
- Améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité ;
- Améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans ;
- Renforcer la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales ;
- Renforcer la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité.

La réalisation de ces objectifs se fera à travers la mise en œuvre de stratégies coût-efficaces répondant tout à la fois aux besoins de la population qu'aux faiblesses du système de santé.

La mise en œuvre des différentes stratégies permettra à la Côte d'Ivoire d'atteindre les résultats suivants :

- un cadre institutionnel renforcé et un cadre gestionnaire amélioré se traduisant notamment par l'adoption d'une loi d'orientation en santé publique et d'un Code de la Santé Publique, par la disponibilité et l'application de tous textes réglementaires et législatifs visant à améliorer l'efficacité et l'efficience du secteur, une meilleure coordination intra et intersectorielle, une meilleure gouvernance globale du secteur et la prise de décision prompte basée sur une information sanitaire de qualité,
- une offre et une utilisation des services de santé accrues par la réhabilitation, la construction et le renforcement des plateaux techniques dans les zones peu ou mal desservies où sont dispensées des prestations sanitaires de meilleure qualité en vue de mieux lutter contre la maladie,
- une plus grande disponibilité et une meilleure accessibilité notamment financière des médicaments, des vaccins, des produits sanguins et autres intrants pour les populations,

- une meilleure disponibilité des ressources humaines de la santé, performantes et motivées sur l'ensemble du pays.

La réussite de la mise en œuvre de ce PNDS permettra à la Côte d'Ivoire d'améliorer les indicateurs de santé suivant en réduisant:

- l'insuffisance pondérale de 20 à 10% ;
- la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 125 à 88‰ naissances vivantes ;
- la mortalité maternelle de 543 à 324 pour 100 000 naissances vivantes;
- la prévalence du VIH de 3,4 à 1,8% ;
- l'incidence du paludisme de 80 à 40‰;
- l'incidence de la tuberculose 1,7 à 0,6 ‰.

Différents scénarii pour le financement de ce plan ont permis de retenir le scénario moyen qui estime le coût global du PNDS 2012-2015 à **1617milliards de FCFA** soit environ **3234 millions de Dollars US**. Ce montant qui comprend les besoins additionnels pour la période, devrait permettre de parvenir à une avancée notable vers les cibles déterminées pour l'atteinte des OMD en 2015, et pour la réalisation des objectifs majeurs visés pour la période de mise en œuvre.

La mise en œuvre de ce plan se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par l'ensemble des acteurs du système de santé avec l'appui des partenaires au développement et de la Société Civile, tout en prenant en compte les stratégies et actions retenues dans le Plan National de Développement 2012-2015.

Un plan de contrôle, suivi et évaluation du PNDS fera l'objet d'un autre document. Des indicateurs d'intrants, de processus, d'effets et d'impact mentionnés dans le diagnostic sectoriel seront utilisés au fil du temps pour apprécier les niveaux d'exécution des activités ainsi que les taux de réalisation des résultats escomptés et ce, conformément au calendrier défini.

Ce plan impliquera tous les acteurs du système de santé qui devront s'y conformer, et toutes les activités dédiées au suivi et à l'évaluation de ce plan, de manière à permettre à chaque niveau, la mise en œuvre efficace du PNDS. Ainsi, des contrôles, des évaluations internes et externes, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale seront diligentés.

Au-delà des ressources financières à mobiliser pour la mise en œuvre de ce PNDS, le maintien d'un environnement sociopolitique apaisé, constitue le véritable défi à relever. La réussite de la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 est le gage pour garantir à nos populations, un état de santé optimal afin de soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

INTRODUCTION

Le présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 a été élaboré en vue de permettre au Ministère chargé de la Santé de poursuivre le processus de développement sanitaire national.

Il fait suite au plan quinquennal de 2009-2013 qui n'a pu être totalement mis en œuvre du fait des évènements sociopolitiques qu'a connu le pays en 2010, et qui ont gravement perturbé la restructuration du système de santé.

Il constitue le cadre de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS) élaborée en décembre 2011 et prend en compte les priorités de la Côte d'Ivoire en matière de santé définies dans le Plan National de Développement (PND) 2012-2015, ainsi que les engagements internationaux pris par le pays en matière de santé, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les Systèmes de santé en Afrique.

Le processus d'élaboration du présent plan a été participatif et ascendant incluant tous les acteurs du secteur de la santé. Cette large consultation a permis de conduire une analyse situationnelle approfondie, de définir les priorités sanitaires et les orientations stratégiques pour les quatre années à venir.

Pour ce faire, plusieurs interventions, ainsi qu'un budget et un cadre de suivi évaluation ont été élaborés. La bonne conduite de ce processus devra mener à la signature du Compact national dans le cadre de l'adhésion de la Côte d'Ivoire à l'initiative « International Health Partnership + » (IHP+) ou partenariat international pour la santé. La signature du Compact engagera autant la Côte d'Ivoire que les partenaires du système de santé à la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 assorti d'un plan unique de suivi-évaluation et d'un mécanisme unique et participatif de gestion fiduciaire.

METHODOLOGIE DU PNDS 2012-2015

Le processus d'élaboration du présent plan a été participatif impliquant toutes les parties prenantes du système de santé. Il a été élaboré selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) pour l'atteinte des OMD en 2015.

Ce processus a débuté en septembre 2011 par la réalisation de l'analyse situationnelle du secteur à travers la méthodologie CHPP (Country Health Policy Process), basée sur les 6 piliers du système de santé selon l'OMS (Gouvernance et Leadership, Financement de la santé, Ressources Humaines pour la Santé, Infrastructures, Médicaments, Produits sanguins, Vaccins et Intrants stratégiques, Prestations de soins et Médecine Traditionnelle, Information Sanitaire et Recherche Opérationnelle) . Pour ce faire, 6 groupes thématiques ont été mis en place par arrêté ministériel. Une revue documentaire a été effectuée (documents de stratégies et de politiques nationales, CDMT, Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008, Revue des dépenses publiques 2009, 2ème Rapport National sur les OMD, rapport de suivi du DSRP, etc.).

L'utilisation d'outils de modélisation comme le ''Country Health Policy Process'' (CHPP) a permis, à l'issue de l'analyse de la situation, d'identifier les goulots d'étranglements du système de santé aussi bien au niveau de l'offre de services qu'au niveau de la demande.

En vue de compléter cette analyse, une enquête a été réalisée au niveau des Directions Régionales et Départementales de la Santé. La méthodologie a consisté à identifier les problèmes et les solutions liés aux pratiques familiales essentielles (PFE), aux stratégies avancées, et aux structures sanitaires pour chacun des niveaux. Les goulots relatifs à la disponibilité des intrants essentiels, des ressources humaines, de l'accessibilité géographique, à l'utilisation et à la couverture adéquate (continuité) ont été identifiés.

L'analyse des résultats de cette enquête, validée par l'ensemble des acteurs du système de santé, a permis de mettre en évidence les problèmes prioritaires du secteur, de définir la vision et les principaux axes stratégiques qui en découlent.

La participation active de tous les acteurs a facilité la rédaction du présent PNDS 2012-2015, dont le coût de mise en œuvre a été estimé avec l'outil MBB version 5.6.

1. CHAPITRE I: CONTEXTE DU PAYS

1.1. Contexte général

1.1.1. Contexte géographique

Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre le 10ème degré de latitude Nord, le 4ème et le 8ème degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au sud et climat tropical de type soudanais au nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C.

La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord.

Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

1.1.2. Contexte démographique

La population de la Côte d'Ivoire était estimée, en 2011, à 22 594 238[1] habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998.

Cette population se caractérise par un taux de croissance démographique élevé (2,8% par an) et par la proportion élevée de sa jeunesse (43% de la population totale a moins de 15 ans). En outre, 49% sont des femmes dont 51% en âge de procréer. La fécondité est élevée et se traduisait en 2006[2], par un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme.

Carrefour d'échanges économiques et culturels, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration.

En 2006[3], 48% de la population vivait en zone urbaine. Cette situation s'est accentuée avec les crises militaro-politiques successives qu'a connues le pays et qui ont engendré des déplacements massifs de populations vers les grandes agglomérations particulièrement à Abidjan.

1.1.3. Contexte administratif

L'ordonnance n°2011-262 du 28 septembre 2011 d'orientation sur l'organisation générale de l'Administration territoriale de l'Etat indique que l'Administration territoriale de l'Etat est structurée selon les principes de la déconcentration et de la décentralisation.

L'Administration territoriale déconcentrée est assurée dans le cadre de circonscriptions administratives hiérarchisées que sont les Districts, les Régions, les Départements, les Sous-Préfectures et les Villages. L'administration décentralisée quant à elle est assurée dans le cadre de collectivités territoriales que sont les Régions et les Communes.

[1] Base de données sur la population, INS/Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006
[2] MICS 2006
[3] Rapport national sur l'Etat et le devenir de la Population de la Côte d'Ivoire (REPCI) 2006

Selon le Décret N°2011-263 du 28 septembre 2011 portant organisation du territoire national en Districts et en Régions, le territoire national est organisé au niveau déconcentré en deux (2) Districts Autonomes (Yamoussoukro et Abidjan), douze (12) Districts et trente (30) Régions administratives.

1.1.4. Contexte socioculturel

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque). Le Français est la langue officielle.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2008, le niveau d'alphabétisation est relativement faible (55,8 % chez les 15 à 24 ans). Le taux de scolarisation dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. Il est de 49,8% en milieu rural et 68,2% en milieu urbain.

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

1.1.5. Contexte sociopolitique

Indépendante depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, le pays a traversé une série de crises politiques et militaires depuis 1999.

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, avait entraîné une partition du pays. Des accords politiques avaient permis de préparer la sortie de crise par la tenue d'élections libres et transparentes, sous l'égide de la communauté internationale.

La proclamation des résultats de ces élections en novembre 2010 a été émaillée de troubles militaro-politiques qui ont occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, la destruction de plusieurs infrastructures de base et un déplacement massif de populations.

Après le rétablissement de l'autorité de l'Etat, un nouveau Gouvernement a été formé en mai 2011. Un climat politique relativement apaisé permettant une certaine avancée dans le rétablissement des institutions de la République, s'installe peu à peu.

1.1.6. Contexte économique

L'économie nationale reste dominée par l'exportation de produits agricoles en particulier le café et le cacao. La Côte d'Ivoire possède également d'importantes réserves de pétrole et des ressources minières (or, diamant, fer, cuivre, etc.).

En 2007 et 2008, le taux de croissance était respectivement de 1,8% et 2,5%[4]. En 2009[5], le Produit Intérieur Brut (PIB) de la Côte d'Ivoire s'élevait à 1137 US dollars par habitant. La reprise effective de la coopération financière et l'atteinte du point de décision de l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ont permis d'enregistrer un taux de croissance du PIB réel de 3,8% en 2009 et 2,4% en 2010.

[4] Compte Nationaux de la Santé (CNS) 2007-2008,

[5] World Development Indicators, World Bank 2009

L'Enquête de Niveau de Vie des Ménages de 2008 a révélé un taux de pauvreté de 48,9%. Ce taux était de 29,5% en milieu urbain et 62,5% en milieu rural.

Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2011, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire était de 0,400[6] et classe le pays au rang de 170ème sur 187.

La Côte d'Ivoire demeure un poids économique important dans la sous-région ouest africaine, avec 39% de la masse monétaire et contribue pour près de 40% au PIB de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).

La réunification du pays d'une part, la réhabilitation des infrastructures publiques en cours ainsi que le retour progressif de la confiance du secteur privé d'autre part favorisent une reprise des activités économiques.

1.1.7. Impact de la crise post-électorale de 2010 sur le système de santé

Les élections de novembre 2010 ont débouché sur un conflit armé qui a occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, des milliers de réfugiés et de déplacés internes ainsi que le pillage de nombreux établissements sanitaires et la désorganisation du système de santé.

L'ONUCI, consignait dans un rapport[7] de mars 2011, qu'environ 50% du personnel médical avait quitté son lieu d'affectation. Ce chiffre s'élevait à 75 % à l'Ouest. Par conséquent, plusieurs centres de santé avaient été abandonnés. En raison de l'embargo sur les produits d'importation, le matériel médical y compris les médicaments essentiels pour les enfants, la santé maternelle, les ARV et les vaccins étaient en rupture de stock. Les systèmes de surveillance médicale et de surveillance épidémiologique n'étaient plus fonctionnels dans les zones de combat à l'Ouest et à Abidjan.

1.2. Contexte sanitaire

1.2.1. Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont d'ordre géographique, socioculturel, économique, environnemental et interne au système de santé.

1.2.1.1. Facteurs socioculturels

Le faible niveau général d'instruction, d'éducation de la population notamment chez les filles et les pesanteurs socioculturelles accroissent les pratiques néfastes à la santé (mauvaises habitudes et tabous alimentaires, lévirat, excision, etc.). Ces facteurs entrainent ainsi des changements significatifs dans les modes de vie des populations. Ceci explique en partie l'émergence de certaines affections telles que le diabète, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle (HTA), le cancer, l'obésité et les cardiopathies[8], la malnutrition, le VIH/Sida et les IST.

[6] Rapport sur le développement humain 2011

[7] Crise sociopolitique en Côte d'Ivoire : l'impact sur la population et les groupes vulnérables en particulier. Equipe humanitaire Côte d'Ivoire (ONUCI). Rapport du 7 mars 2011

[8] Rapport Santé dans le monde 2010, OMS

1.2.1.2. Facteurs socio-économiques

Le pays a connu des crises sociopolitiques successives qui ont occasionné une baisse des activités économiques avec pour conséquences un accroissement du chômage, notamment chez les jeunes et une augmentation importante du nombre de ménages à faible niveau de revenu. Selon l'ENV de 2008, le taux de chômage est passé de 6,4% en 2002 à 15,7% en 2008, avec un taux de 24,2% chez les 15-24 ans et de 17,5% chez les 25-34 ans. Ce taux est de 23,3% dans la population féminine contre 13% chez les hommes.

Cette paupérisation croissante, notamment en milieu rural constitue un frein à l'accessibilité aux soins et autres services sociaux de base.

1.2.1.3. Facteurs environnementaux et risques à la consommation

Les facteurs environnementaux constituent un déterminant essentiel de l'état de santé des populations.

Le manque d'hygiène, l'insalubrité, la mauvaise gestion des déchets ménagers, industriels et hospitaliers, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive de pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu, le réchauffement climatique constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations. Ces facteurs d'exposition expliquent en partie la fréquence élevée des maladies infectieuses, parasitaires, respiratoires, cutanées, des maladies chroniques et les nombreuses pollutions observées dans l'environnement.

La méconnaissance des normes de sécurité sanitaire des aliments caractérisée par des conditions déplorables de sécurité des aliments et le développement non contrôlé des espaces de restauration collective constituent une menace sanitaire quasi permanente. Les risques liés à la consommation concernent également les médicaments contrefaits ou prohibés, l'insuffisance de contrôle sanitaire dans les lieux de restauration collective.

1.2.1.4. Facteurs liés au système de santé et équité

L'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires, l'inadéquation et la vétusté des plateaux techniques, l'absence d'un mécanisme de protection contre le risque financier lié à la maladie et la pauvreté des ménages sont autant de facteurs qui influencent l'état de santé des populations.

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

1.2.2. Organisation du système de santé ivoirien

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire[9]. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants : l'un gestionnaire et l'autre prestataire (annexe 1).

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

1.2.2.1. Secteur sanitaire public

Le versant prestataire ou offre de soins comprend (i) le niveau primaire représenté par 1910[10] Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire), (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés) et (iii) le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)), 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)).

Le versant gestionnaire ou administratif comprend (i) le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé, (ii) le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales (20[11]) qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire et (iii) le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (79[12]) ou Districts sanitaires qui elles sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.

Au niveau du public, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé et l'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d'activités des deux échelons. L'existence d'un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

[9] Arrêté N°028/MSP/CAB du 08 février 2002
[10] Données administratives DIEM 2011
[11] Arrêté n°09/MSLS du 02 février 2012 portant liste des DRSLS
[12] Arrêté n° 08/MSLS du 02 février 2012 portant liste des DDSLS

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur et du ministère en charge des Affaires Sociales.

Les ressources humaines de santé (RHS) sont de diverses compétences. En 2010[13], leur effectif s'élevait à 21 254 agents dont 85% de prestataires de soins avec 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2553 sages femmes.

1.2.2.2. Secteur sanitaire privé

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés dont 1482 (soit 73%) non autorisés par le MSLS. Sous l'impulsion du MSLS, à la suite des mises en demeure, des autorisations de conformité sont en cours d'établissement pour 1458 d'entre eux. De même, 24 établissements non autorisés ont été fermés.

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

En 2007, les effectifs en ressources humaines étaient de 790 médecins, 1173 infirmiers et 184 sages-femmes.

1.2.2.3. Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8500 Tradipraticiens de Santé (TPS) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). En 2010, 1204[14] TPS ont été formés ; certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d'autres en droits de propriété intellectuelle.

Un document de politique de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles est disponible.

[13] Données administratives, DRH 2011
[14] Bilan de la décade 2001-2010 du PNPMT

2. CHAPITRE II: ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. Profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire

2.1.1. Mortalité générale

Le taux brut de mortalité est passé de 12,3‰[15] en 1988 à 14‰ en 2006[16]. L'espérance de vie à la naissance était de 51,3 ans en 2006[17].

Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. Ce sont entre autres, la dégradation continue des conditions de vie des populations, la persistance des maladies endémo-épidémiques, le VIH/Sida, les mauvaises pratiques en matière d'alimentation et les causes liées aux modes de vie moderne (tabagisme, consommation excessive d'alcool, mauvaise alimentation).

2.1.2. Mortalité et morbidité du couple mère – enfant

L'état de santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante justifiant les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour faire face à cette problématique, notamment ceux consentis depuis 2000 pour l'atteinte des OMD.

En 2005, la mortalité maternelle s'élevait à 543[18] décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est essentiellement due aux hémorragies (36%), aux dystocies (20%), à l'éclampsie (18%), aux complications des avortements (15%), ainsi qu'aux infections post-partum (4,8%)[19].

Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux, une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au décours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et une insuffisance en soins nutritionnels.

Concernant le suivi de la femme enceinte, la couverture en CPN1 est passée de 52,29% en 2007 à 66,33% en 2008. La couverture en CPN3 quant à elle est passée de 20,45% en 2007 à 23,14% en 2008[20]. En 2011, la couverture en CPN4 était de 45%[21]. La couverture en VAT2+ chez la femme enceinte était respectivement de 44,95%, 40,46%, 61,6% et 56% en 2007, 2008[22], 2010 et 2011[23].

Le taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié a progressé, passant de 47%[24] en 1998 à 56,8% en 2008[25]. Selon les données de la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), en 2011 ce taux serait passé à 69,2%.

La couverture en pratique de la césarienne est faible avec un taux de 0,7% contre 5% recommandé par l'OMS.

Selon la MICS, en 2006 la prévalence contraceptive moderne était de 8%.

---

[15] RGPH 1998, volume 4 : analyse des résultats, tome 5 : mortalité
[16] Base de données de l'annuaire statistique, DIPE/MSHP 2001-2006
[17] RGPH 1998, projection 2006
[18] EIS 2005
[19] EIS 2005
[20] Annuaire des Statistiques Sanitaires 2007-2008
[21] Rapport annuel d'activités DC-PNSR/PF
[22] Annuaire des Statistiques Sanitaires 2007-2008
[23] Rapport d'activité DCPEV 2011
[24] RGPH 1998
[25] ENV 2008

Le faible taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, la faible utilisation des services de planification familiale, constituent différentes causes qui limitent en partie les progrès vers l'atteinte de l'OMD 5.

Les problèmes nutritionnels fragilisent la mère et contribuent au faible poids de naissance chez le nouveau-né.

En 2006[26], le taux de prévalence des mutilations génitales féminines était de 36% et celui de la forme extrême d'excision de 5%. Cette pratique se rencontre en grande partie dans l'Ouest et le Nord du pays. Les mutilations génitales féminines contribuent à augmenter la morbidité et la mortalité chez la femme.

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est caractérisée par une mortalité néonatale de 41‰[27] naissances vivantes et une mortalité infanto-juvénile de 125‰[28] naissances vivantes.

Les principales causes de la mortalité infanto-juvénile sont les causes néonatales (35%), le paludisme (21%), la pneumonie (20%), la diarrhée (15%), le Sida (6%), la rougeole (3%).

Les causes de mortalité néonatale sont dominées par la prématurité (29%), les infections sévères (23%), l'asphyxie (19%) et le tétanos néonatal (12%).

Chez les enfants de moins de cinq ans, le profil épidémiologique reste dominé par une incidence élevée des affections courantes que sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la rougeole.

La malnutrition chez l'enfant est aussi préoccupante. En 2011[29], les prévalences de la malnutrition chronique, de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition aigue sont respectivement de 27,3%, 15,7% et 5,4%.

Les niveaux de couverture vaccinale[30] des maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) étaient moyens dans l'ensemble jusqu'à l'année 2010. Les couvertures vaccinales ont commencé à baisser en 2011[31]. On notait respectivement 90% et 74% pour le BCG, 84% et 62% pour le Penta 3 (DTCHepB3), 69,5% et 49% pour le VAR, 68,7% et 49% pour le VAA, et 80,6% et 58% pour le VPO3. Cette baisse s'explique par la faiblesse des activités du PEV de routine due à l'insuffisance de la chaîne de froid et des équipements logistiques, situation accentuée par la crise et ayant entraîné l'arrêt des stratégies avancées et mobiles.

2.1.3. VIH/Sida et IST

En Côte d'Ivoire, l'épidémie à VIH/Sida est caractérisée par la présence des deux virus, VIH 1 et VIH 2. L'épidémie est de type « mixte ». C'est une épidémie qui reste généralisée mais qui semble être essentiellement alimentée par l'infection à VIH chez les populations clés les plus exposées aux risques d'infection.

En 2010[32], l'ONUSIDA estimait la prévalence du VIH/Sida à 3,4%, classant la Côte d'Ivoire parmi les pays de l'Afrique de l'Ouest les plus affectés par l'épidémie de VIH/Sida. Le nombre de personnes

[26] MICS 2006
[27] EIS 2005
[28] EIS 2005

[30] Plan Pluriannuel Complet (PPAC) PEV 2010
[31] Couverture vaccinale 2011 – DCPEV
[32] Rapport 2010, ONUSIDA

vivant avec le VIH étaient de 450 000 et le nombre d'orphelins rendus vulnérables du fait du Sida s'élevait à 440 000.

Selon l'Enquête sur les Indicateurs de Santé (EIS) 2005, les femmes sont plus touchées par l'épidémie avec une prévalence de 6,4% contre 2,9% chez les hommes. L'enquête de séro-surveillance sentinelle en 2008 indiquait un taux de séropositivité de 4,5% chez les femmes enceintes. Ce taux était estimé à 33,4%[33] chez les professionnels du sexe et à 24,5%[34] chez les MSM (Men Sex with Men) en 2009.

Les causes de la propagation du VIH sont principalement l'incidence élevée de la pauvreté et la détérioration des revenus et conditions de vie, le faible niveau de connaissance des populations des modes de transmission et des méthodes de prévention, les perceptions socioculturelles du VIH/Sida et les pratiques socioculturelles (excision, tatouage, piercing, lévirat). Le multi-partenariat sexuel, le mariage précoce, le statut socio-économique des femmes qui les place dans une situation d'impossibilité de décision par rapport à leur sexualité, la mobilité de la population et ses déplacements consécutifs aux conflits armés, la stigmatisation et la discrimination participent également à la propagation de l'infection à VIH.

Les groupes les plus exposés au VIH sont les jeunes ayant leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans, les femmes adultes et les jeunes filles victimes d'abus et de violences sexuelles, les couples sérodiscordants, les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires, les enseignants, les routiers, les migrants, les personnes déplacées et les réfugiés, les populations carcérales, les travailleurs saisonniers, les jeunes filles et jeunes hommes sexuellement actifs travaillant dans le secteur informel, les personnes engagées dans le sexe transactionnel, les personnes qui s'injectent la drogues, les personnes engagées dans l'abus de la consommation d'alcool associées à des comportements sexuels à risques, les hommes en armes, les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes ou MSM, les porteurs d'une IST.

Le nombre de personnes sous ARV est passé de 2473 en 2003 à 72 011 en fin 2009[35], puis à 89 410[36] en septembre 2011. En 2008, le nombre de perdus de vue était estimé à 20 000[37]. Depuis 2008, les ARV sont distribués gratuitement aux malades éligibles au traitement.

Dans le cadre de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), environ 49% des sites de CPN offrent des services de PTME. En 2010, pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant, 43%[38] des femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement antirétroviral complet. En dépit des multiples efforts consentis par les différents acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/Sida sur le plan national, selon l'ONUSIDA, la Côte d'Ivoire fait partir des 22 pays les plus affectés au monde par la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant. A ce propos, un plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015 est en cours de rédaction.

Pour le dépistage des populations, en fin 2010, 738 sites offrant des services de conseil dépistage étaient disponibles. Malgré l'augmentation de la couverture des districts sanitaires en services de Conseil Dépistage et l'instauration de la gratuité des ARV depuis août 2008, le taux de dépistage

[33] PAPO 2009
[34] Clinique confiance 2009
[35] Rapport national de la lutte contre le Sida, 2009
[36] Rapport national de lutte contre le Sida 2012
[37] PNS 2011-2015
[38] Rapport national de lutte contre le Sida 2010

dans la population générale n'est que de 6%[39].

L'évaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle faite en 2009[40], a montré que 28,7% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et 10,5% des OEV présentaient une malnutrition aigüe et 70% étaient en insécurité alimentaire.

Les infections sexuellement transmissibles chez l'adulte constituent également une cause importante de morbidité. Au plan national, leur incidence moyenne est passée de 8,93‰[41] en 2007 à 8,22‰ en 2008.

2.1.4. Paludisme

Le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. Selon une analyse situationnelle des données épidémiologiques du Paludisme réalisée en 2010 par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), environ 50% des motifs de consultations dans les ESPC sont liés au paludisme. En 2008, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 84,16‰. Chez les enfants de moins de 5 ans, cette pathologie avait une incidence de 217,31‰[42].

De 2006 à 2008, l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) a connu une progression significative de 3% à 14,8%[43].

En 2006, seulement 26%[44] des enfants de moins de 5 ans avaient reçu un traitement approprié. Depuis 2010, les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) sont dispensées gratuitement.

2.1.5. Tuberculose

En 2009, le taux de mortalité lié à la tuberculose était estimé à 85 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de malades s'est accru, passant en 2006 de 21 204 cas toutes formes confondues à 23 210 en 2010, puis en 2011 à 22 911 dont 14 405 cas à frottis positif (forme contagieuse de la maladie)[45]. L'incidence des cas déclarés toutes formes confondues pour l'année 2010 était de 106 cas pour 100 000 habitants. Le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif traités était de 79% en 2010.

Parmi les facteurs incriminés dans cette recrudescence, la paupérisation constante des populations est en première ligne.

La pandémie du VIH/Sida demeure le facteur le plus propice au développement de la tuberculose. 36 à 41% des cas de tuberculose sont attribuables au VIH et la prévalence du VIH chez les tuberculeux est élevée (39% en 2007, 29% en 2008, 30% en 2009, 24% en 2010). La tuberculose demeure la première infection opportuniste et la première cause de décès chez les PVVIH.

---

[39] PNS 2011-2015
[40] Evaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle en Côte d'Ivoire (ESANPONCI), 2009
[41] Annuaire des statistiques sanitaires 200-2008, MSHP/DIPE
[42] Annuaire des statistiques sanitaires 2007-2008
[43] Rapport National OMD, août 2010
[44] MICS 2006
[45] Rapport PNLT, 2011

Le pourcentage de patients tuberculeux ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH parmi les patients enregistrés dans les centres de prise en charge de la tuberculose était de 73% en 2010. Au cours de la même année, 140 Centres de Diagnostic et Traitement (CDT) dont 16 Centres Antituberculeux (CAT) offraient une disponibilité régulière et gratuite des médicaments antituberculeux essentiels.

Selon les résultats de deux enquêtes nationales sur la résistance aux antituberculeux, le taux de résistance primaire est passé de 5,4% en 1996 à 2,5% en 2006. Pour les cas de retraitement, le taux de résistance secondaire est estimé à 8,6% selon le rapport OMS 2008.

2.1.6. Etat nutritionnel

Le profil nutritionnel de la Côte d'Ivoire est caractérisé par un double fardeau que sont la malnutrition par carence et la malnutrition par excès. La forme la plus courante est la malnutrition chronique dont la prévalence est de 27,3%[46]. La prévalence nationale de la malnutrition aigue globale est à ce jour jugée « précaire » (5,4%) sur l'étendue du territoire national avec des disparités régionales. Le nombre d'enfants malnutris aigus modérés est estimé à 151 781 et ceux présentant la forme sévère à 19 000[47].

S'agissant de l'insuffisance pondérale, la prévalence est de 15,7% en 2011 et jugée « sérieuse » pour les pôles Nord-Est, Nord-Ouest et Nord; et « précaire » pour les pôles Centre, Centre-Nord, Ouest, Centre-Ouest, Sud-Ouest, Centre-Est et Sud. L'évaluation nutritionnelle effectuée chez les mères a montré que 12 %[48] d'entre elles sont malnutries et 58,9 % souffrent d'une carence en fer, ce qui augmente la mortalité maternelle et entraîne un faible poids de naissance du nouveau-né. La prévalence des petits poids à la naissance est de 16,5%.

Par ailleurs, la prévalence du goitre par carence en iode a significativement baissé, passant de 40% en 1994 à 4,8% en 2004 en raison de la disponibilité du sel iodé dans 84,4% des ménages. En ce qui concerne la carence en fer, plus de la moitié des enfants présente une anémie ferriprive. Quant à l'hypovitaminose A, elle demeure élevée avec 60%[49] des enfants de 6 à 59 mois qui sont à risque.

La malnutrition par excès est également préoccupante. En effet, selon l'Enquête Nutrition Mortalité (ENMCI 2004), 22,8 % des femmes en âge de procréer avaient un excès de poids en particulier en milieu urbain avec 28,2 % contre 13,6 % en milieu rural. Abidjan présente la plus forte proportion des femmes en surpoids avec un taux de 34,1% et 7,4% de femmes obèses.

2.1.7. Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles sont pour une grande part liées aux pratiques nutritionnelles et aux habitudes de vie.

Elles sont dominées par les maladies chroniques. En premier lieu viennent les maladies métaboliques telles que le diabète sucré avec une prévalence de 5,7% dans la population adulte, ensuite les maladies cardio-vasculaires et les cancers.

---

[46] SMART 2011
[47] SMART 2011
[48] MICS 2006
[49] PIPAF 2007

L'hypertension Artérielle (HTA) est actuellement en nette progression. L'enquête STEPS[50] réalisée en 2005 a révélé sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, une prévalence de l'HTA de 21,7%. Sa proportion augmente avec l'âge pour atteindre 58,4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans. En 2008, selon les estimations de l'OMS pour la Côte d'Ivoire, la prévalence de l'HTA chez les 25 ans et plus était de 33,4%[51].

Concernant le cancer, 15 000 nouveaux cas sont attendus par an. Parmi eux, les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux. L'incidence était de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 avec 25,2% de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus[52].

Chez l'homme, l'incidence est légèrement inférieure (82 pour 100 000) avec une incidence élevée des cancers de la prostate (31 pour 100 000) et des cancers primitifs du foie qui représentent 28% des cancers chez l'homme.

Malgré l'évolution croissante des cancers en Côte d'Ivoire, il n'existe pas à ce jour de centre spécialisé dans le traitement des malades atteints du cancer.

D'autres maladies non transmissibles telles que l'insuffisance rénale, les maladies bucco-dentaires, les affections ophtalmologiques, les maladies mentales et les toxicomanies sont également en progression. Il faut noter que les centres d'hémodialyse même s'ils existent sont insuffisants face à la demande qui croît depuis quelques années.

2.1.8. Maladies à potentiel épidémique

En 2011[53], une résurgescence de certaines maladies évitables par la vaccination a été observée. Il s'agit notamment, de la rougeole avec 1059 cas suspects dont 349 cas confirmés et 18 flambées épidémiques dans 15 districts sanitaires, du tétanos néonatal avec 3 cas confirmés dans 3 districts sanitaires, de la fièvre jaune avec 511 cas suspects et 11 cas confirmés, du choléra avec 1025 cas dans le district d'Abidjan dont 35 décès.

Concernant la poliomyélite, 36 cas de poliovirus sauvage dans 22 districts sanitaires ont été confirmés en 2011 sur 511 cas de paralysies flasques aigües notifiées, alors que la Côte d'Ivoire était en voie de certification en 2001.

Pour ce qui est du choléra, 1321 cas suspects avaient été notifiés dont 152 cas confirmés et 34 décès. Le taux d'attaque et de létalité de cette maladie épidémique étaient respectivement pour cette même année de 27,7 cas pour 100 000 habitants et 2,6%[54].

De janvier à décembre 2011[55], 146 cas de méningites purulentes dont 26 décès ont été enregistrés, soit une létalité de 17,80%. Au cours de cette même année, il n'avait pas été détecté de foyers épidémiques de méningite. Au cours du premier trimestre de l'année 2012[56], des cas suspects de méningites et des décès ont été rapportés dans les districts de Tengréla, Korhogo, Kouto et Niakaramadougou, soient respectivement 86 cas suspects dont 5 décès, 94 cas dont 7 décès, 24 cas dont 6 décès et 14 cas suspects dont 3 décès.

[50] Enquête STEPS Côte d'Ivoire 2005 – Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles
[51] Source : Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles
[52] Sources : registre national du cancer en Côte d'Ivoire : CHU de Treichville ; Année 2004
[53] Rapport d'activités, DCPEV 2011
[54] Rapport d'activités, INHP 2011
[55] Rapport d'activités, INHP 2011
[56] Rapport d'activités, INHP premier trimestre 2012 (S1-S13)

2.1.9. Maladies émergentes, réémergentes, anciennes ou négligées

L'ulcère de Buruli occasionne des cas d'infirmité permanente notamment chez des enfants d'âge scolaire. Le nombre de cas cumulé est passé de 500 en 1994 à 25 000 en 2006[57]. En 2007 et 2008, le nombre de nouveaux cas était respectivement de 1654 et 2085[58].

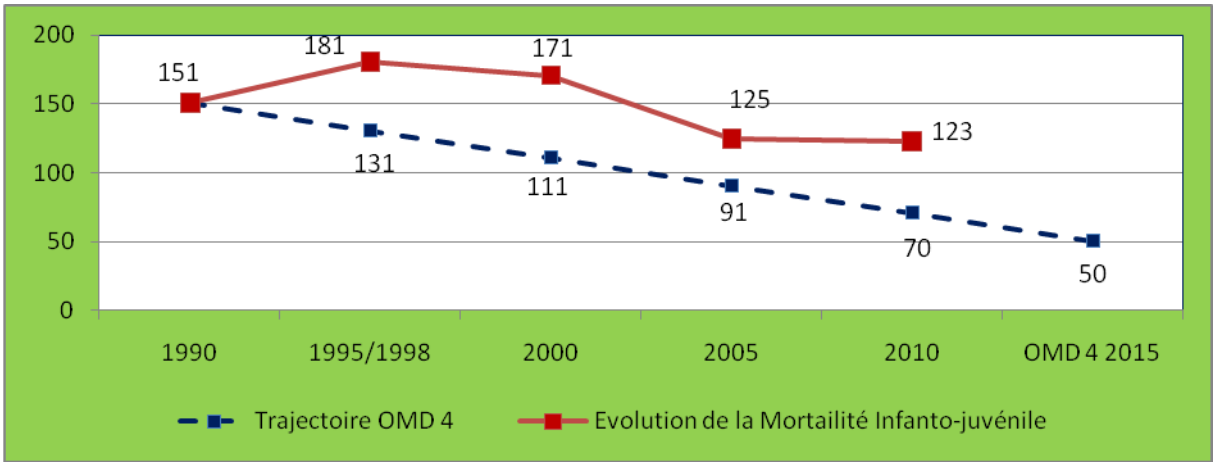
Certaines pathologies telles que la trypanosomiase humaine africaine, l'onchocercose, les bilharzioses, la filariose lymphatique, le trachome et le pian persistent encore et nécessitent une attention particulière.

D'autres maladies anciennes comme la dracunculose, la lèpre, et la syphilis sont en voie d'élimination, d'éradication ou en nette régression. Elles nécessitent cependant de rester sous surveillance.

2.1.10. Situation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Au sujet de l'OMD 1C, réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim, la tendance de l'insuffisance pondérale bien qu'étant à la baisse reste préoccupante (20,2% en 2008[59]).

Concernant l'OMD 4, réduire de deux tiers (2/3) la mortalité des enfants de moins de 5 ans, la mortalité infanto-juvénile a connu une hausse entre 1990 et 1998 en passant de 151‰ à 174‰. Cette tendance s'est inversée pour atteindre 125‰ en 2005[60].

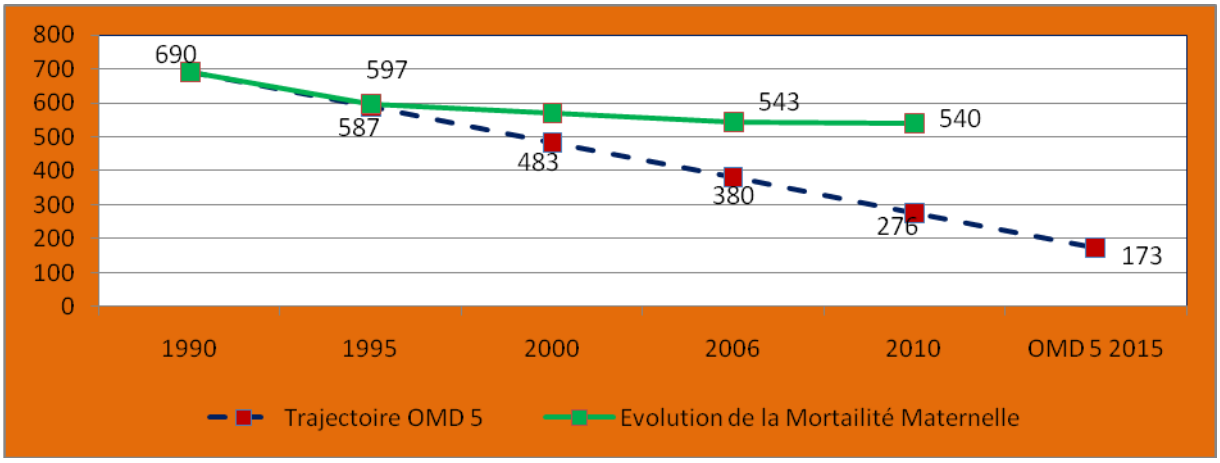


Source : Deuxième Rapport national sur les OMD, RCI – Août 2010

Graphique n°1: Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et progrès vers l'OMD 4

La mortalité maternelle, encore élevée, est passée de 597 à 543 décès pour 100 000 naissances vivantes de 1998 (EDS, 1998) à 2005 (EIS, 2005). Ce qui rend difficile l'atteinte de l'OMD 5 qui est de réduire de trois quart (3/4) la mortalité maternelle, à l'horizon 2015.

[57] REPCI 2006
[58] Annuaire des statistiques sanitaires 2007-2008, MSHP/DIPE
[59] Rapport National sur les OMD, août 2010
[60] EIS 2005



Source : Deuxième Rapport national sur les OMD, RCI – Août 2010

Graphique n°2: Evolution du taux de mortalité maternelle et progrès vers l'OMD 5

La lutte contre les pathologies inscrites dans l'OMD 6 à savoir combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies, constitue un défi majeur pour le système de santé ivoirien. La prévalence estimée du VIH/Sida dans la population générale est passée de 6,9% en 2000 à 4,7% en 2005, puis 3,7% en 2008 et 3,4% en 2009. L'incidence du paludisme de 2000 à 2008 était importante et se situait autour de 80‰. Depuis 2000, l'incidence de la tuberculose croit d'année en année en moyenne de 5% du fait de la co-infection avec le VIH et a atteint 22 911 cas en 2011.

Selon le rapport pays de suivi des OMD 2010[61], si les efforts du Gouvernement et de ses partenaires ne sont pas intensifiés pour leur accélération, aucun OMD lié à la santé ne pourra être atteint en 2015.

2.2. Diagnostic du système de santé

2.2.1. Gouvernance et Leadership

De façon globale, l'analyse de la gouvernance du système de santé met en évidence de nombreux dysfonctionnements.

Au niveau institutionnel de nombreux textes législatifs et réglementaires existent pour la régulation du secteur. Toutefois, un certain nombre de textes sont insuffisamment appliqués en pratique. D'autres sont insuffisamment vulgarisés, suivis ou ne sont plus d'actualité face aux évolutions constatées dans le secteur et doivent donc être révisés (textes relatifs aux COGES, textes régulant le fonctionnement des ESCOM, etc.). Un document de Politique Nationale Sanitaire et de Code d'Hygiène Publique existent. Cependant ils n'ont pas encore force de loi.

Par ailleurs, on note l'absence d'une loi d'orientation en santé publique, d'un plan unique de contrôle et de suivi-évaluation assorti d'un mécanisme unique de gestion fiduciaire, et de Code de la Santé Publique.

En outre, plusieurs documents (documents de normes et standards, manuels de procédures) ont été développés, mais ne sont pas encore édictés.

[61] Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport national, août 2010

Les textes d'application de la loi sur la décentralisation en matière de santé publique ne sont pas encore disponibles. Un cadre de collaboration (Groupe technique de travail sur la décentralisation) existe entre le Ministère chargé de la Santé, le Ministère de l'Intérieur et les faitières des collectivités territoriales. Cependant il n'est pas encore formalisé. Par ailleurs, les normes et directives en matière de construction, d'équipement et de gestion des structures sanitaires ne sont pas toujours respectées par les collectivités territoriales.

L'insuffisance du cadre de contractualisation public-privé ne permet pas l'opérationnalisation de l'approche multisectorielle de résolution des problèmes de santé.

Au niveau de la médecine traditionnelle, le Gouvernement s'est engagé en faveur de l'organisation des tradipraticiens et la valorisation des plantes médicinales à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. Cependant, malgré les efforts consentis, il n'y a toujours pas de collaboration efficace entre le secteur public, le secteur privé et la pharmacopée traditionnelle.

Au niveau organisationnel et gestionnaire, on observe un chevauchement dans les attributions de certaines directions et certains services centraux, de sorte qu'il se pose une difficulté de coordination des activités au niveau central.

La planification et la coordination des actions de santé restent insuffisantes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire limitant la performance globale du système de santé.

Par ailleurs, il n'existe pas de mécanismes de redevabilité incitant les gestionnaires du système de santé à rendre compte systématiquement de leur gestion tant au niveau programmatique que financier.

L'intégration et la prise en compte du secteur privé et confessionnel demeure peu satisfaisante. Les prestations fournies dans ces secteurs échappent au SNIS du fait de l'inexistence ou de la non-application des textes portant codification, identification, reconnaissance et prise en compte des informations sanitaires produites par le secteur privé et le secteur de la médecine dite alternative.

En outre, l'absence de mécanisme opérationnel de contrôle et de suivi des activités médicales dans ce secteur, a donné lieu à un boom de création d'établissements sanitaires dans des conditions anarchiques, dont certains ne respectent pas toujours les normes en vigueur, exposant les populations à des risques sanitaires importants. L'Inspection Générale du Ministère de la Santé dispose de peu de ressources pour mener à bien des missions d'inspection et de contrôle tant au niveau du secteur public que du secteur privé.

Le secteur sanitaire privé s'est développé parfois de manière anarchique. Plusieurs établissements se sont installés sans autorisation préalable ces dernières années, en dépit du Décret N° 96 – 878 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professionnels de santé dans le secteur privé, complété par l'Arrêté N° 21/MSHP/DGS/DEPS/S6DESPr du 16 juillet 2007. En 2011, sur 2036 établissements sanitaires privés recensés, 1482 étaient non autorisés. De plus, certains médecins et infirmiers du secteur public exercent de manière illégale dans le secteur privé. L'on note également une faible collaboration entre le secteur privé et le secteur public.

Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent aussi à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Mais l'absence d'une politique de contractualisation et les insuffisances organisationnelles des ONG constituent une entrave au développement du partenariat public-privé (PPP).

Les référentiels existants ne sont pas suffisamment diffusés et appliqués, notamment le manuel du PMA des ESPC et celui des hôpitaux, les directives nationales de référence et contre-référence. Le processus d'élaboration de projet d'établissement n'est pas généralisé.

De nombreux partenaires interviennent dans le secteur de la santé au niveau technique et financier (Système des Nations Unies, Coopération bilatérale et multilatérale, ONG internationales, Initiatives en santé). Leurs appuis sont principalement concentrés sur la lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose et s'orientent de plus en plus vers un appui intégré au renforcement du système de santé. Ces financements ont également concerné au moment de la crise, la réhabilitation et la reconstruction d'infrastructures sanitaires, la fourniture d'équipement et matériel. Cependant, le partenariat avec les bailleurs n'est pas encore suffisamment coordonné et structuré, alors que la Côte d'Ivoire, a entièrement souscrit à la Déclaration de Paris et d'Accra sur l'efficacité de l'aide au développement et a adhéré à IHP+. En effet, les principes de ces déclarations sont peu appliqués notamment en ce qui concerne l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation et la gestion axée sur les résultats. Enfin, l'absence d'un cadre formel de concertation et de coordination des interventions ne permet pas de maîtriser la gestion et le suivi des flux financiers provenant de l'aide extérieure.

2.2.2. Prestations des services de santé

De nombreux outils ont été développés pour améliorer la qualité des prestations. Ce sont entre autres le manuel du PMA des ESPC, le manuel des algorithmes de symptômes-diagnostic et traitement, le manuel du PMA des hôpitaux de référence, le guide d'accréditation des districts sanitaires, le guide national de supervision, les directives nationales de l'organisation de la référence, de la contre-référence et des urgences, les directives pour la prise en charge des pathologies chroniques, etc.

L'utilisation des services de santé reste faible et se situe autour de 18%. Les insuffisances de l'offre et la qualité très moyenne des services engendrent une perte de confiance des populations dans les services de santé modernes. Cette situation est aggravée par la paupérisation des populations.

La supervision et le coaching des agents de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le monitorage des activités des ESPC et des pratiques familiales essentielles (PFE), qui concourent à l'amélioration de la qualité de l'offre de service, sont peu réalisées, faute de ressources humaines qualifiées, de moyens logistiques et de ressources financières[62].

L'offre des prestations de services de base conformément à la politique des soins de santé primaires (SSP) est assurée par les ESPC et les hôpitaux de référence de district qui constituent le niveau périphérique. Un Paquet Minimum d'Activités (PMA) a été défini comme approche de mise en œuvre de cette stratégie pour chaque échelon en tenant compte non seulement des besoins de la population, des priorités de santé existant et du rapport coût-efficacité des interventions de santé mais aussi du niveau de l'établissement.

Au niveau de la participation communautaire, plusieurs initiatives ont été développées pour permettre une réelle implication des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé. Il s'agit de la mise en place des COGES et des relais communautaires.

Les relais communautaires regroupant les Agents de Santé Communautaire (ASC), les groupes de soutien à une action sanitaire spécifique, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) ainsi que

[62] Etude sur l'utilisation des services et la répartition des ressources de santé en Côte d'Ivoire, CPS avril 2008

les Associations et Organisations à Base Communautaire (ABC/OBC) ne disposent d'aucun statut dans la hiérarchie sanitaire. Par ailleurs, même si un document de stratégie de service à base communautaire est disponible, il n'existe pas de stratégie nationale de mobilisation sociale, les COGES ne sont pas fonctionnels dans certains établissements et la collaboration multisectorielle est insuffisante.

Le secteur sanitaire privé contribue à accroître l'offre de services notamment dans les grands centres urbains mais reste relativement inaccessible financièrement au plus grand nombre de ménages.

Le secteur sanitaire privé à but non lucratif, initialement représenté par les établissements sanitaires confessionnels, a connu également un développement important. On assiste par ailleurs, à l'essor d'établissements sanitaires de type privé à l'initiative des ONG. Le secteur privé à but non lucratif dispense des soins curatifs et préventifs tandis que le secteur privé à but lucratif privilégie les soins curatifs.

Dans l'offre des services de santé, la continuité des soins devrait être assurée à travers un système de référence/contre-référence entre les ESPC, les hôpitaux de référence du district sanitaire et de la région sanitaire (HG, CHR) et les CHU qui sont le dernier niveau de recours.

L'interaction entre les niveaux primaire, secondaire et tertiaire n'est pas organisée et formalisée bien que les outils (directives de réorganisation de la référence/contre-référence et des urgences dans le district de santé) soient disponibles. Ceci s'explique par l'absence d'organisation de la prise en charge des cas référés (consultation des cas référés, service d'urgence). Cette situation est exacerbée par le manque d'appropriation du contenu des différents outils par les acteurs et une insuffisance d'intégration des prestations tels que prescrits dans les PMA des différents niveaux. Cela serait imputable en partie à une insuffisance de diffusion de ces directives.

Des évacuations sanitaires sont parfois effectuées à l'extérieur du pays, pour les soins non offerts par le système national de santé. Elles sont très coûteuses.

Pour ce qui est de l'hygiène hospitalière, les établissements sanitaires produisent une quantité importante de déchets médicaux estimée globalement à 5156 kg/jour soit 3194 tonnes par an[63]. Un rapport d'enquête de 2007[64] relevait une insuffisance de ressources humaines qualifiées dans ce domaine et de ressources matérielles pour la gestion des déchets médicaux. Tous ces facteurs accroissent les risques de nocivité pour la population, l'apparition d'infections nosocomiales en structures de soins et le risque de résistance de germes en milieu hospitalier.

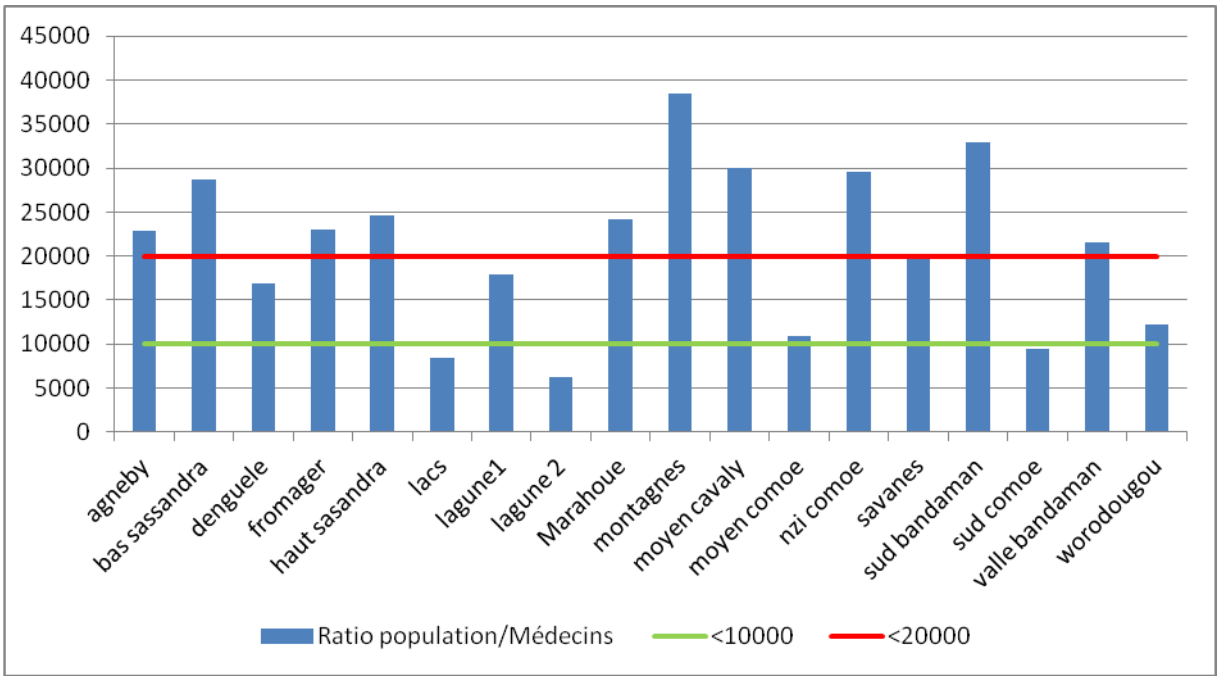
2.2.3. Ressources Humaines de la Santé

Les effectifs des ressources humaines de la santé enregistrés au cours de la dernière décennie, ont permis d'observer une nette amélioration des ratios médecin-population et infirmier-population. Ces ratios sont passés durant la période 1998[65]-2007 de 1/11 450 habitants à 1/5695 habitants pour les médecins et de 1/3646 habitants à 1/2331 habitants pour les infirmiers. Pour les sages-femmes et sur la même période, le ratio a chuté de 1/1802 femmes en âge de procréer à 1/3717 femmes en âge de procréer.

[63] Document de Politique Nationale de Gestion des Déchets Médicaux 2009-2011
[64] Rapport d'enquête sur l'hygiène hospitalière au CHU de Yopougon, mai 2007, DRHP/MSHP
[65] RASS 1998

La situation 2011[66] de répartition de ces effectifs par emploi et par catégorie est de 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2353 sages femmes. Malgré l'importance numérique du personnel de santé en Côte d'Ivoire, l'offre en ressources humaines demeure insatisfaisante. Le ratio personnel de santé par population est de 1,3 personnel de santé pour 1000 habitants contre 2,5 recommandé par l'OMS. L'on enregistre notamment une pénurie du personnel paramédical dont la part dans l'effectif global est en baisse et une forte disparité dans la répartition du personnel de santé avec une concentration au profit des régions du Sud du pays, notamment à Abidjan. Selon le DSRP 2009-2013, près de 40% des personnels résident dans la Région des lagunes (Abidjan) où vit seulement 24% de la population totale du pays. En outre, les crises socio-politiques ont accentué la concentration des personnels de santé dans les zones sud.

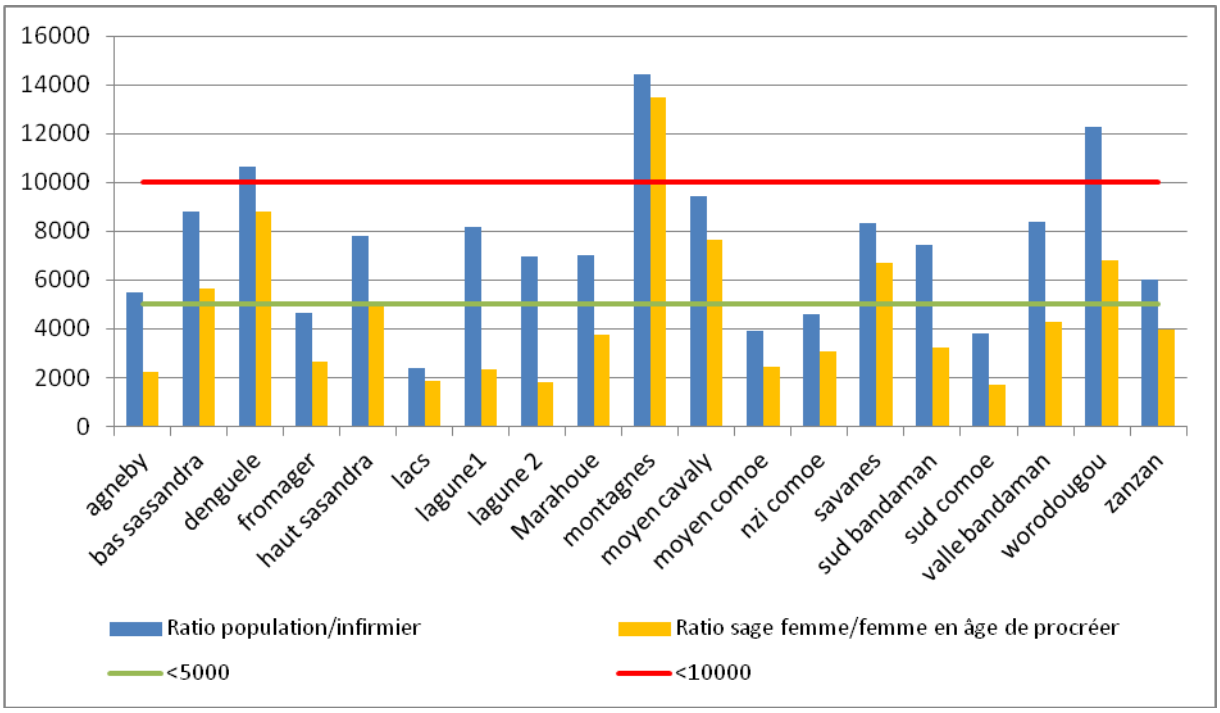
Cette inégale répartition mise en évidence sur le graphique n°3 montre que les régions sanitaires les plus dépourvues en médecins sont les régions des Montagnes, du Sud-Bandama, du Nzi-Comoé, du Moyen-Cavally et du Bas-Sassandra.



<u>Graphique n°3</u> : Répartition de la disponibilité des médecins par région sanitaire

[66] Données administratives DRH 2011

Concernant les infirmiers, les régions ayant le plus grand besoin à couvrir sont les régions des Montagnes, du Denguélé, du Bas-Sassandra et du Moyen-Cavally. Quant aux sages-femmes, elles sont en nombre insuffisant dans les régions des Montagnes, du Denguélé, du Moyen-Cavally, du Worodougou et des Savanes (graphique n°4).



<u>Graphique n°4</u> : Répartition de la disponibilité des infirmiers et sages femmes par région sanitaire

Pour mieux adresser la question de la répartition géographique inéquitable des personnels de santé, une cartographie complète des RHS est en cours de finalisation.

La formation initiale des personnels médicaux est assurée au niveau des Unités de Formation et de Recherche des Sciences Médicales d'Abidjan (UFR-SMA) et de Bouaké (UFR-SMB), de l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan (UFR-SPB) et de l'UFR d'Odontostomatologie (UFR-OS) d'Abidjan. Leur capacité de production moyenne annuelle est de 322 médecins, 60 pharmaciens et 22 chirurgiens-dentistes.

La formation des personnels paramédicaux (infirmiers, sages-femmes, infirmiers spécialisés et techniciens supérieurs de santé) est assurée par l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) et ses antennes (Bouaké, Korhogo et Aboisso).

La multiplicité d'intervenants dans la formation continue (ordres professionnels, ministères, instituts de formation, syndicats professionnels, partenaires au développement, etc.) pose un problème de coordination et d'utilisation du personnel formé.

La faible valorisation des ressources humaines, du point de vue de leur rémunération, de leur profil de carrière et du renforcement continu de leurs compétences concourt dans une certaine mesure à la démotivation des personnels de santé.

En outre, le recrutement des personnels de santé par le Ministère de la Fonction Publique concerne les médecins et pharmaciens généralistes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat. Il faut noter que les spécialités médicales, paramédicales et médico-techniques ne

sont pas recrutées de façon directe mais sur promotion de personnels de santé déjà existant par concours professionnel.

Pour résoudre la problématique des RHS de Côte d'Ivoire, il a été créé, depuis mars 2007, un cadre de coordination et de facilitation, dénommé Comité Multisectoriel de Pilotage (CMP) du processus d'élaboration et de mise en œuvre de la Politique Nationale des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire.

La mise en œuvre de ce cadre de collaboration s'est traduite par l'élaboration du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du secteur de la santé (PSDRHS) couvrant la période 2009-2013.

Ainsi, avec la mise en œuvre du PSDRHS, le pays a considérablement amélioré sa capacité de production moyenne annuelle de personnel paramédical pour la porter à 700 infirmiers, 400 sages-femmes et 200 techniciens supérieurs de la santé.

Un projet pilote de motivation du personnel à Ferkéssédougou (nord de la Côte d'Ivoire), basé sur la performance a été développé depuis 2009 et offre la perspective de la mise en place d'une gestion axée sur le résultat. Un logiciel de gestion des RHS, dénommé GESPERS, a été opérationnalisé au niveau de la DRH et est en cours d'implémentation dans les services extérieurs et les Etablissements Publics Nationaux de la santé avec 34%[67] de couverture nationale en 2011.

2.2.4. Médicaments et Intrants stratégiques, Infrastructures, Equipements et Matériels

- **Médicaments et intrants stratégiques**

La Côte d'Ivoire dispose, depuis 2009, d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN). Un plan directeur pharmaceutique a été élaboré pour sa mise en œuvre. Une liste nationale de médicaments essentiels présentés en DCI mise à jour tous les 2 ans existe depuis 1989. Le nombre de références présentes sur cette liste est important et aucune donnée n'est disponible pour estimer le niveau de connaissance et de sensibilisation des prescripteurs concernant cette liste[68].

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), chargée de la réglementation pharmaceutique, rencontre des difficultés dans la mise en œuvre de ses missions. En effet, l'insuffisance de sa dotation budgétaire limite ses activités de régulation, d'inspection pharmaceutique, de pharmacovigilance et de contrôle post-marketing de la qualité des médicaments.

Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), en charge du contrôle de la qualité des médicaments entrant et circulant en Côte d'Ivoire pour le compte de la DPM, ne dispose pas de tous les moyens techniques adéquats (infrastructures, installations techniques, réactifs, etc.) pour effectuer un contrôle de qualité rigoureux et régulier des produits pharmaceutiques. Au niveau institutionnel, malgré des modifications apportées à la législation et à la réglementation pharmaceutique à partir de 1994, les dispositions législatives et réglementaires en vigueur sont pour la plupart inadaptées à l'évolution du secteur pharmaceutique ivoirien.

Afin de satisfaire la demande en médicaments à coûts abordables dans le secteur public de soins, la Côte d'Ivoire a développé une politique de médicaments essentiels. Ces médicaments doivent être

[67] Données administratives DRH 2011
[68] CNS 2007-2008

disponibles sur l'ensemble du territoire grâce au dispositif de distribution de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (PSP-CI). Cependant, l'accès aux produits pharmaceutiques pose un problème en dépit de l'existence d'un Plan National Stratégique de la Chaine d'Approvisionnement (PNSCA 2010-2013).

Le statut actuel d'Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC) de la PSP-CI se traduit par une dépendance administrative (comptabilité publique, affectation de fonctionnaires, etc.) et financière (Trésor Public, etc.) aboutissant à une absence d'autonomie réelle et des contraintes de gestion importantes : la PSP doit générer 60% de son budget, ses disponibilités financières sont obligatoirement déposées au Trésor et elle n'a pas toujours bénéficié de ses avoirs pour le paiement de ses engagements.

La PSP-CI éprouve donc des difficultés à payer ses fournisseurs, avec pour conséquence, la réticence de ceux-ci à répondre aux appels d'offres. Cette situation a entraîné une augmentation des prix à l'achat (en moyenne 1,7% par an) et des ruptures de stocks de médicaments au niveau central et périphérique. En août 2011, le taux de rupture de stocks en médicaments essentiels était estimé à 77%. Ceci a favorisé le développement de circuits parallèles d'approvisionnement en médicaments au niveau des établissements sanitaires publics et la prolifération de marchés illicites des médicaments. Tous ces dysfonctionnements ont occasionné une baisse du recouvrement des coûts des médicaments par la centrale d'achat.

Par ailleurs, les pharmacies du niveau périphérique sont mal équipées et dans certains cas non adaptées à l'entreposage des stocks. Aussi, de nombreux dysfonctionnements sont-ils observés dans la gestion des médicaments et dans la disponibilité de l'information sur les médicaments notamment en matière de consommation, de pharmacovigilance.

Le secteur pharmaceutique privé occupe une place très importante avec la présence de trois grossistes-répartiteurs (LABOREX-CI, COPHARMED, DPCI) qui assurent l'approvisionnement du secteur pharmaceutique privé commercial et 799 officines privées de pharmacie en 2011. Les industries pharmaceutiques au nombre de 8 assurent la fabrication de certains médicaments génériques sous licence. La production locale est évaluée à environ 10% du marché pharmaceutique national. Ce marché représentait en 2006[69], un montant de 147,6 milliards de francs CFA avec plus de 80% des parts soit 135 milliards pour le secteur pharmaceutique privé.

L'utilisation rationnelle des médicaments, connaît quant à elle d'importants problèmes au niveau de la prescription, de la dispensation et de l'observance des traitements. Des prescriptions abusives de médicaments sont faites aux patients dans les établissements sanitaires et les officines de pharmacie. Vu le coût moyen des ordonnances souvent élevé, les clients sont amenés à acheter les médicaments les moins chers au détriment de ceux réellement indiqués.

Concernant les vaccins, les dotations budgétaires de l'Etat sont insuffisamment exécutées, ce qui entraîne une dépendance vis-à-vis des partenaires qui contribuent pour une large part à leur achat. L'irrégularité de l'approvisionnement en vaccins des antennes régionales de l'INHP est liée à une insuffisance de camions frigorifiques. Les capacités de stockage de l'INHP et de ses antennes régionales sont insuffisantes. Sur certains sites, les conditions de stockage des vaccins sont inadéquates.

[69] PNDS 2009-2013

Par ailleurs, l'insuffisance d'un système de contrôle de qualité des médicaments, vaccins et intrants stratégiques à l'importation et dans les structures de distribution ne permet pas d'en garantir la qualité.

En ce qui concerne les produits sanguins, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses antennes assurent la production et la distribution du sang et des produits sanguins labiles sécurisés sur l'étendue du territoire. Le pays dispose d'un réel potentiel technique adéquat en matière de sécurité transfusionnelle. Cependant, les structures de prélèvement de produits sanguins sont inégalement réparties sur l'ensemble du territoire et la production est insuffisante eu égard aux besoins en produits sanguins avec 4.9[70] unités pour 1000 habitants en 2010 (la norme de l'OMS étant de 10 à 30 unités pour 1000 habitants par an).

- **Infrastructures, Equipements et Matériels**

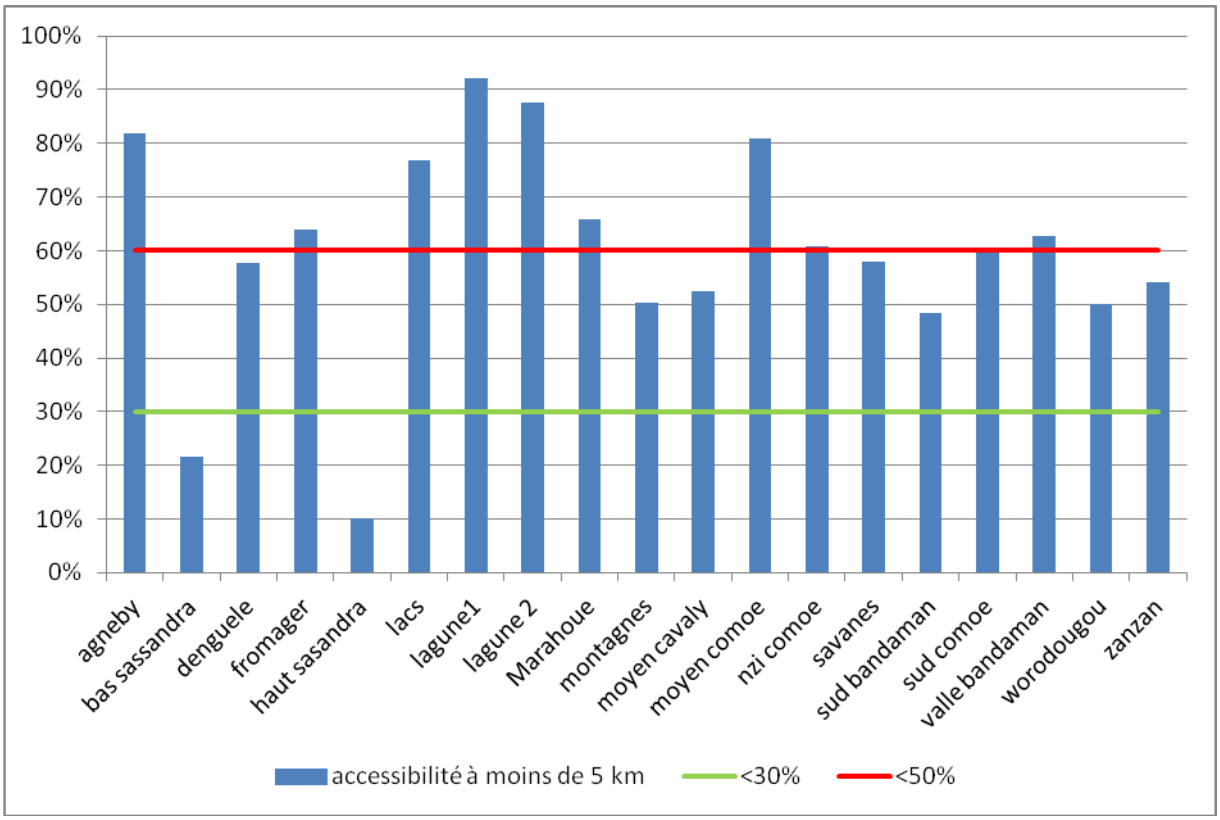
La Côte d'Ivoire dispose d'un important réseau d'établissements de soins aussi bien au niveau du secteur public que du secteur privé. Malgré cet important réseau, la satisfaction des populations n'est pas complètement assurée pour diverses raisons.

En effet, les infrastructures sanitaires sont en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national. Elles sont vétustes et insuffisamment entretenues. On note une grande disparité entre les plateaux techniques des établissements de santé de même niveau dans la pyramide sanitaire. Les plateaux techniques de certains établissements sanitaires sont inadaptés à leur niveau dans la pyramide sanitaire.

En 2007[71], seulement 44% de la population vivait à moins de 5 km d'un établissement sanitaire de premier contact, 27% entre 5 et 15 km, et 29 % étaient dans l'obligation de parcourir plus de 15 km pour avoir accès à un établissement de santé.

[70] CDCP – Morbidity and Mortality weekly report, november 25th 2011
[71] Evaluation du DSRP I, 2008

L'accès aux soins est marqué par une disparité importante. Dans les régions du Bas-Sassandra et du Haut-Sassandra, moins de 30% de la population vivent à moins de 5 Km d'un établissement sanitaire, soit respectivement 21% et 10%. Dans les régions des Montagnes, du Moyen-Cavally, du Sud-Bandama, des Savanes, du Worodougou et du Zanzan moins de 50% de la population vivent à moins de 5 Km d'un établissement sanitaire (graphique n°5).



<u>Graphique n°5</u> : Niveau d'accessibilité géographique aux structures de soins par région sanitaire

L'insuffisance de l'offre de services s'est aggravée à la suite des différentes crises socio-politiques survenues depuis 2000.

Plusieurs centres de santé ruraux ne sont pas raccordés au réseau électrique ou à d'autres sources d'énergie et n'ont pas accès à une source d'eau potable. De nombreux établissements de santé souffrent d'interruptions fréquentes de fourniture en eau et/ou électricité. Parmi eux certains ne disposent pas de source secours pour l'alimentation en eau potable et/ou en électricité.

Les équipements techniques (incinérateurs, groupes électrogènes et fluides médicaux) sont insuffisants et vétustes pour la plupart. Les investissements de l'Etat en matière d'acquisition d'équipements médicaux et biomédicaux sont insuffisants.

Certaines collectivités, des personnes physiques ou personnes morales font des dons d'équipements. Ces dons sont faits en dehors de toute réglementation et ne correspondent pas toujours aux besoins des établissements sanitaires bénéficiaires. Dans certains cas, ces équipements ne sont pas fonctionnels et deviennent des déchets difficiles à éliminer.

Les moyens logistiques composés des infrastructures logistiques (entrepôts et chambres froides), des moyens de transport (ambulances, unités médicales mobiles, véhicules de liaison et motos) sont insuffisants et vieillissants.

Plusieurs partenaires techniques et financiers interviennent dans la réhabilitation et le rééquipement des infrastructures sanitaires ainsi que dans le renouvellement des moyens logistiques.

Les structures qui sont chargées de la gestion du patrimoine sanitaire sont confrontées à un manque de ressources financières et d'outils logistiques (matériels informatiques, logiciel de gestion, matériels roulants, etc.).

Les interventions des collectivités territoriales pour la construction de nouvelles infrastructures sanitaires ne se font pas toujours en coordination avec le MSLS.

Pour assurer la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires, le Ministère en charge de la Santé dispose de 06 Centres Régionaux de l'Equipement, du Matériel, et de la Maintenance (CREMM), 03 Ateliers de Maintenance de District (AMD) et des services techniques dans certains EPN, CHR et HG. Ces unités de maintenance sont sous-équipées, vétustes, en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national.

Sur les 63 agents des CREMM existants, 49 agents sont sous contrat avec une société privée de gestion de main-d'œuvre. Les compétences techniques de ces agents ne sont pas démontrées et évaluées régulièrement.

Les agents des unités déconcentrées de maintenance sont démotivés à cause de leurs difficiles conditions de travail.

Il existe une multitude de circuits d'approvisionnement en pièces de rechange à cause de la diversité des équipements.

Les budgets alloués pour la gestion du patrimoine sont insuffisants et sont logés souvent sur des lignes difficilement mobilisables pour la maintenance des infrastructures et des équipements.

Tous ces problèmes persistent dans un cadre où il n'existe pas de politique nationale de maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires.

2.2.5. Financement de la santé

Les services en charge des Affaires Financières du Ministère en charge de la Santé ont des difficultés à identifier et quantifier les financements affectés et les dépenses réalisées pour chaque activité. Cela s'explique par l'absence d'un système intégré de gestion interne des ressources financières au sein du Ministère en charge de la Santé et de mise à jour des Comptes Nationaux de la Santé (CNS).

En dépit de ces insuffisances, il ressort des CNS 2007-2008, que le financement du système de santé en Côte d'Ivoire est assuré par trois catégories de sources que sont l'Etat, les sources privées constituées par les ménages et les entreprises, et les partenaires au développement (Annexe 9).

L'Etat assure le financement de la santé à travers le Budget Général mis en œuvre par le dispositif de gestion des Finances Publiques. La part annuelle du budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé reste très faible. Elle était de 4% en moyenne de 2006 à 2010 comme l'indique le tableau I. Ce budget est redistribué à tous les établissements de soins et les administrations sanitaires sous son autorité. La contribution de l'Etat reste insuffisante sur cette période par rapport aux recommandations du sommet d'Abuja en 2001 qui est de consacrer 15% du budget de l'Etat à la Santé.

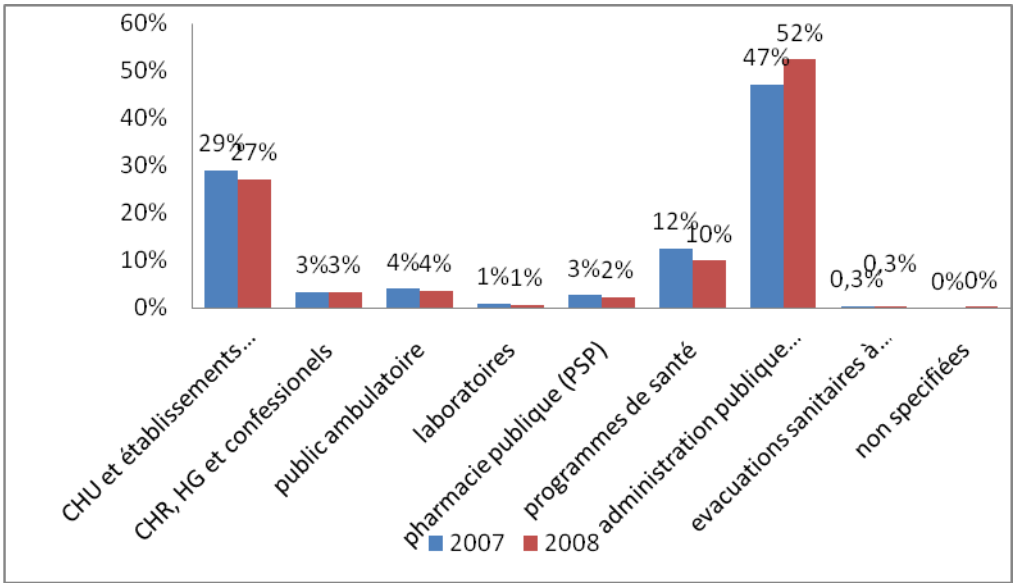
Le Ministère de l'Economie et des Finances alloue également des budgets aux autres ministères techniques qui interviennent dans le secteur de la santé. La contribution de l'Etat dans la dépense totale de santé était de 17% en 2008[72].

Tableau I : Evolution de la part du budget du Ministère de la Santé par rapport au budget de l'Etat

Libellé	2006	2007	2008	2009	2010
Budget de l'Etat exécuté (millions FCFA)	1 875 019,69	1 910 080,70	2 193 149,51	2 428 720,00	2 526 202,18
Budget exécuté MSHP (millions FCFA)	77 354,77	84 296,35	94 587,37	107 676,65	109 293,64
Poids du budget MSHP exécuté dans le budget de l'Etat exécuté	4,13%	4,41%	4,31%	4,43%	4,33%

Source : SIGFIP/MEF/INS

Les dépenses de santé du ministère sont inégalement reparties entre différents postes clés comme indiqués dans le graphique n°6. L'administration publique de santé et les dépenses communes (charges salariales, eau, téléphone et électricité pour l'ensemble des structures publiques) représentaient 47% des dépenses du MSLS en 2007, et 52% en 2008. Au niveau du versant prestataire, le niveau tertiaire avait reçu 29% des fonds en 2007 et 27% en 2008, le niveau secondaire (CHR, HG et hôpitaux confessionnels) avait reçu 3% des fonds et le niveau primaire avait reçu 4% des fonds. La PSP a bénéficié respectivement de 3% et 2% des dépenses totales faites par le ministère en 2007 et 2008. Les programmes de santé publique ont bénéficié quant à eux de 10% et 12% du budget en 2007 et 2008. Tout ceci traduit une forte inadéquation avec les objectifs programmatiques nationaux.



Source : données CNS CI 2007, 2008

Graphique n° 6 : Répartition de la dépense du MSHP par prestataire (en % de la dépense totale)

[72] Compte Nationaux de la Santé 2007-2008

La contribution des ménages au financement de la santé provient de deux sources, le recouvrement des coûts des actes de santé et des médicaments dans les établissements sanitaires publics et les paiements via les assurances privées et les mutuelles d'assurance de santé. Elle représentait respectivement 72% et 69% de la dépense totale de santé en 2007 et 2008. Cette dépense était en moyenne de 20 501 FCFA (45,7 $US) par ménage en 2008 selon les CNS[73] ; elle reflète l'iniquité du système de santé et l'absence de mécanisme de prépaiement. Cette situation met les ménages dans une position de grande vulnérabilité face à la maladie.

Les entreprises participent également au financement de la santé par l'intermédiaire des assurances privées et des impôts. La part des entreprises privées représente 2% des dépenses totales de santé.

La contribution des partenaires dans la dépense totale de santé représentait 9% en 2007 et 13% en 2008[74]. Une part importante de ces fonds mobilisés pour la santé était destinée aux activités de lutte contre le VIH/Sida. En 2008, les partenaires ont consacré leurs appuis financiers aux actions de prévention des maladies transmissibles (37%), à l'achat de médicaments (23%), aux soins de santé maternelle et infantile (12%), aux soins ambulatoires (12%), et aux investissements (11%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des dépenses des bailleurs par fonction

Fonction	2 007	2 008
Hospitalisation	284 067 308	444 409 000
Ambulatoire	9 375 418 586	9 339 055 533
Analyses médicales	239 650 000	287 580 000
Médicaments	9 805 795 932	18 459 344 035
Santé maternelle et infantile	6 650 298 457	9 107 709 403
Prévention des maladies transmissibles	19 151 385 030	28 956 816 044
Prévention des maladies non transmissibles	25 756 269	24 037 540
Promotion de la santé	1 155 553 977	619 575 190
Administration publique de santé	2 361 002 581	3 131 484 858
Formation de capital (investissement)	3 460 511 178	8 603 734 890
Non spécifiées	-	183 373 859
Dépenses totales de santé des bailleurs	**52 509 439 319**	**79 157 120 351**

Source : Données CNS CI, 2007-2008

La dépense totale de santé (toute source confondue) représentait 557,9 milliards de francs CFA en 2007 et 613,4 milliards de francs CFA en 2008.

Dans le cadre du recouvrement des coûts des actes de santé, la redevance est établie sur la base d'une tarification à l'acte pour toutes les activités des établissements de santé. Les tarifs établis depuis 1993 et révisés entre 1994 et 1995, n'ont plus fait l'objet de révision.

Les fonds prélevés par les établissements sanitaires publics sont principalement affectés au paiement des dépenses de fonctionnement et de primes au personnel. Une partie des redevances sert à

[73] Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008

[74] Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008

alimenter les fonds du Trésor. Une autre partie est centralisée pour alimenter le Fonds d'Action Sanitaire (FAS).

En Côte d'Ivoire, la couverture du risque maladie est assurée par plusieurs acteurs à travers les systèmes publics et privés d'assurance.

Au niveau du public la couverture maladie est assurée par la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MUGEFCI) et les autres Mutuelles des agents du secteur public (Mutuelle des Agents du Trésor, Mutuelle des Agents des Impôts, Fonds de Prévoyance de la Police Nationale, Fonds de Prévoyance Militaire, etc.).

Au niveau du secteur privé et assimilé, le système de couverture sociale est assuré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les dispositions légales régissant la Médecine d'Entreprise.

Les régimes d'assurance volontaire sont assurés par les compagnies d'assurance privées et les mutuelles de santé.

Le secteur public ne couvre qu'une certaine proportion des dépenses en médicaments des fonctionnaires, à travers la MUGEFCI. Quant aux assurances privées, elles couvrent le risque maladie moyennant des primes nettement plus élevées. Au total, la proportion de la population effectivement bénéficiaire d'une couverture maladie avoisinait 4% selon les CNS 2007-2008.

Par ailleurs, on dénombre également dans le pays une quarantaine d'organisations mutualistes de divers types répartie en associations de gestion communautaire, en mutuelles d'entreprises, en auto-assurance, en ONG, en associations de santé et en mutuelles de santé ayant concédé la gestion à un opérateur privé.

Au sortir de la crise post-électorale, le Gouvernement a décidé d'apporter un soulagement aux populations en instaurant le 16 avril 2011, pour une période déterminée, la gratuité des soins dans tous les établissements sanitaires publics. Cette mesure a fait l'objet d'un arrêté ministériel, l'arrêté n°001 du 16 avril 2011 portant exemption de paiement au point de service à titre exceptionnel des frais de prise en charge médicale des usagers, dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires.

Si cette mesure a contribué à l'augmentation de la fréquentation des services, elle a occasionné une surexploitation du personnel et du plateau technique, un épuisement rapide des stocks de consommables et un non-respect du système de référence et contre-référence.

Le Gouvernement est passé par la suite à la gratuité ciblée principalement en faveur des femmes enceintes et des enfants de 0-5 ans depuis le 20 février 2012. Ce dispositif constitue une étape de transition vers la Couverture Maladie Universelle.

2.2.6. Information sanitaire

Le système National d'Information Sanitaire (SNIS) est organisé autour des trois niveaux de la pyramide sanitaire où sont produites les données selon un circuit bien défini (Annexe 8).

Un document de politique et un plan stratégique (pour la période 2009-2013) de l'information sanitaire ont été développés. Ils décrivent le circuit, la périodicité de transmission des données, les rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux de la pyramide.

Au niveau de la collecte, la base de données nationale est alimentée par les données de routine des activités sanitaires des ESPC, HG et CHR. Les données des EPN (CHU y compris), du secteur privé lucratif, des autres ministères techniques sont partiellement collectées et non intégrées dans la base. L'information sanitaire se heurte aux problèmes de complétude et de promptitude des données. En outre, certaines données de routine sont insuffisamment ou pas collectées, notamment les données sur les médicaments et intrants stratégiques, les ressources financières. A cela, il faut ajouter le fait que, même s'ils sont standardisés, les outils nationaux de collecte ne sont pas utilisés régulièrement, ne sont pas toujours disponibles et le circuit de l'information n'est pas toujours respecté.

Par ailleurs, on dénombre des circuits d'informations parallèles.

Le système d'information sanitaire souffre d'une insuffisance de ressources matérielles et humaines, d'une insuffisance de dotations budgétaires et de moyens dédiés à la gestion des données (moyens de communication, outils informatiques, cartographies, etc.). Il est également confronté à une irrégularité des supervisions, à une insuffisance de la rétro information, et à une insuffisance de l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision.

Au niveau informatique, deux applications SIGVISION et SIGDEP permettent de gérer l'information sanitaire. SIGVISION agrège tous les indicateurs de santé et permet la gestion des données au niveau établissement, district, région et au niveau central. SIGDEP sert à l'informatisation du dossier de prise en charge du patient vivant avec le VIH et est présent au niveau de certains établissements sanitaires.

La recherche opérationnelle sur le système de santé et les maladies prioritaires est peu développée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire notamment au niveau de l'Institut National de Santé Publique (INSP), des districts sanitaires et des programmes prioritaires de santé. L'insuffisance de capacité des coordonnateurs des services de santé et de dotations budgétaires dédiées à la recherche opérationnelle compromettent cette activité. A cela s'ajoute une insuffisance dans l'organisation et l'utilisation des résultats en la matière liée principalement à l'absence d'un système de centralisation des résultats des études et enquêtes.

2.3. Défis majeurs du système de santé

2.3.1. Au niveau de la gouvernance et du leadership

Les défis en termes de gouvernance devront concerner le renforcement du cadre institutionnel et des capacités des structures gestionnaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la contractualisation avec le secteur privé, l'opérationnalisation de la décentralisation en matière de santé, la mise en œuvre de la démarche qualité à tous les niveaux du système de santé et l'amélioration de la régulation du secteur.

Concernant le leadership, le défi portera sur la mise en place d'un cadre unique de coordination des interventions des PTF, en vue d'améliorer l'efficacité et l'alignement de l'aide sur les stratégies nationales de développement. Ce cadre pourra se traduire par la signature d'un Compact national.

2.3.2. Au niveau des prestations des services de santé

Les défis concernant les prestations de services consisteront à offrir à toute la population, au niveau de tous les établissements de santé, un paquet de services intégrés, complets, continus, de qualité, et répondant à leurs besoins sanitaires.

2.3.3. Au niveau des ressources humaines de la santé

Le défi capital à relever dans le domaine des RHS consistera à améliorer durablement, quantitativement et qualitativement, la disponibilité, l'utilisation efficiente et la répartition équitable de ressources humaines de la santé motivées dans le dispositif de gestion du secteur. Ceci permettra de contribuer à l'accroissement de la performance du système de santé.

2.3.4. Au niveau des médicaments, intrants stratégiques, infrastructures, équipements et matériels

- **Au niveau des médicaments et intrants stratégiques**

Les défis du secteur pharmaceutique concerneront le renforcement de la régulation du secteur, la réforme de la PSP, la disponibilité permanente des médicaments, des intrants stratégiques, des vaccins ainsi que la production et la traçabilité du sang et des produits sanguins.

- **Au niveau des infrastructures, équipements et matériels**

Le principal défi consistera à assurer de façon durable la disponibilité et la qualité de l'offre de soins.

2.3.5. Au niveau du financement de la santé

Les principaux défis sont de parvenir à un ajustement du financement de la santé pour atteindre les objectifs du secteur, d'assurer le contrôle de l'exécution des dépenses publiques de santé et d'accroître la part du budget de l'Etat dans le financement de la santé en vue de tendre vers une couverture universelle.

2.3.6. Au niveau de l'information sanitaire

Les défis du SNIS concernent la disponibilité de l'information de qualité à temps pour la prise de décision.

Quant à la recherche opérationnelle, le défi sera de la promouvoir, en initiant des études et enquêtes axées sur les problèmes prioritaires de santé et en utilisant leurs résultats dans le processus de prise de décision au niveau de chacune des structures du Ministère en charge de la Santé.

3. CHAPITRE III : VISION

Sur la base de sa Politique Nationale de Santé, l'Etat de Côte d'Ivoire s'engagera résolument à travers le PNDS 2012-2015 dans un processus dynamique de réformes pour la mise en place de façon durable d'un système de santé intégré, responsable et efficient, permettant d'offrir des soins promotionnels, préventifs, curatifs, de qualité, géographiquement et financièrement accessibles à tous avec la participation effective et responsable de tous les acteurs.

Ainsi, la vision du secteur est celle d'**un système de santé performant à même de garantir à tous les citoyens particulièrement les populations les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.**

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

Elle est aussi guidée par un certain nombre de principes:

- un **leadership fort** se traduisant par un ferme engagement politique, une meilleure coordination des interventions des structures sous tutelle du Ministère en charge de la Santé d'une part et des partenaires techniques et financiers du système de santé d'autre part ; cela par la mise en œuvre d'un Compact national, à travers des mécanismes forts de coordination et de redevabilité, un financement consolidé, et un plan de suivi-évaluation unique et consensuel ;
- une **meilleure gouvernance du secteur** se traduisant par la rigueur et la transparence dans la gestion et un contrôle permanent à tous les niveaux;
- la réaffirmation claire et sans ambiguïté d'**un système de santé basé sur les Soins de Santé Primaires**, orientés vers la satisfaction des besoins sanitaires des populations à travers la mise en œuvre effective des paquets minimums d'activités et le renforcement de l'opérationnalisation des Directions Régionales et Districts Sanitaires;
- **des prestations de santé de qualité optimale, intégrées, continues et rationnelles** centrées sur la personne à tous les échelons de la pyramide sanitaire, intégrant leur délivrance au niveau communautaire, la relance des stratégies avancées et mobiles, l'application effective du système de référence et contre-référence et une meilleure organisation des services;
- **le respect des engagements internationaux** notamment l'atteinte des OMD, la mise en œuvre de la Déclaration de Paris en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide au développement en matière d'appropriation, d'alignement et d'harmonisation;
- **la participation communautaire** pour améliorer l'accessibilité des populations aux services de soins de santé primaires et restaurer la confiance des usagers dans les services publics de santé**;**
- **et la décentralisation** en matière de planification, de gestion et de prise de décision, dans le cadre de la loi et sous le contrôle du Ministère en charge de la Santé, pour mieux adresser les problèmes sanitaires des populations au niveau local.

4. CHAPITRE IV : ORIENTATIONS STRATEGIQUES

4.1. Objectif général

L'objectif général du PNDS 2012-2015 est d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations.

4.2. Objectifs spécifiques

Pour atteindre cet objectif général, cinq objectifs spécifiques ont été définis:

- **Objectif spécifique 1** : Renforcer la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la Santé ;
- **Objectif spécifique 2** : Améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité ;
- **Objectif spécifique 3** : Améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans ;
- **Objectif spécifique 4** : Renforcer la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales ;
- **Objectif spécifique 5** : Renforcer la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité.

4.3. Résultats attendus

Les préoccupations du Gouvernement en matière de santé, pour satisfaire la demande de soins des populations sont considérables et touchent toutes les composantes du système de santé. Les défis en la matière devront conduire le Gouvernement à tout mettre en œuvre pour rendre performant le système de santé, de sorte qu'il soit capable de garantir non seulement un accès aux soins de santé, notamment aux populations les plus vulnérables, mais aussi un niveau de santé acceptable.

Aussi, pour relever ces défis et concrétiser la vision de développement sanitaire du pays, un ensemble de résultats est visé. Ces résultats sont hiérarchisés selon la logique de la chaîne des résultats en impact, effets, extrants, actions ou interventions.

4.3.1. Impact ou résultat stratégique

Le résultat stratégique attendu au terme de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire est libellé comme suit :

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

4.3.2. Effets

Ce résultat stratégique sera atteint à travers les effets suivants :

- **Effet 1 : La gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la santé sont renforcés,**
- **Effet 2 : L'offre et l'utilisation des services de santé de qualité sont améliorées,**
- **Effet 3 : La santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans sont améliorées,**
- **Effet 4 : La lutte contre la maladie et les infections nosocomiales est renforcée,**
- **Effet 5 : La prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité sont renforcées.**

4.3.3. Extrants

Chaque effet sera réalisé à travers un certain nombre d'extrants. Chaque extrant sera soutenu par des interventions.

- L'effet 1 concernant **le renforcement de la gouvernance du secteur de la santé et du leadership du Ministère de la santé** sera réalisé par les extrants suivants :
    - le cadre institutionnel du système de santé est renforcé
    - le cadre gestionnaire du système de santé est amélioré,
    - la disponibilité de l'information sanitaire de qualité est améliorée.

Plusieurs interventions concourent à la réalisation des extrants ci-dessus cités.

Le renforcement du cadre institutionnel du système de santé consistera à (i) élaborer et adopter un projet de loi d'orientation en santé publique et un projet de loi portant Code de la Santé Publique y compris l'hygiène publique et la santé environnementale ;ces projets de loi d'orientation porteront sur la définition des rôles et responsabilités des acteurs du système sanitaire, (ii) élaborer d'autres textes législatifs et réglementaires indispensables au renforcement du cadre institutionnel du système de santé, (iii) réviser certains textes et renforcer l'application des textes normatifs et des directives du système de santé déjà existants, notamment sur la définition des normes sanitaires et sur le cadre normatif d'accompagnement de l'action des entités territoriales décentralisées, (iv) développer le Partenariat Public-Privé (PPP) et (v) suivre et évaluer le PNDS.

L'amélioration du cadre gestionnaire du système de santé se fera à travers un certain nombre d'actions. Il faudra (i) renforcer les mécanismes de coordination intra et intersectoriels des interventions de tous les acteurs du système de santé à travers la signature du Compact national, (ii) actualiser les outils de gestion du secteur avec notamment la mise en place d'un cadre unique de planification et de suivi-évaluation, (iii) renforcer la déconcentration du système de santé en ressources humaines, matérielles et financières pour rendre opérationnels les DRS et DDS et permettre l'élaboration de plans de développement sanitaires régionaux et départementaux intégrant tous les programmes prioritaires de santé, (iv) renforcer les capacités gestionnaires des acteurs du système de santé en matière de planification, de supervision, de monitorage, de contrôle, de suivi et évaluation dans le sens d'une gestion axée sur les résultats à tous les niveaux de la

pyramide sanitaire, et (v) améliorer la gouvernance globale du secteur par une utilisation rationnelle et transparente des ressources à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; ceci implique l'élaboration périodique et la mise à jour des Comptes Nationaux de la Santé, de la Revue des Dépenses Publiques, du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), des Etudes de Suivi des Dépenses à Destination et le développement de mécanismes de redevabilité.

L'amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire de qualité consistera à (i) renforcer l'intégration des sources de production de données (niveaux primaire, secondaire et tertiaire, des secteurs privés lucratif et non lucratif, parapublic et niveau communautaire), (ii) améliorer le circuit et la transmission des données par le respect du circuit et du délai de transmission des données de routine dans leur globalité, (iii) renforcer les capacités des acteurs de santé à l'utilisation du Système d'Information et de Gestion (SIG) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iv) renforcer le système d'alerte précoce par une meilleure convergence et agrégation des informations sanitaires afin de garantir une veille sanitaire suffisamment sensible et crédible, (v) développer la recherche opérationnelle en santé, (vi) élaborer la carte sanitaire.

- Pour réaliser l'effet 2 concernant l'**amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de santé de qualité,** cinq extrants ont été retenus :

  - le niveau et l'efficience du financement du secteur de la santé sont améliorés ;
  - l'offre des services de santé est accrue ;
  - les ressources humaines de la santé sont disponibles et performantes ;
  - la disponibilité et l'accessibilité à des médicaments, des vaccins et des autres intrants stratégiques de qualité sont améliorées ;
  - les prestations des services de santé de qualité sont améliorées.

Pour l'amélioration du financement du secteur et de la gestion des ressources financières, il faudra (i) accroître le financement de la santé par la mobilisation des ressources internes et externes, (ii) renforcer l'intégration du financement de la santé, (iii) allouer les ressources en donnant la priorité aux soins de santé primaires (niveau périphérique) et en tenant compte de la performance des établissements et (iv) contrôler l'utilisation des ressources financières.

Pour soutenir l'accroissement de l'offre des services de santé, il s'agira d'améliorer la couverture nationale et la disponibilité des services de santé. Les actions seront (i) réhabiliter, rééquiper et mettre aux normes les établissements de santé, (ii) corriger les disparités régionales et combler les poches de silence sanitaire, (iii) créer de nouveaux établissements sanitaires spécialisés, (iv) renforcer les stratégies avancées et mobiles, (v) renforcer la gestion et la maintenance des infrastructures, des équipements et des installations techniques.

L'amélioration de la couverture nationale et de la disponibilité des services de santé consistera à réhabiliter et rééquiper les structures de santé, à corriger les disparités régionales et à combler les poches de silence sanitaire. Par ailleurs, pour permettre une meilleure prise en charge des malades du cancer et réduire le coût des évacuations dans ce cadre, la construction d'un centre de médecine nucléaire et d'un centre national de radiothérapie et d'oncologie médicale s'avèrera nécessaire. De même, pour étendre la prise en charge des malades souffrant d'insuffisance rénale, un centre national d'hémodialyse sera construit.

Un accent sera également mis sur la modernisation et l'harmonisation des plateaux techniques et sur l'amélioration de l'environnement de travail des praticiens. De plus, des établissements de santé qui ne le sont pas encore, seront raccordés à une source d'énergie et/ou à une source d'eau potable.

En ce qui concerne l'accessibilité géographique, un plaidoyer sera fait pour que les voies impraticables empêchant l'accès des patients ou leur évacuation vers des centres de référence, soient reprofilées et/ou bitumées.

Pour ce qui est du patrimoine sanitaire, les structures en charge de sa gestion verront leurs capacités renforcées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit de la DIEM au niveau central, des DRS et des CREMM au niveau intermédiaire et des DDS et des AMD au niveau périphérique. Enfin, les unités déconcentrées de maintenance (6 CREMM et 3 AMD) seront réhabilitées et rééquipées et trois (3) nouveaux CREMM seront construits et équipés à Abidjan, Bouaké et Korhogo.

Par ailleurs, une réforme de la DIEM sera engagée pour lui permettre d'assurer le leadership dans la réalisation, la gestion et la maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires.

Pour l'amélioration de la disponibilité et la performance des ressources humaines en santé, l'Etat devra (i) engager les reformes nécessaires pour la mise en place d'un cadre institutionnel adéquat en vue d'une gestion efficiente des RHS notamment par la mise en place d'une fonction publique hospitalière et la mise en œuvre de l'approche du financement basé sur la performance (PBF), (ii) assurer l'adéquation quantitative et qualitative entre la production des RHS et les besoins du système sanitaire en vue d'une répartition équitable des RHS sur l'ensemble du territoire, (iii) renforcer les capacités humaines des structures en charge de la gestion des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iv) assurer la formation continue des RHS et (v) redynamiser le Système d'Information et de Gestion des RHS (SIG-RHS) au niveau central et déconcentré par la formation des acteurs, l'extension du logiciel à toutes les structures et le suivi-évaluation.

Pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments, des vaccins et des autres intrants stratégiques de qualité, il s'agira de (i) engager la réforme de la PSP pour la rendre plus autonome et plus performante notamment en procédant à sa recapitalisation, (ii) renforcer la régulation du secteur pharmaceutique, (iii) assurer la disponibilité des médicaments et intrants stratégiques de qualité aussi bien au niveau de la PSP qu'au niveau périphérique notamment par l'augmentation de la contribution de l'Etat, une meilleure quantification des besoins, une gestion plus rigoureuse des produits pharmaceutiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le renforcement de la logistique de la PSP et la déconcentration de la PSP, (iv) augmenter la production de poches de sang et de produits sanguins sécurisés, (v) assurer l'accessibilité financière des médicaments, vaccins, et autres intrants stratégiques de qualité aux populations par le respect des prix homologués, (vi) garantir la qualité des médicaments, vaccins et intrants stratégiques, (vii) promouvoir l'usage du médicament générique, (viii) promouvoir l'usage rationnel des médicaments et des produits sanguins, (ix) promouvoir l'industrie pharmaceutique locale, (x) assurer la traçabilité des médicaments du sang et des produits sanguins ainsi que la pharmacovigilance et l'hémovigilance.

Quant à l'amélioration des prestations des services de santé de qualité, elles se fera par les actions suivantes : (i) assurer la dispensation effective du PMA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en mettant l'accent sur l'offre intégrée de soins de santé , (ii) renforcer la prise en charge correcte des cas de maladie, par la formation du personnel, la recherche opérationnelle y compris la pharmacopée et la médecine traditionnelle et par l'application des protocoles et normes en vigueur, (iii) renforcer les stratégies mobiles et avancées, (iv) renforcer les interventions du niveau

communautaire (PFE, PCIMNEc, FARN[75]), (v) améliorer les conditions d'hébergement des patients ainsi que l'environnement de travail des praticiens, (vi) mettre en œuvre la démarche qualité au sein de tous les établissements de soins, (vii) opérationnaliser le système de référence et contre-référence, (viii) mettre en œuvre le partenariat Public-Privé (PPP) notamment à travers la contractualisation et (ix) renforcer l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets médicaux dans les structures sanitaires.

- Pour réaliser l'effet 3 concernant **l'amélioration de la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans,** deux extrants ont été retenus :

  - la santé de la mère est améliorée,
  - la santé des enfants de moins de 5 ans est améliorée.

La santé maternelle sera améliorée à travers la maternité à moindre risque par les interventions suivantes: (i) rendre disponibles les services intégrés de prise en charge de la santé de la mère , (ii) promouvoir la planification familiale y compris la prévention positive, (iii) améliorer la couverture vaccinale en VAT 2+, (iv) assurer l'assistance qualifiée à tous les accouchements, (v) renforcer les capacités du personnel de santé à la prise en charge correcte des parturientes et des mères (SONU).

La santé des enfants de moins de cinq ans sera améliorée par les interventions à haut impact suivantes: (i) rendre disponibles les services de Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau né et de l'Enfant (PCIMNE) au sein des établissements sanitaires et dans la communauté, (ii) promouvoir les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) favorables à la santé infantile, (iii) améliorer la couverture vaccinale des maladies cibles du PEV, (iv) renforcer les capacités du personnel de santé à la prise en charge correcte des pathologies de l'enfant.

- Pour la réalisation de l'effet 4 lié au **renforcement de la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales,** six extrants ont été retenus :

  - l'efficacité de la réponse nationale face au VIH/Sida est renforcée,
  - la lutte contre le paludisme est renforcée,
  - la lutte contre la tuberculose est renforcée,
  - la lutte contre la malnutrition est renforcée,
  - la lutte contre les infections nosocomiales est renforcée,
  - la lutte contre les autres maladies est renforcée.

Pour renforcer l'efficacité de la réponse nationale face au VIH/Sida, les actions consisteront à : (i) intensifier la prévention du VIH et des IST auprès de la population et particulièrement des populations les plus exposées aux risques de transmission du VIH, (ii) renforcer les interventions d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, (iii) accroître l'accès au traitement antirétroviral et la prise en charge des IST, (iv) impliquer davantage la communauté dans la prise en charge psychosociale, socio-économique, juridique et le continuum de soins, (v) renforcer la coordination pour une réponse nationale adaptée.

[75] FARN : Foyer d'Animation et de Réhabilitation Nutritionnelle

La lutte contre le paludisme sera renforcée à travers une politique efficace de prévention et de traitement. Les actions consisteront à : (i) rendre disponibles les MILDA et les autres moyens de lutte anti vectorielle, (ii) renforcer la communication et la mobilisation sociale, (iii) rendre disponible la Sulfadoxine + Pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent, (iv) rendre disponibles les autres médicaments antipaludiques (CTA, Quinine…) et les intrants pour le diagnostic biologique du paludisme (Tests de Diagnostic Rapides (TDR), réactifs et consommables) pour la prise en charge correcte des cas, (v) renforcer l'utilisation des TDR pour le diagnostic biologique du paludisme, (vi) renforcer les capacités des acteurs (personnel de santé et relais communautaires) à la prise en charge correcte des cas.

La lutte contre la tuberculose sera renforcée à travers l'amélioration du dépistage, du traitement et de la qualité de la prise en charge thérapeutique par la stratégie DOTS. A cet effet, les actions retenues sont : (i) rendre disponibles les médicaments antituberculeux, les réactifs et consommables au niveau des centres de prise en charge, (ii) renforcer les capacités des centres de prise en charge de la tuberculose, (iii) étendre le réseau de CDT et CAT, (iv) assurer la prise en charge de la tuberculose multirésistante et lutter contre la transmission nosocomiale de la tuberculose, (v) renforcer la lutte conjointe TB/VIH, (vi) renforcer les capacités des agents de santé et des acteurs communautaires, (vii) renforcer la mobilisation sociale et (viii) renforcer la surveillance du niveau de résistance aux antituberculeux.

La lutte contre la malnutrition est renforcée à travers plusieurs actions**.** Il s'agira de (i) rendre disponibles les services de nutrition dans les structures de prise en charge (centres sociaux, milieu scolaire, milieu carcéral, etc.), (ii) assurer la supplémentation en micronutriments (Fer, Acide folique, vitamine A, etc.) des cibles (mère, enfant, PIAVIH, élève) et le déparasitage, (iii) promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles y compris les Actions Essentielles en Nutrition et les "cinq clés pour des aliments sûrs", (iv) promouvoir la fortification obligatoire des aliments et (v) renforcer le cadre de surveillance nutritionnelle et d'alerte précoce dans le cadre du SNIS.

Pour renforcer l**a lutte contre les infections nosocomiales**, les actions retenues sont (i) renforcer les capacités des personnels de santé en Hygiène Hospitalière et Gestion des Déchets Médicaux (HHGDM), (ii) promouvoir les règles d'hygiène et procédures en milieu hospitalier, (iii) diffuser les normes et procédures en matière de HHGDM, (iv) renforcer le cadre de suivi et évaluation en matière de HHGDM.

Pour renforcer l**a lutte contre les autres maladies**, les actions retenues sont (i) renforcer la lutte contre les maladies tropicales négligées, (ii) renforcer la lutte contre les autres maladies transmissibles, (iii) renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles.

- Enfin les extrants liés à l'effet 5 sur **le renforcement de la prévention, de la promotion de la santé et de la médecine de proximité** sont :

  - l'utilisation des services de santé est accrue ;
  - les comportements et modes de vie favorables à la santé sont adoptés.

Pour accroître l'utilisation des services de santé, les actions consisteront à (i) renforcer les actions de changement de comportement des personnels de santé, (ii) renforcer l'appropriation et la participation communautaire, (iii) renforcer les activités en stratégies mobiles (cliniques mobiles), (iv)

renforcer les mesures de prévention, (v) développer/renforcer les capacités opérationnelles dans le domaine de l'hygiène publique, (vi) sensibiliser la population.

Pour l'adoption des comportements et modes de vie favorables à la santé, les actions consisteront à (i) promouvoir des comportements propices à l'hygiène de vie, à l'hygiène individuelle et collective y compris l'hygiène alimentaire et l'assainissement du milieu, et (ii) sensibiliser la communauté sur les facteurs de risque.

5. CHAPITRE V : BESOINS EN RESSOURCES DU PNDS

5.1. Besoins en ressources humaines

Le diagnostic dans le domaine des RHS a révélé un déficit important en personnel paramédical et médical. Par ailleurs, en fonction des investissements prévus pour améliorer l'offre de soins dans le cadre du PNDS 2012 – 2015, il sera nécessaire d'effectuer un recrutement suffisant en personnel de santé pour y faire face. Par ailleurs, en raison de l'accroissement de la population, il faut une disponibilité importante en ressources humaines de santé dans le système sanitaire. Selon les recommandations de l'OMS, pour permettre l'atteinte des OMD en 2015, il faut 2,5 agents de santé pour 1000 habitants. Or, l'effectif actuel des personnels de santé rapporté à la population totale donne un ratio de 1,3 agents de santé pour 1000 habitants.

Les investissements du PNDS devraient permettre à la Côte d'Ivoire de relever sensiblement son ratio actuel pour le porter autour 1,4 agents de santé pour 1000 habitants ; soit un total de 15 163 personnels à recruter sur la période 2012-2015 tel que indiqué à l'annexe 4.

5.2. Besoins en ressources matérielles

Les opérations de réhabilitation et de rééquipement concernent 600 ESPC, les 4 CHU, les 6 Instituts spécialisés de soins et leurs antennes (ICA, CNTS, IRF, LNSP, INSP, INHP), les 17 CHR, 55 Hôpitaux généraux, les antennes INFAS de Bouaké et de Korhogo, 11 DRS, 24 DDS, 6 CREMM, 3 AMD.

Pour la période 2012-2015, la mise aux normes des plateaux techniques des établissements existants concerne les CHR d'Agboville, Bondoukou, Guiglo, Gagnoa, Dimbokro, Bouaflé, Odienné, San-Pédro, Séguéla et Touba. Elle concerne également 43 hôpitaux généraux existants et les 5 FSU d'Abidjan érigés en HG en 2007.

Afin de corriger les disparités régionales et de combler les poches de silence sanitaire, la réalisation d'au moins 450 ESPC supplémentaires s'avère nécessaire. Une attention particulière sera accordée aux grands centres urbains comme Abidjan et Bouaké, aux zones périurbaines défavorisées et aux régions de l'Ouest et du Centre-Est où l'on observe un déficit important en établissements sanitaires de premier contact.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers de référence, la création de 4 CHR et 12 HG sera favorisée dans la perspective d'une meilleure complétude des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans le même esprit de complétude de la pyramide sanitaire, 5 antennes régionales de la PSP seront construits à Abengourou, Korhogo, Man, San-Pédro et Yamoussoukro.

En ce qui concerne l'administration sanitaire, un bâtiment des programmes prioritaires de santé sera construit ainsi que 9 DRS et 20 DDS.
Des établissements spécialisés dans certaines régions du pays seront créés : un Institut de Cardiologie et un Centre d'Hémodialyse à Bouaké, 4 Centres Régionaux de Transfusion Sanguine à Daoukro, Bouna, Ferkessédougou, Odienné, 3 Services d'Aide Médicale d'Urgence à San-Pedro, Abengourou, Man, un centre de médecine nucléaire et un Centre de cancérologie et d'oncologie médicale à Abidjan.

Dans l'impossibilité d'assurer une couverture géographique adéquate en tous les points du pays, il est également envisagé le déploiement de 20 unités mobiles légères, 30 ambulances médicalisées, 200 ambulances de transfert, 4 hors bords médicalisés, 2 hélicoptères médicalisés pour les évacuations des blessés de route. Pour les équipes de terrain, 2000 motos et 3000 vélos seront acquis. Pour améliorer la mobilité des équipes de coordination, de supervision et d'inspection, 100 véhicules type 4x4 et 100 véhicules de tourisme seront acquis.

6. CHAPITRE VI : PLAN DE FINANCEMENT DU PNDS

6.1. Mécanisme de financement du PNDS 2012-2015

La mise en œuvre des interventions décrites, au cours des quatre prochaines années passera par la garantie des dépenses d'investissement y compris la formation du personnel et des dépenses de fonctionnement salariales et non salariales.

Le financement de ces différentes rubriques sera basé sur le partage des coûts entre l'Etat, les collectivités, les ménages et le secteur privé ainsi que les partenaires au développement.

Le budget alloué annuellement au Ministère chargé de la Santé sera réparti entre investissement et fonctionnement à toutes les structures aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Les dépenses d'investissement seront consacrées à la construction ou à la réhabilitation des infrastructures, à l'équipement, au matériel et moyens de transports, à la formation continue.

Les dépenses de fonctionnement supportées par le budget de l'Etat seront complétées par les recettes générées par le système de recouvrement des coûts. Ces fonds serviront au recrutement du personnel, au paiement des salaires des RHS et à supporter les charges récurrentes, la maintenance, les pièces de rechange et les outils de gestion, l'achat de fourniture de bureau, l'achat des médicaments et autres intrants stratégiques, les frais de supervision, monitorage, inspection, contrôle, suivi-évaluation et les primes.

Le ministère s'attèlera à une meilleure détermination des besoins financiers afin de rationaliser les ressources du secteur.

Dans le cadre de la mobilisation des ressources extérieures, des démarches seront entreprises auprès des opérateurs économiques nationaux du secteur privé pour les inciter à contribuer au financement du secteur de la santé par la contractualisation.

L'élaboration d'un CDMT clair et cohérent pour les interventions retenues, permettra une mobilisation plus accrue de ressources financières auprès des partenaires nationaux et extérieurs. Pour permettre le financement de ce plan, le CDMT sera élaboré sur une base triennale.

Le Gouvernement assurera la qualité des dépenses en veillant au respect strict des priorités et des procédures. Dans ce cadre, des contrôles et audits des dépenses seront réalisés selon une périodicité définie. D'autres mécanismes de contrôle seront développés en accord avec les partenaires du secteur.

Dans le cadre de la décentralisation, les collectivités territoriales participeront au financement local du salaire du personnel contractuel, à la construction, à l'équipement et à la maintenance des infrastructures.

Les partenaires au développement seront encouragés à poursuivre leurs aides conformément à l'engagement pris lors des Déclarations de Paris et d'Accra. A cet effet, leurs contributions à la mise en œuvre de ce PNDS se feront dans le cadre des interventions retenues pour les quatre années à venir. Ainsi comme recommandé par le Partenariat International pour la Santé, les mécanismes mis en place devront permettre une meilleure utilisation des fonds existants par une coordination améliorée entre les partenaires et l'Etat. Par ailleurs, un accroissement des investissements des PTF pour les interventions retenues dans le cadre du PNDS 2012-2015 est souhaitable. Pour mettre en œuvre le PNDS, un cadre de partenariat sera mis en place à travers la signature du Compact national.

Les ménages continueront à participer au financement du PNDS par le biais du recouvrement des coûts des actes non concernés par les subventions et des systèmes de prépaiement (assurance-maladie, mutuelles) en attendant un système de couverture universelle.

Les modalités de financement seront périodiquement revues et améliorées pour permettre un financement global du PNDS et assurer l'équité dans l'offre des services.

6.2. Détermination du Coût total du PNDS

Le coût total[76] de la mise en œuvre du PNDS a été déterminé à partir du coût de base ou niveau de financement actuel de la santé et le coût additionnel.

6.2.1. Couts de base

Le niveau de financement de base de la santé est estimé à 278 milliards de FCFA selon la Revue des Dépenses Publiques du secteur santé 2009. Il correspond aux contributions actuelles du Gouvernement, des partenaires et du recouvrement des coûts. Ce qui signifie qu'en l'absence de besoins additionnels pour le secteur, ce montant devrait être reconduit annuellement jusqu'en 2015, soit un total de 1112 milliards de FCFA pour les quatre années de mise en œuvre du PNDS.

6.2.2. Couts additionnels

Du fait de l'engagement du Gouvernement ivoirien pour accélérer le progrès vers l'atteinte des OMD à l'horizon 2015 incluant le renforcement du système de santé, des ressources additionnelles sont requises.

L'estimation financière de ces ressources additionnelles indique un montant de 85, 109, 152 et 158 milliards de francs CFA respectivement pour les années 2012, 2013, 2014 et 2015, soit un total de 504 milliards pour les quatre années. Il correspond globalement au montant à mobiliser pour la mise en œuvre du PNDS.

6.2.3. Coût total du PNDS

Le coût total requis pour la mise en œuvre du PNDS obtenu à partir de la somme du coût de base et du coût additionnel est estimé à environ **1616, 878 945 milliards de FCFA** pour les quatre années.

[76] Le logiciel MBB a été utilisé pour l'estimation des coûts du PNDS 2012-2015

Tableau III : Coût total du PNDS par habitant

Coût total du PNDS par type de dépenses	2012	2013	2014	2015	Total
Cout de base (milliers FCFA)	278 100 000	278 100 000	278 100 000	278 100 000	1 112 400 000
Cout additionnel (milliers FCFA)	84 652 606	108 748 875	152 675 859	158 401 605	504 478 945
Coût Total (milliers FCFA)	**362 752 606**	**386 848 875**	**430 775 859**	**436 501 605**	**1 616 878 945**

La répartition du coût total du PNDS par type de dépense (tableau IV) indique que les investissements occuperont 28 % des dépenses soit près de 449 milliards de FCFA. Ces dépenses d'investissement prennent en compte les constructions, les réhabilitations et les équipements nécessaires pour la remise à niveau des infrastructures sanitaires dégradées pendant ces années de crise.

Pour les dépenses de fonctionnement (médicaments, sensibilisation, supervision, monitorage etc.), il faudra environ 799 milliards de FCFA pour les quatre années, soit une proportion de 49%. Concernant le personnel, 23% des dépenses soit 367 milliards de FCFA seront nécessaires pour les salaires et le renforcement des capacités.

Tableau IV : Coût total du PNDS par type de dépenses (milliers de FCFA)

Coût total du PNDS par type de dépenses	2012	2013	2014	2015	Total
Investissement	**154 367 683**	**129 052 230**	**104 712 892**	**61 5526 917**	**449 659 722**
Infrastructure	115 816 868	88 014 011	66 168 362	28 881 587	298 880 828
Equipement et matériel	38 550 815	41 038 219	38 544 530	32 645 330	150 778 894
Fonctionnement	**153 274 607**	**184 285 213**	**215 795 819**	**246 306 425**	**799 662 064**
Gestion et administration	57 605 957	65 153 913	72 701 870	80 249 826	275 711 566
Médicaments, vaccins et intrants essentiels	89 791 229	112 938 458	136 585 687	159 232 916	498 548 290
Promotion de la demande	5 877 421	6 192 842	6 508 262	6 823 683	25 402 208
Personnel	**55 110 316**	**73 511 432**	**110 267 148**	**128 668 263**	**367 557 159**
Salaire et Motivation	50 104 375	66 836 751	100 255 126	116 987 501	334 183 753
Renforcement des capacités	5 005 941	6 674 681	10 012 022	11 680 762	33 373 406
Total	**362 752 606**	**386 848 875**	**430 775 859**	**436 501 605**	**1 616 878 945**

Selon les répartitions mentionnées dans le tableau V, les dépenses consacrées au renforcement de l'offre de soins occuperont la plus grande proportion du coût total du PNDS. Ainsi donc, le poste de dépense que constitue l'effet 2 représentera 53% du coût total soit près de 863 milliards de FCFA pour les quatre années. Le second poste de dépense sera occupé par l'effet 4 destiné à la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales avec 524 milliards de FCFA soit 32%. L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant occupera 8% des dépenses soit 134 milliards de FCFA.

Tableau V : Coût total du PNDS selon les effets (milliers de FCFA)

Coût PNDS par effet	2012	2013	2014	2015	Total
1. La gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la santé sont renforcés	14 154 272	15 091 918	16 222 766	28 185 545	73 654 501
2. L'offre et l'utilisation des services de santé de qualité sont améliorées	244 192 051	220 489 812	227 549 079	170 938 634	863 169 576
3. La santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans sont améliorées	17 588 381	31 370 630	34 028 878	51 323 676	134 311 565
4. La lutte contre la maladie et les infections nosocomiales est renforcée	81 677 525	114 658 519	147 639 514	180 620 508	524 596 066
5. La prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité sont renforcées	5 140 377	5 237 996	5 335 622	5 433 242	21 147 237
Total	**362 752 606**	**386 848 875**	**430 775 859**	**436 501 605**	**1 616 878 945**

Concernant les extrants (tableau VI), les répartitions montrent que les dépenses liées à l'accroissement de l'offre de soins seront les plus importantes avec 280 milliards de FCFA soit 17%. Les second et troisième postes seront occupés respectivement par les dépenses liées aux ressources humaines avec 257 milliards de FCFA soit 16% et les dépenses destinées à rendre disponibles les médicaments, les vaccins et les autres intrants avec 240 milliards de FCFA soit 15%. Les dépenses réservées au renforcement de la réponse nationale face au VIH/Sida et à la lutte contre le paludisme représentent également, une part importante du coût total avec respectivement 201 (12%) et 160 (10%) milliards de FCFA.

Tableau VI: Coût total du PNDS selon les extrants (en milliers de FCFA)

Coût PNDS par extrant	2012	2013	2014	2015	Total
1.1 Le cadre institutionnel du système de santé est renforcé	779 872	550 180	515 525	186 235	2 031 812
1.2 Le cadre gestionnaire du système de santé est amélioré	8 144 634	9 233 103	9 302 384	20 495 817	47 175 939
1.3 La disponibilité de l'information sanitaire de qualité est améliorée	5 229 766	5 308 635	6 404 857	7 503 493	24 446 750
2.1 Le niveau et l'efficience du financement du secteur de la santé sont améliorés	5 882 236	8 803 676	11 720 522	12 143 801	38 550 235
2.2 L'offre des services de santé est accrue	134 771 581	80 031 926	63 102 561	2 611 180	280 517 248
2.3 Les ressources humaines de la santé sont disponibles et performantes	61 918 608	63 741 632	65 561 791	66 009 961	257 231 992
2.4 La disponibilité et l'accessibilité à des médicaments, des vaccins et des autres intrants stratégiques de qualité sont améliorées	37 855 153	58 305 227	71 723 158	72 886 094	240 769 633
2.5 Les prestations des services de santé de qualité sont améliorées	3 764 473	9 607 351	15 441 047	17 287 598	46 100 469
3.1 La santé maternelle est améliorée	9 300 923	19 675 245	18 925 570	32 812 441	80 714 179
3.2 La santé des enfants de moins de 5 ans est améliorée	8 287 458	11 695 385	15 103 308	18 511 235	53 597 386
4.1 L'efficacité de la réponse nationale face au VIH/Sida est renforcée	31 752 771	44 186 211	56 619 657	69 053 100	201 611 738
4.2 La lutte contre le paludisme est renforcée	24 862 377	35 086 154	45 309 929	55 533 706	160 792 165
4.3 La lutte contre la tuberculose est renforcée	8 287 458	11 695 385	15 103 308	18 511 235	53 597 386
4.4 La lutte contre la malnutrition est renforcée	12 416 190	17 523 077	22 624 964	27 726 851	80 291 082
4.5 La lutte contre infections nosocomiales est renforcée	215 000	320 000	430 000	540 000	1 505 000
4.6 La lutte contre les autres maladies est renforcée	4 143 729	5 847 692	7 551 656	9 255 616	26 798 693
5.1 L'utilisation des services de santé est accrue	1 682 371	1 696 143	1 709 918	1 723 689	6 812 121
5.2 Les comportements et modes de vie favorables à la santé sont adoptés	3 458 006	3 541 853	3 625 704	3 709 553	14 335 116
Total	**362 752 606**	**386 848 875**	**430 775 859**	**436 501 605**	**1 616 878 945**

6.3. Sources et scénarii de financement

A partir des proportions dans les dépenses actuelles de santé publique et de la volonté du Gouvernement de ne pas augmenter le niveau de contribution des ménages, le coût total du PNDS a été réparti par source. Cette répartition (tableau VII) indique que 72% du financement du PNDS se fera sur des ressources internes (47% Etat et 25% ménages). Les ressources externes constituées par les contributions des partenaires représenteront 28%. L'Etat se présente ainsi comme le plus important contributeur à la mise en œuvre du PNDS avec près de 758 milliards de FCFA.

Tableau VII: Coût total du PNDS par source de financement (en milliers de FCFA)

Coût total du PNDS par type de dépenses	2012	2013	2014	2015	Total
Budget état	160 655 427	173 975 640	209 809 797	214 408 792	758 849 656
Partenaires	103 103 137	113 690 254	121 274 795	122 336 312	460 404 499
Recouvrement des coûts	98 994 042	99 182 981	99 691 267	99 756 501	397 624 789
Total	**362 752 606**	**386 848 875**	**430 775 859**	**436 501 605**	**1 616 878 945**

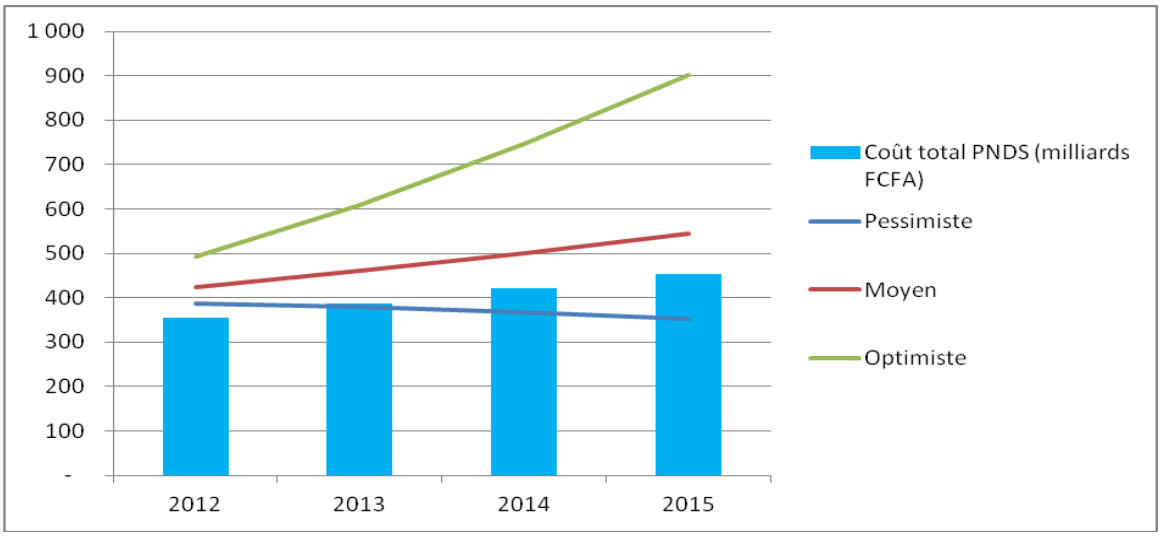
7.

Pour évaluer les capacités de financement du PNDS, trois scénarii de l'espace budgétaire pour la santé on été élaborés pour la période 2012–2015.

Les hypothèses utilisées pour ces trois scénarii sont basées d'une part sur les projections effectuées par le Gouvernement pour certains paramètres macroéconomiques et de finances publiques importants tels que la croissance économique, les recettes publiques contenues dans le PND 2012-2015 ; d'autre part sur les engagements pris au niveau international et la volonté de réduire la contribution des ménages, la proportion des ressources gouvernementales allouées à la santé et l'aide extérieure affectée à la santé.

Les résultats (graphique n°7) montrent qu'avec le premier scénario (scénario pessimiste), il sera impossible de financer la mise en œuvre du PNDS. Pour y parvenir le Gouvernement et ses partenaires devront s'engager à la réalisation des conditions du scénario moyen. Cela exige les engagements suivants :

- augmentation progressive du budget de l'Etat alloué à la santé pour atteindre 10%, ce qui correspond à 6%, 7,3%, 8,7% et 10% respectivement en 2012, 2013,2014 et 2015 ;
- augmentation progressive de la contribution des partenaires pour atteindre en 2015 une augmentation de 50% par rapport au niveau actuel ;
- baisse du niveau de la contribution des ménages grâce au développement d'un système de protection contre le risque financier lié à la maladie.



Graphique n°7 : Comparaison coût total du PNDS et ressources mobilisables par scénario.

7. CHAPITRE VII : MISE EN ŒUVRE DU PNDS

7.1. Cadre de mise en œuvre

La mise en œuvre du PNDS se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (niveau central, régional et départemental) avec l'appui des partenaires au développement. Des plans opérationnels intégrés seront élaborés à tous les niveaux du système de santé avec une focalisation des actions au niveau opérationnel.

Le PNDS s'étend sur quatre ans et couvre la période 2012-2015. Sa mise en œuvre se fera aux travers de plans triennaux opérationnels assortis d'objectifs annuels.

7.1.1. Rôle du Gouvernement

Le Gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du présent PNDS 2012-2015. Il adopte le PNDS en Conseil des Ministres et en assure sa mise en œuvre à travers le Ministère en charge de la Santé, qui en est le maître d'œuvre.

Le Gouvernement est responsable de la mobilisation des financements internes et externes annuels nécessaires à la mise en œuvre du PNDS. Il assure le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers.

Le Ministère chargé de la Santé assure la gestion des ressources mises à sa disposition pour la réalisation des objectifs du plan en liaison avec le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère du Plan et du Développement et les bureaux locaux des Agences d'aide au développement, parties prenantes. Le Ministère chargé de la Santé par son rôle régulateur, affirme son leadership et coordonne toutes les interventions du secteur de la santé.

Le Gouvernement est tenu informé de l'évolution de la mise en œuvre du plan, annuellement, en Conseil des Ministres par le Ministre chargé de la Santé, sur la base du rapport du Comité de Pilotage mis en place à cet effet par arrêté du Ministre chargé de la santé.

7.1.2. Rôle des acteurs du système de santé

Les acteurs du système de santé que sont les populations bénéficiaires, les organisations de la société civile, les organisations professionnelles, les professionnels du secteur de la santé, les agences d'aide au développement œuvrant dans le domaine de la santé et les partenaires au développement, sont parties prenantes de la réalisation des objectifs du plan. Ils contribuent, en ce qui les concerne, à l'exécution des interventions et sollicitations s'inscrivant dans le cadre du PNDS.

Le niveau central de l'administration sanitaire (Cabinet et directions), les Directions Régionales et les Directions Départementales de la Santé sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de la mise en œuvre et du suivi du PNDS. Ils sont responsables de l'élaboration des plans d'actions et de leur évaluation annuelle.

Les partenaires au développement, au nombre des desquels figurent les agences de coopération internationale bilatérale et multilatérale, les agences du système des Nations Unies, les ONG internationales, les représentations des initiatives mondiales visant des objectifs de santé, les personnalités ou agences agissant dans le domaine de la philanthropie ou considérées comme telles, sont parties prenantes à la réalisation des objectifs du PNDS.

Leurs interventions s'inscrivent dans le domaine du plaidoyer, de la mobilisation des ressources, du financement, de l'appui technique et de la coordination opérationnelle.

Ces partenaires au développement sont sollicités par le Gouvernement s'il y a lieu, ou interviennent dans l'exécution des différentes phases de la mise en œuvre du PNDS avec son accord préalable et dans le cadre des objectifs poursuivis. Ils sont représentés par leur tête de file au sein du Comité de Pilotage et du Comité technique de suivi et de revue des plans du PNDS.

7.2. Organes et structures de suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre du PNDS est assurée à plusieurs niveaux à travers un Comité de pilotage, un Comité technique de suivi et de revue des plans du PNDS, les Directions Régionales et Départementales de la Santé.

7.2.1. Comité de pilotage

Un Comité de Pilotage pour la mise en œuvre du PNDS 2012-2015 sera créé par arrêté du Ministre chargé de la santé. Ce comité de pilotage présidé par le Ministre en charge de la Santé ou son Représentant regroupera les Ministres du Plan et du Développement, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur, de la Fonction Publique et de l'Emploi ou leurs Représentants, les Représentants des partenaires au développement.

L'arrêté précisera outre la composition de ce comité, ses missions, ses attributions et son fonctionnement.

7.2.2. Comité technique de suivi et de revue des plans

Le comité technique de suivi et de revue des plans fera également l'objet d'un arrêté ministériel, qui précisera sa composition, ses attributions et son fonctionnement.

La Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS) assurera le secrétariat du comité technique de suivi et de revue des plans.

Il aura notamment, la responsabilité du suivi de la mise en œuvre et des revues des plans et sera chargé d'organiser les revues annuelles su secteur de la santé.

7.2.3. Directions Régionales et Directions Départementales de la Santé

Les Directions Régionales de la Santé élaboreront des Plans de Développement Sanitaire Régionaux (PDSR) avec l'appui du Comité technique de suivi et de revue des plans. Les DRS appuieront les DDS lors de l'élaboration de leurs plans d'actions annuels à partir des PDSR. Ces plans devront être élaborés en collaboration avec les collectivités territoriales.

Tous ces organes et structures de coordination veilleront à ce que les organisations et associations de la société civile, les acteurs du secteur privé de la santé et les PTF, soient impliqués à tous les niveaux en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé.

Des textes réglementaires seront révisés ou élaborés pour toutes ces entités de coordination en vue de garantir la réalité de l'approche sectorielle, de la transparence et de la participation de tous les acteurs du développement sanitaire à tous les niveaux de mise en œuvre.

8. CHAPITRE VIII : CONTROLE, SUIVI ET EVALUATION DU PNDS

8.1. Mécanismes de contrôle

Dans un souci d'efficacité et de transparence du système de santé, le Ministère chargé de la santé mettra en place des mécanismes modernes et opérationnels de contrôle et procédera à des contrôles et des inspections à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

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

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

L'analyse de la réalisation des objectifs annuels assignés se fera sous l'égide du Service de l'Audit et du contrôle de Gestion. Il s'agira de mesurer et d'expliquer les écarts entre les réalisations et les objectifs et moyens assignés et de conduire des Enquêtes de Suivi des Dépenses jusqu'à Destination (ESDD).

En outre, la Direction des Affaires Financières du Ministère chargé de la santé, veillera en liaison avec l'Inspection Générale des Finances, au suivi de la régularité des opérations comptables et financières des établissements et services.

Les autres directions de moyens, la DIEM et la DRH s'occuperont respectivement d'assurer l'inventaire régulier du patrimoine du ministère et le contrôle annuel des effectifs.

Il sera également procédé à des enquêtes de satisfaction des usagers.

Les DRS seront chargées en rapport avec la DAF d'assurer le contrôle des opérations comptables et financières des établissements de leur circonscription.

Le Cabinet s'assurera chaque année de la qualité du contrôle interne du Ministère en charge de la Santé.

8.2. Mécanismes de suivi

Le principe de redevabilité devra sous-tendre toutes les actions prévues dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du PNDS selon la gestion axée sur les résultats.

Les données de routine et de surveillance épidémiologique des maladies, collectées dans le cadre du SNIS permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système. Des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront également menées pour suivre les progrès.

Le système de supervision et de monitorage sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau, un plan régulier de suivi des activités de santé. Le niveau central supervisera les équipes régionales de santé, les équipes-cadres de district seront supervisées par les équipes régionales et assureront à leur tour des supervisions rapprochées des agents de santé des établissements de leurs aires respectives, selon une périodicité bien définie pour chaque niveau. Les agents de santé quant à eux superviseront les relais communautaires.

Les outils de suivi comprennent les tableaux de bord ou matrices d'action issu(e)s des (i) plans d'actions annuels du Ministère chargé de la Santé, (ii) plans d'actions annuels des directions et services du Ministère chargé de la Santé et les rapports d'activités, (iii) plans de développement sanitaire triennaux des Régions, (iv) plans d'actions annuels des entités déconcentrées (DRS et DDS), des entités décentralisées (EPN) et leurs rapports d'activités, (v) documents cadres de coopération technique ou financière en vigueur. Ils comprennent également les rapports des différents comités, les rapports d'études et enquêtes et les rapports annuels sur la situation sanitaire (RASS).

8.3. Mécanismes d'évaluation

L'évaluation du PNDS 2012-2015 se fera à travers des évaluations internes et des évaluations externes, à mi-parcours et finale.

8.3.1. Evaluations internes

Les évaluations internes du PNDS se feront sur la base des rapports d'exécution des plans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (niveau central, régional et départemental), des rapports de supervision périodique de chaque niveau de la pyramide sanitaire, des audits des activités sanitaires et des audits financiers et comptables. Les rapports de contrôle et d'inspection seront également pris en compte dans l'évaluation.

8.3.2. Evaluations externes

Les évaluations externes seront initiées par le Ministère chargé de la Santé avec l'appui des PTF dans la mise en œuvre du PNDS. Leur validation impliquera les responsables du Ministère chargé de la Santé, le Ministère du Plan et du Développement et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Dans ce cadre, deux types d'évaluation seront prévues, une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale. L'évaluation à mi-parcours du PNDS sera entreprise à la fin du dernier trimestre de 2013. Il s'agira d'une évaluation externe qui visera aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs intermédiaires du PNDS que l'évaluation des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des plans. L'évaluation finale s'inscrira dans le processus de planification de l'action sanitaire pour les périodes à venir. Elle visera l'appréciation du niveau d'atteinte des objectifs

du PNDS. Elle appréciera éventuellement l'impact des plans mis en œuvre à la fin de la période du PNDS.

8.4. Indicateurs du PNDS

Les indicateurs du PNDS permettront de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés dans ce cadre à trois niveaux : Impact, Effets et Extrants.

Ainsi, les indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation axés sur les résultats seront repartis en deux grands groupes : (i) les indicateurs de suivi qui comprennent les indicateurs d'intrants et d'activités et (ii) les indicateurs d'évaluation qui sont les indicateurs d'extrants, d'effets et d'impact.

Ils seront développés et adoptés de manière consensuelle avec les différentes parties prenantes avant le démarrage de la mise en œuvre du PNDS.

8.5. Cibles du PNDS

Les cibles visées à travers le PNDS 2012-2015 sont classées selon la logique de la chaîne de résultats et sont contenues dans le tableau ci-après.

Tableau VIII : Indicateurs et cibles du PNDS

Indicateurs	Niveau de référence	Cible 2015
Couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois pour la 3eme dose du vaccin pentavalent	62%	95%
Incidence de la tuberculose	1,70 ‰	0,6‰
Incidence du paludisme	80‰	50‰
Nombre d'unité de poches collectées pour 1000 habitants par an	4,9	10
Prévalence contraceptive	9,5%	30%
Prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans	3,4%	1,8%
Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide	15%	80%
Proportion d'IRA chez les enfants de moins de 5 ans traités aux antibiotiques	19%	50%
Proportion de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	47,3%	80%
Proportion de la population habitant à moins de 5 Km d'un centre de santé	44%	55%
Proportion de PVVIAH hommes et femmes en besoin de traitement qui bénéficie de traitement ARV selon le protocole	45%	80%
Proportion du Budget de l'Etat alloué à la Santé	4,36%	10%
Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	69,22%	80%
Taux de CPN4	45%	70%
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	125‰	88‰
Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes)	543	324
Taux d'utilisation des services de santé	18%	30%

8.6. Analyse des opportunités, évaluation des risques et menaces

8.6.1. Opportunités

Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire a connu de nombreuses difficultés avec les différentes crises socio-politiques. Toutefois, l'évolution actuelle du contexte socio-politique stable est une opportunité pour la redynamisation du système de santé aux fins de répondre aux besoins sanitaires des populations.

Par ailleurs, les conditions de succès de la mise en œuvre du PNDS 2012 - 2015 dépendent de (i) un bon cadrage budgétaire, (ii) la bonne gouvernance sous ses aspects administratif, politique et économique, (iii) la ferme volonté politique affichée du Gouvernement pour sa mise en œuvre, (iv) le retour des investisseurs et autres partenaires au développement favorisant l'accès à des ressources extérieures (Xème FED, C2D, IHP+), (v) l'adhésion et la redevabilité de tous les acteurs et de tous les partenaires vis-à-vis des résultats sanitaires et des ressources financières, (vii) le développement et la gestion décentralisée des ressources humaines et (viii) la collaboration intra et intersectorielle.

8.6.2. Evaluation des risques et menaces

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

CONCLUSION

Le présent Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 traduit la volonté du Gouvernement de garantir à tous les citoyens et particulièrement les personnes les plus vulnérables, un état de santé leur permettant de contribuer de manière plus efficace à l'œuvre collective de relance du processus de développement de la Nation.

Ce nouveau plan est basé sur les stratégies retenues dans le Plan National de Développement 2012-2015 et les engagements internationaux.

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

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

La signature du Compact national permettra de conjuguer les efforts du Gouvernement et de l'ensemble de ses partenaires du secteur de la santé pour une efficience dans la mise en œuvre de ce plan.

D'un coût global de **1617 milliards**, dont **28% en dépenses d'investissement** et **49% en dépenses de fonctionnement hors personnel,** l'exécution de ce PNDS permettra non seulement de recréer les conditions d'un développement harmonieux et cohérent du secteur sanitaire, mais aussi de satisfaire les besoins essentiels de la population en matière de santé.

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

BIBLIOGRAPHIE

1. U.S Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention – Morbidity and Mortality weekly report, vol.60, number 46, november 25th 2011.

2. CHU de Treichville, Registre national du cancer en Côte d'Ivoire, 2004.

3. Institut National de la Statistique (INS), Enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS) 2005.

4. Institut National de la Statistique (INS), Base de données sur la population, Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006.

5. Institut National d'Hygiène Publique, Service de Surveillance Epidémiologique, Rapport 2006.

6. Loi N° 2003-208- du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales.

7. Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, Deuxième Rapport National sur les OMD, août 2010.

8. Ministère de l'Intérieur, Direction générale de la Décentralisation et du Développement local, base de données en matière de décentralisation et déconcentration, 2011.

9. Ministère de la Lutte contre le Sida, Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2011-2015, juin 2006.

10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique - Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, Régions des Lagunes 1 et 2, 2005.

11. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique - Feuille de route pour la réduction de la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles 2008-2015.

12. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique - Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013, novembre 2008.

13. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Cellule de Prospective et de Stratégie - Etude sur l'utilisation des services et la répartition des ressources de santé en Côte d'Ivoire, avril 2008.

14. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction de Coordination du Programme National de Santé de la Reproduction et Planning Familial - Etude de la disponibilité des soins obstétricaux d'urgences (SOU) à Abidjan, 2006.

15. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire – Abidjan, avril 2008.

16. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles – Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles 2009-2013.

17. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles – Initiative nationale de promotion de la pratique régulière de l'activité physique en Côte d'Ivoire 2009-2013.

18. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle, Bilan de la décade 2001-2010 du PNPMT.

19. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida - Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), Rapport d'activités 2011.

20. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida – Direction de Coordination PEV, Plan Pluriannuel complet 2010.

21. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, DIPE - Base de données 2011.

22. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, DIPE - Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 2007-2009.

23. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Direction des Ressources Humaines/ MSLS - Données administratives, 2011.

24. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance, Données administratives 2011.

25. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination (DCPEV) - Rapport d'activités DCPEV 2011.

26. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida/DIPE - Annuaire des Statistiques Sanitaires 2007-2008.

27. Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés, la couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire, mars 2004.

28. Ministère du Plan et du Développement, RGPH 1998, projection 2006.

29. Ministère du Plan et du Développement, RGPH 1998, volume 4 : analyse des résultats, tome 5 : mortalité.

30. Ministère du Plan et du Développement, UNFPA - Rapport national sur l'Etat et le devenir de la population de la Côte d'Ivoire (REPCI) - Population et Développement : défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire, 2006.

31. OCDE – Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et Programme d'action d'Accra, 2005/2008.

32. ONUSIDA, Rapport 2010.

33. Organisation des Nations Unies, Crise sociopolitique en Côte d'Ivoire : l'impact sur la population et les groupes vulnérables en particulier - Organisation des Nations unies en Côte d'Ivoire (ONUCI), Rapport de l'équipe humanitaire, mars 2011.

34. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique – Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013, Côte d' Ivoire.

35. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique – Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire, 59ème session du Comité régional de l'Afrique, Rapport du Directeur Régional, 2008, 29p.

36. Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde 2010 - Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle, 120p.

37. Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), Rapport sur le développement humain 2011.

38. Programme FED de l'Union Européenne pour la Côte d'Ivoire – Etude situationnelle de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et de la Pharmacie de Santé Publique (PSP) de Côte d'Ivoire pour un renforcement de la régulation pharmaceutique et l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels génériques dans les formations sanitaires, Rapport final, juillet 2010.

39. Projet Ivoirien de Promotion des Aliments Fortifiés (PIPAF), évaluation de la carence en vitamine A, fer et acide folique en Côte d'Ivoire 2007.

40. République de Côte d'Ivoire - Ministère de l'Economie et des Finances, Projet d'Appui à la mise en œuvre du Plan de Réforme des Finances Publiques – Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique/ Ministère de la Lutte contre le Sida, Revue des dépenses publiques du secteur de la santé 2009, Rapport provisoire, janvier 2011, 46p.

41. République de Côte d'Ivoire - Ministère de l'Economie et des Finances, Projet d'Appui à la mise en œuvre du Plan de Réforme des Finances Publiques – Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique/ Ministère de la Lutte contre le Sida, Revue des dépenses publiques du secteur de la santé 2009, annexes, janvier 2011, 122p.

42. République de Côte d'Ivoire, Institut National de la Statistique (INS), UNICEF, Suivi de la situation des enfants et des femmes – MICS, Côte d'Ivoire : Enquête nationale à indicateurs multiples 2006 - Rapport final.

43. République de Côte d'Ivoire, Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement - Stratégie Nationale de Développement basée sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement 2008-2015.

44. République de Côte d'Ivoire, Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement – Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2009-2013, novembre 2008.

45. République de Côte d'Ivoire, Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement/Institut National de la Statistique (INS) - Enquête sur le Niveau de Vie des ménages 2008, octobre 2008.

46. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique – Manuel des directives du paquet minimum d'activités de l'hôpital de référence des districts de santé, PUCI décembre 2006.

47. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique – Politique Pharmaceutique Nationale, 2009.

48. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique – Comptes Nationaux de la Santé, exercices 2007-2008 : Compte général, Sous compte VIH/Sida, Septembre 2010, 130p.

49. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida – Plan National Stratégique de la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et intrants stratégiques 2012-2015.

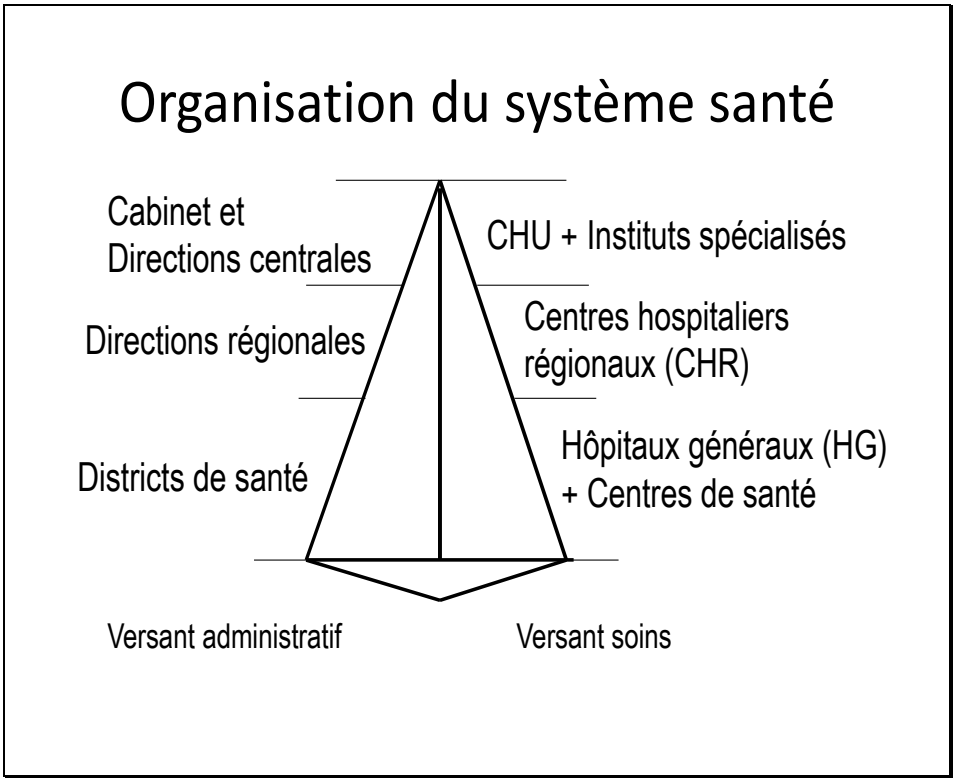
50. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé/UNICEF - Enquête nutrition et mortalité en Côte d'Ivoire, 2004.

51. République de Côte d'Ivoire/OMS, Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays – République de Côte d'Ivoire 2009-2013.

52. Union Africaine – Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la protection des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique 2007-2010 - Session spéciale de la conférence des ministres de la santé de l'union africaine Maputo, Mozambique 18 – 22 septembre 2006.

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Organisation du Système sanitaire ivoirien



Annexe 2 : Cadre logique

Types de résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Niveau de référence	Cible 2015	Sources de Vérification	Hypothèses/ Risques
Impact	**L'état de santé et le bien être des populations sont améliorés**				
	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	125‰	88‰	Rapport national OMD, enquêtes démographiques	Persistance des facteurs culturels néfastes, insuffisance en personnel qualifié
	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	543	324	Rapport national OMD, enquêtes démographiques	Persistance des facteurs culturels néfastes, insuffisance en personnel qualifié
	Prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans	3,4%	1,8%	Rapport ONUSIDA, rapport d'activité PNPEC	Accroissement des comportements à risque de la population, pauvreté
	Incidence du paludisme	80‰	50‰	Rapport activité PNLP	Situation sociopolitique stable, disponibilité du financement
	Incidence de la tuberculose	1,70‰	0,6‰	Rapport activité PNLT, UNGASS	Insuffisance du financement, pauvreté, augmentation de la co-infection
Effet N° 1	**La gouvernance du secteur de la santé est améliorée et le leadership du Ministère chargé de la Santé est renforcé**				
	Proportion du Budget de l'Etat alloué à la santé	4,36%	10%	Loi de finance RDP, CNS	Insuffisance des ressources de l'Etat Pas de priorité accordée à la santé
Effet N° 2	**L'offre et l'utilisation des services de santé de qualité sont améliorées**				
	Proportion de la population vivant à moins de 5 Km d'un établissement sanitaire	44%	55%	Carte sanitaire SYGEPAS	Insuffisance du financement, réticence des bailleurs de fonds
	Nombre d'unité de poches de sang collectées pour 1000 habitants par an	4,9	10	Rapport annuel CNTS	Désintéressement des populations

Types de résultats	Indicateurs Objectivement Vérifiable	Niveau de référence	Cible 2015	Sources de Vérification	Hypothèses/Risques
Effet N° 3	**La santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans est améliorée**				
	Prévalence contraceptive	9,5%	30%	Données de routine DIPE	Persistance des facteurs culturels néfastes, , faible disponibilité des services de Planning Familial
	Taux de CPN 4	45%	70%	RASS/PNSR-PF	Persistance des facteurs culturels néfastes, insuffisance en personnel qualifié, faible disponibilité des services
	Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	69,22%	80%	RASS/PNSR-PF	Persistance des facteurs culturels néfastes, insuffisance en personnel qualifié, faible disponibilité des services
	Couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois pour la 3ème dose du vaccin pentavalent	62%	95%	RASS, Rapport d'activité DCPEV/INHP	Facteurs culturels néfastes, insuffisance du financement pour les campagnes de vaccination
	Proportion des cas d'IRA chez les enfants de moins de 5 ans traités aux antibiotiques	19%	50%	MICS, Rapport d'activité PNSI	Facteurs culturels néfastes, pauvreté, rupture en médicaments essentiels
Effet N° 4	**La lutte contre la maladie et les infections nosocomiales est renforcée**				
	Proportion de PVVIH hommes et femmes en besoin de traitement qui bénéficient de traitement ARV selon le protocole	45%	80%	Rapport ONUSIDA, PNPEC	Disponibilité du financement
	Proportion de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	47,3%	80%	Rapport ONUSIDA, PNPEC	Disponibilité du financement
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide	15%	80%	Rapport d'activité PNLP	Disponibilité du financement, acceptation de la population
Effet N° 5	**La prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité sont renforcées**				
	Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois	4%	50%	Rapport d'activité PNN, PNSI	Facteurs culturels néfastes, promotion insuffisante, refus des mères
	Taux d'utilisation des services de santé	18%	30%	RASS	Disponibilité des services

<u>Annexe 3</u> : Matrice des actions prioritaires du PNDS 2012-2015

Impact : L'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés	
Résultats	**Intitulé**
Effet N° 1	**La gouvernance du secteur santé et le leadership du Ministère de la santé sont renforcés**
Extrant 1.1	**Le cadre institutionnel du système de santé est renforcé**
Action 1.1.1	Elaborer et adopter un projet de loi d'orientation en santé publique et un projet de loi portant Code de la Santé
Action 1.1.2	Elaborer d'autres textes législatifs et réglementaires indispensables
Action 1.1.3	Réviser certains textes et renforcer l'application des textes normatifs et des directives du système de santé déjà existants
Action 1.1.4	Développer le partenariat public-privé
Action 1.1.5	Suivre et évaluer le PNDS
Extrant 1.2	**Le cadre gestionnaire du système de santé est amélioré**
Action 1.2.1	Renforcer les mécanismes de coordination intra et intersectoriels des interventions de tous les acteurs du système de santé
Action 1.2.2	Actualiser les outils de gestion du secteur
Action 1.2.3	Renforcer la déconcentration du système de santé pour rendre opérationnels les DRS et DDS
Action 1.2.4	Renforcer les capacités gestionnaires des acteurs du système de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Action 1.2.5	Améliorer la gouvernance globale du secteur par une utilisation rationnelle et transparente des ressources
Extrant 1.3	**La disponibilité de l'information sanitaire de qualité est améliorée**
Action 1.3.1	Renforcer l'intégration des sources de production de données
Action 1.3.2	Améliorer le circuit et la transmission des données
Action 1.3.3	Renforcer les capacités des acteurs de santé à l'utilisation du SIG à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Action 1.3.4	Renforcer le système d'alerte précoce
Action 1.3.5	Développer la recherche opérationnelle en santé
Action 1.3.6	Elaborer la carte sanitaire
Effet N° 2	**L'offre et l'utilisation des services de santé de qualité sont améliorées**
Extrant 2.1	**Le niveau et l'efficience du financement du secteur de la santé sont améliorés**
Action 2.1.1	Accroître le financement de la santé par la mobilisation des ressources internes et externes
Action 2.1.2	Renforcer l'intégration du financement de la santé
Action 2.1.3	Allouer les ressources en donnant la priorité aux soins de santé primaires
Action 2.1.4	Contrôler l'utilisation des ressources financières
Extrant 2.2	**L'offre des services de santé est accrue**
Action 2.2.1	Réhabiliter, rééquiper et mettre aux normes les établissements de santé
Action 2.2.2	Corriger les disparités régionales et combler les poches de silence sanitaire
Action 2.2.3	Créer de nouveaux établissements sanitaires spécialisés
Action 2.2.4	Renforcer les stratégies avancées et mobiles
Action 2.2.5	Renforcer la gestion et la maintenance des infrastructures, des équipements et des installations techniques

Impact : L'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés	
Effet N° 2	**L'offre et l'utilisation des services de santé de qualité sont améliorées**
Extrant 2.3	**Les ressources humaines de la santé sont disponibles et performantes**
Action 2.3.1	Engager les reformes nécessaires pour la mise en place d'un cadre institutionnel adéquat
Action 2.3.2	Assurer l'adéquation quantitative et qualitative entre la production des RHS et les besoins du système sanitaire
Action 2.3.3	Renforcer les capacités humaines des structures en charge de la gestion des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Action 2.3.4	Assurer la formation continue des RHS
Action 2.3.5	Redynamiser le système d'information et de gestion des RHS au niveau central et déconcentré
Extrant 2.4	**La disponibilité et l'accessibilité à des médicaments, des vaccins et des autres intrants stratégiques de qualité sont améliorées**
Action 2.4.1	Engager la réforme de la PSP
Action 2.4.2	Renforcer la régulation du secteur pharmaceutique
Action 2.4.3	Assurer la disponibilité des médicaments et intrants stratégiques de qualité au niveau de la PSP et au niveau périphérique
Action 2.4.4	Augmenter la production de poches de sang et de produits sanguins sécurisés
Action 2.4.5	Assurer l'accessibilité financière des médicaments, vaccins, et autres intrants stratégiques de qualité aux populations
Action 2.4.6	Garantir la qualité des médicaments, vaccins et intrants stratégiques
Action 2.4.7	Promouvoir l'usage du médicament générique
Action 2.4.8	Promouvoir l'usage rationnel des médicaments et des produits sanguins
Action 2.4.9	Promouvoir l'industrie pharmaceutique locale
Action 2.4.10	Assurer la traçabilité des médicaments, du sang et des produits sanguins ainsi que l'hémovigilance
Extrant 2.5	**Les prestations des services de santé de qualité sont améliorées**
Action 2.5.1	Assurer la dispensation effective du PMA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
Action 2.5.2	Renforcer la prise en charge correcte des cas de maladie
Action 2.5.3	Renforcer les stratégies mobiles et avancées
Action 2.5.4	Renforcer les interventions du niveau communautaire
Action 2.5.5	Améliorer les conditions d'hébergement des patients et l'environnement de travail des praticiens
Action 2.5.6	Mettre en œuvre la démarche qualité au sein de tous les établissements de soins
Action 2.5.7	Opérationnaliser le système de référence et contre-référence
Action 2.5.8	Mettre en œuvre le partenariat public-privé
Action 2.5.9	Renforcer l'hygiène hospitalière et la gestion des déchets médicaux dans les structures sanitaires

Impact : L'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés	
Effet N° 3	**La santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans sont améliorées**
Extrant 3.1	**La santé maternelle est améliorée**
Action 3.1.1	Rendre disponibles les services intégrés de prise en charge de la santé de la mère
Action 3.1.2	Promouvoir la planification familiale volontaire y compris la prévention positive
Action 3.1.3	Améliorer la couverture vaccinale en VAT 2+
Action 3.1.4	Assurer l'assistance qualifiée à tous les accouchements
Action 3.1.5	Renforcer les capacités du personnel de santé à la prise en charge correcte des parturientes et des mères
Extrant 3.2	**La santé des enfants de moins de 5 ans est améliorée**
Action 3.2.1	Rendre disponible les services de Prise en Charge Intégrée des maladies du Nouveau-né et de l'Enfant au sein des établissements sanitaires et dans la communauté
Action 3.2.2	Promouvoir les Pratiques Familiales Essentielles
Action 3.2.3	Améliorer la couverture vaccinale des maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination
Action 3.2.4	Renforcer les capacités du personnel de santé à la prise en charge correcte des pathologies de l'enfant
Effet N° 4	**La lutte contre la maladie et les infections nosocomiales est renforcée**
Extrant 4.1	**L'efficacité de la réponse nationale face au VIH/Sida est renforcée**
Action 4.1.1	Intensifier la prévention du VIH et des IST auprès de la population et particulièrement auprès des populations les plus exposées aux risques de la transmission du VIH
Action 4.1.2	Renforcer les interventions d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
Action 4.1.3	Accroître l'accès au traitement antirétroviral et la prise en charge des IST
Action 4.1.4	Impliquer davantage la communauté dans la prise en charge psychosociale, socio-économique, juridique et le continuum de soins
Action 4.1.5	Renforcer la coordination pour une réponse nationale adaptée
Extrant 4.2	**La lutte contre le paludisme est renforcée**
Action 4.2.1	Rendre disponibles les MILDA et les autres moyens de lutte anti vectorielle
Action 4.2.2	Renforcer la communication et la mobilisation sociale
Action 4.2.3	Rendre disponible la sulfadoxine + pyriméthamine pour le traitement préventif intermittent
Action 4.2.4	Rendre disponibles les autres médicaments antipaludiques et les intrants pour le diagnostic biologique du paludisme et pour la prise en charge correcte des cas
Action 4.2.5	Renforcer l'utilisation des Test de Diagnostic Rapide pour le diagnostic biologique du paludisme
Action 4.2.6	Renforcer les capacités des acteurs à la prise en charge correcte des cas de paludisme
Extrant 4.3	**La lutte contre la tuberculose est renforcée**
Action 4.3.1	Rendre disponibles les médicaments antituberculeux, les réactifs et consommables au niveau des centres de prise en charge
Action 4.3.2	Renforcer les capacités des centres de prise en charge de la tuberculose
Action 4.3.3	Etendre le réseau de CDT et CAT
Action 4.3.4	Assurer la prise en charge de la tuberculose multirésistante et lutter contre la transmission nosocomiale de la tuberculose
Action 4.3.5	Renforcer la lutte conjointe TB/VIH
Action 4.3.6	Renforcer les capacités des agents de santé et des acteurs communautaires
Action 4.3.7	Renforcer la mobilisation sociale
Action 4.3.8	Renforcer la surveillance du niveau de résistance aux antituberculeux

Impact : L'état de santé et le bien-être des populations sont améliorés	
Effet N° 4	**La lutte contre la maladie et les infections nosocomiales est renforcée**
Extrant 4.4	**La lutte contre la malnutrition est renforcée**
Action 4.4.1	Rendre disponibles les services de nutrition dans les structures de prise de prise en charge
Action 4.4.2	Assurer la supplémentation en micronutriments des cibles et le déparasitage
Action 4.4.3	Promouvoir les bonnes pratiques nutritionnelles y compris les Actions Essentielles en Nutrition et les "cinq clés pour des aliments sûrs"
Action 4.4.4	Promouvoir la fortification obligatoire des aliments
Action 4.4.5	Renforcer le cadre de surveillance nutritionnelle et d'alerte précoce
Extrant 4.5	**La lutte contre les infections nosocomiales est renforcée**
Action 4.5.1	Renforcer les capacités des personnels de santé en HHGDM
Action 4.5.2	Promouvoir les règles d'hygiène et procédures en milieu hospitalier
Action 4.5.3	Diffuser les normes et procédures en matière de HHGDM
Action 4.5.4	Renforcer le cadre de suivi et évaluation en matière de HHGDM
Extrant 4.6	**La lutte contre les autres maladies est renforcée**
Action 4.6.1	Renforcer la lutte contre les maladies tropicales négligées
Action 4.6.2	Renforcer la lutte contre les autres maladies transmissibles
Action 4.6.3	Renforcer la lutte contre les maladies non transmissibles
Effet N° 5	**La prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité sont renforcées**
Extrant 5.1	**L'utilisation des services de santé est accrue**
Action 5.1.1	Renforcer les actions de changement de comportement des personnels de santé
Action 5.1.2	Renforcer l'appropriation et la participation communautaire
Action 5.1.3	Renforcer les activités en stratégies mobiles
Action 5.1.4	Renforcer les mesures de prévention
Action 5.1.5	Développer/renforcer les capacités opérationnelles dans le domaine de l'hygiène publique
Action 5.1.6	Sensibiliser la population
Extrant 5.2	**Les comportements et modes de vie favorables à la santé sont adoptés**
Action 5.2.1	Promouvoir des comportements propices à l'hygiène de vie, hygiène individuelle, hygiène collective y compris l'hygiène alimentaire et l'assainissement du milieu
Action 5.2.2	Sensibiliser la communauté sur les facteurs de risque

Annexe 4 : Besoins en ressources humaines du PNDS

Types de personnel	Emplois	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Personnel administratif et social	Administrateur	5	5	5	5	**20**
	Attaché des Finances	20	20	20	20	**80**
	Attaché Administratif	10	10	10	10	**40**
	Secrétaire administratif	20	25	25	25	**95**
	Comptable	30	30	30	30	**120**
	Adjoint Administratif	60	60	60	60	**240**
	Agent de bureau	20	30	30	30	**110**
	Archiviste	10	25	25	25	**85**
	Informaticien	10	15	15	15	**55**
	Statisticien	15	15	15	15	**60**
	Secrétaire de Direction	10	50	50	50	**160**
	Assistant social	20	40	40	40	**140**
	Assistant social adjoint	15	50	50	50	**165**
	Sous-total personnel administratif	**245**	**375**	**375**	**375**	**1370**
Personnel de soin	Médecin	622	350	350	350	1672
	Médecin interne	10	15	15	15	55
	Pharmacien	45	50	50	50	195
	Pharmacien Interne	5	5	5	5	20
	Chirurgien-Dentiste	30	30	30	30	120
	Sous-total personnel médical	**712**	**450**	**450**	**450**	**2062**
	IDE	1592	870	980	1072	4514
	SFDE	850	510	653	729	2742
	Aide soignant	804	400	300	300	1804
	Sous-total personnel paramédical	**3246**	**1780**	**1933**	**2101**	**9060**
Personnel Médico-technique	TSS Imagerie médicale	45	30	25	60	160
	TSS Laboratoire	162	90	30	30	312
	TSS PGP	135	70	75	86	366
	TSS Prothésiste Dentaire	5	5	5	5	20
	TSS Assainissement	66	20	20	20	126
	TSS Kinésithérapeute	15	25	30	30	100
	Sous-total Techniciens Supérieurs de la Santé	**428**	**240**	**185**	**231**	**1084**
Personnel d'appui	Agent d'Hygiène	687	305	300	300	1592
	Chauffeur	60	60	60	60	240
	Sous total personnel d'Appui	**747**	**365**	**360**	**360**	**1832**
TOTAL		**5133**	**3210**	**3303**	**3517**	**15163**

Annexe 5 : Besoins en personnels de santé spécialistes

Médecin Chirurgien	**130**
Médecin Pédiatre	**130**
Médecin Gynécologue	**130**
Médecin-Ophtalmologue	**20**
Médecin ORL	**20**
Médecin Anesthésiste	**30**
Médecin Radiologue	**130**
Médecin Urgentiste	**100**
Médecin PPH	**20**
Médecin Santé Publique	**340**
TOTAL	**1050**

INFIRMIERS SPECIALISTES (IDES) ET INGENIEURS DES TECHNIQUES SANITAIRES

IDES SUS	**80**
IDES IBO	**80**
IDES Anesthésiste	**80**
IDES Ophtalmologiste	**40**
IDES ORL	**40**
SFDES Puéricultrice	**60**
IDES Lèpre	**40**
IDES Psychiatrie	**60**
IDES Cardiologie	**40**
IDES Santé Publique	**80**
Ingénieurs des Techniques sanitaires	**20**
TOTAL	**620**

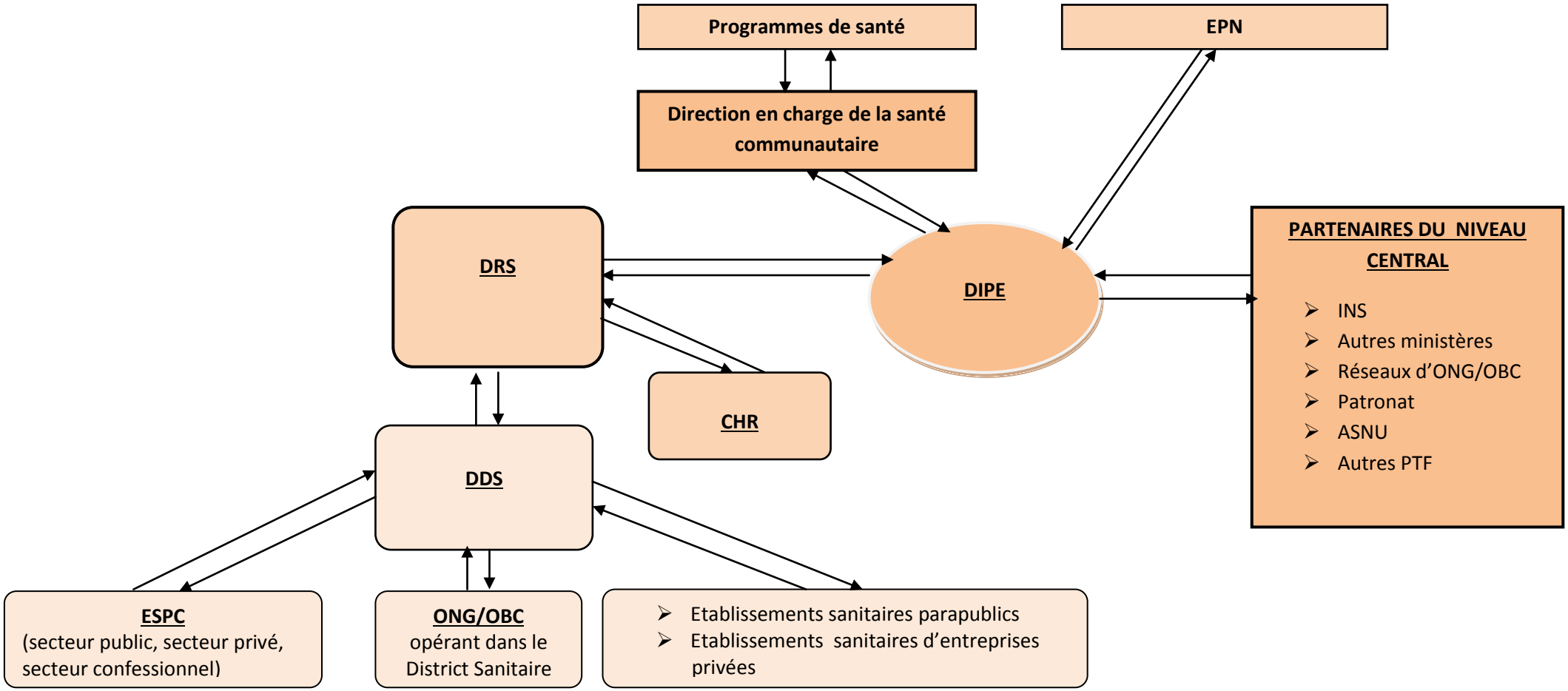
Annexe 6 : Besoins en ressources matérielles du PNDS

Activités à réaliser	Quantités
Réhabilitation et rééquipement de structures de santé	11 DRS et 24 DDS existantes
	4 Centres Hospitaliers Universitaires
	5 Instituts Spécialisés de Santé
	17 antennes régionales de l'INHP
	17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)
	54 Hôpitaux Généraux (HG)
	600 Etablissements Sanitaires de Premier Contacts (ESPC)
	2 INFAS (Bouaké et Korhogo)
	6 CREMM existants
	3 AMD existants
Construction et équipement de structures de santé et structure de maintenance	1 Centre National de Médecine Nucléaire d'Abidjan
	9 DRS et 20 DDS
	1 Centre National de Radiothérapie et d'Oncologie Médicale
	1 Centre National d'Hémodialyse
	2 HG transformés en CHR
	450 ESPC (y compris CAT et SSSU)
	11 HG
	4 CHR
	5 antennes régionales de la PSP
	3 antennes régionales de l'INHP
	2 antennes de l'INFAS (Daloa et Aboisso)
	10 AMD construits
	4 CREMM (Abidjan, Bouaké, Odienné et Korhogo) construits
	4 Antennes régionales de Transfusion sanguine
Mise aux normes de plateaux techniques d'établissements sanitaires	10 CHR
	43 HG
	5 FSU érigées en HG dans la ville d'Abidjan
Acquisition de matériel roulant pour accroître l'accessibilité	30 ambulances médicalisées et un hélicoptère médicalisé
	200 ambulances de transfert
	4 hors-bords médicalisés
	110 véhicules doubles cabines
	100 véhicules de supervision
	15 camions de distribution de médicaments
	2 unités mobiles de radiologie
	2000 motos
	3000 vélos

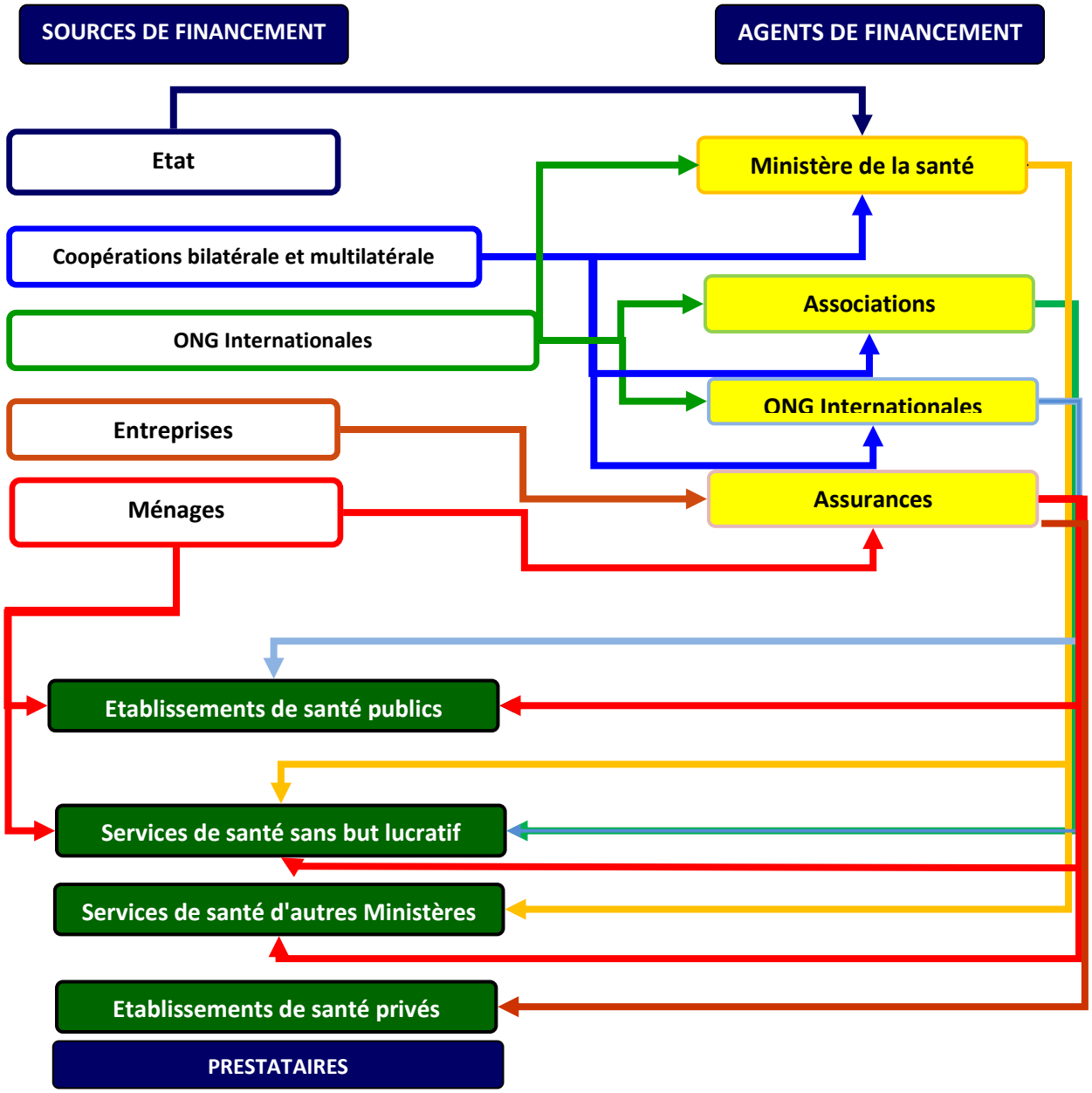
Annexe 7 : Tableau des normes en ressources humaines de la santé pour le PNDS

Types de personnel	Emplois	CHR	HG	CSU	CSR
Personnel administratif et social	Administrateur	1	1	0	0
	Attaché	1	1	0	0
	Secrétaire administratif	2	2	0	0
	Comptable	1	1	0	0
	Agent de bureau	2	2	1	0
	Secrétaire	1	1	1	0
	Assistant social	2	1	0	0
	Sous-total personnel administratif	**10**	**9**	**2**	**0**
Personnel de soin	Médecin Chirurgien	2	2	0	0
	Médecin Pédiatre	2	2	0	0
	Médecin Gynécologue	2	2	0	0
	Médecin-Ophtalmologue	1	0	0	0
	Médecin ORL	1	0	0	0
	Médecin Anesthésiste	1	0	0	0
	Médecin Radiologue	2	0	0	0
	Médecin Généraliste	4	3	1	0
	Pharmacien Biologiste	1	1	0	0
	Pharmacien Généraliste	2	1	0	0
	Chirurgien-dentiste	2	2	0	0
	Sous-total personnel médical	**20**	**13**	**1**	**0**
	IDES SUS	2	1	0	0
	IDES IBO	3	2	0	0
	IDES Anesthésiste	3	2	0	0
	IDES Ophtalmologiste	2	0	0	0
	IDES ORL	2	0	0	0
	SFDES Puéricultrice	2	1	0	0
	IDE	15	10	2	1
	SFDE	10	8	2	1
	Aide soignant	15	10	2	0
	Sous-total personnel paramédical	**54**	**34**	**6**	**2**
Personnel médico-technique	TSS biomédical	1	1	0	0
	TSS Imagerie médicale	2	2	0	0
	TSS Laboratoire	2	2	1	0
	TSS PGP	2	2	1	0
	TSS Assistant Dentaire	2	1	0	0
	TSS Prothésiste Dentaire	1	0	0	0
	TSS Assainissement	1	1	0	0
	Sous-total TSS	**11**	**9**	**2**	**0**
Personnel d'appui	Agent d'Hygiène	25	15	2	2
	Chauffeur	2	2	1	0
	Sous-total personnel d'Appui	**27**	**17**	**3**	**2**
TOTAL		**122**	**82**	**14**	**4**

<u>Annexe 8</u> : Circuit de l'information sanitaire



<u>Annexe 9</u> : Organigramme et flux des financements de la santé



Source : CNS 2007-2008

<u>Annexe 10</u> : Comité technique de coordination pour l'élaboration 2012-2015

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	Prof. SAMBA Mamadou	DPPS/MSLS	Directeur	07 074 114 mamadou_samba@hotmail.fr
2	Dr BISSOUMA- LEDJOU Renée	DPPS/MSLS	Pharmacienne de Santé Publique Chargée d'études	02 829 611 reneebissoumal@yahoo.fr
4	Dr KOUAKOU-KOUADIO Ghislaine	DPPS/MSLS	Médecin	01 804 989 ndjore77@yahoo.fr
5	Dr OHOUO Brou Samuel	DPPS/MSLS	Médecin Economiste de la Santé Chargé d'études	01 058 940 obsamuel@yahoo.fr
3	Mr DIABAGATE Abdramane	DPPS/MSLS	Economiste de la santé	04 337 585 abdiabagate@yahoo.fr

Annexe 11 : Comité technique de rédaction pour l'élaboration 2012-2015

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	SAMBA Mamadou	DPPS	Directeur	07 074 114 mamadou_samba@hotmail.fr
2	BISSOUMA- LEDJOU Renée	DPPS	Chargée d'études	02 829 611 reneebissoumal@yahoo.fr
3	DIABAGATE Abdramane	DPPS	Economiste de la santé	04 337 585 abdiabagate@yahoo.fr
4	GUESSAN BI G. Bernard	Inspection Générale MSLS	Inspecteur Technique	05 668 396 bigouzanbernard@yahoo.fr
5	KONAN Kouassi Laurent	DRH	Sous-Directeur	09 040 258 / 04 503 054 laurenkonan@yahoo.fr
6	KONAN Yao Ernest	DIPE	Chef de service Analyse des données	07 698 557 konaner@yahoo.fr
7	KOUAKOU-KOUADIO Ghislaine	DPPS	Médecin	01 804 989 ndjore77@yahoo.fr
8	OHOUO Brou Samuel	DPPS	Chargé d'études	01 058 940 obsamuel@yahoo.fr
9	OUATTARA Seydou	DSCMP	Sous Directeur	seydouxfr@yahoo.fr
10	SANGARE Abou Dramane	DPPS	Economiste de la santé	03 610 415 sangare_aboudramane@yahoo.fr
11	TRA BI Yrié Denis	DIEM	Directeur	20 229 224 denis.trabi@yahoo.fr

Annexe 12: Liste des participants à l'élaboration du PNDS 2012-2015

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	ABOKON Armand	Fondation Ariel	Conseiller Technique	kabokon@arielglaser.ci
2	ACKAH Alain	URC-CI	Conseiller Technique	07 999 768 ackanaz@yahoo.fr
3	ADANHO Comlan Théophile	DPSE/ MSLS	Médecin	09 287 463 acomthe@yahoo.fr
4	ADOU Kouakou Menzan	PSP CI	Chef SACE	05 603 384 admenzan@yahoo.fr
5	AGOSSOU Ignace Rodrigue	SASED	Médecin	05 406 903 agossourodrigue@yahoo.fr
6	AKA Kouakou Micheline	CDC/PEPFAR	Conseiller technique	05 531 135 akad@ci.cdc.gov
7	AKPESSE Esso G.	SYNACASSCI	Médecin	05 348 079/07 091 803 akpess2004@yahoo.fr
8	AKUI Okamou	DDS Gagnoa	Directeur Départemental	02 435 664 / 32 722 314 dds_lakota@yahoo.fr
9	ALLARANGAR Yokouidé	OMS Abidjan	Représentant	allarangary@who.int
10	AMANI Kouassi ✞	DDS Odiéné	Directeur Départemental	07 895 679
11	AMIN Renée Yolande	DPM	Sous-directeur	07 012 990 / 21 357 313 aminanoma@yahoo.fr
12	ANO H. Bledou	DDS Tiapoum	Directeur Départemental	05 047 883 ano.lambert@yahoo.fr
13	ANOUAN N'guessan Jean	DR Lagunes 2	Directeur Régional	07 806 880 jeananouan2002@yahoo.fr
14	ASOUAN ADJINI Marie Chantal	DPM	Pharmacien	07 458 834 / 21 354 588 m.assouan@yahoo.fr
15	ASSA Allou	DGS/MSLS	Directeur Général de la Santé	07 047 762 assalou@yahoo.fr
16	ASSAOLE N'dri David	DSCMP	Directeur	09 114 039 assaoled@yahoo.fr
17	ASSI Allet Paul Auguste	Abt Associates	Conseiller Technique	07 809 237 allet_assi@abtassoc.com
18	ASSI Assi Bernard	DGS	Chargé d'études	01 201 817 asbernus@yahoo.fr
19	ATTIA Gneville Joseph	EGPAF	Conseiller Technique	06 341 169 jattiah@pedaids.org
20	BAKAYOKO Lassina	DAF/MSLS	Chargé d'études	lassina_bakayoko@yahoo.fr
21	BALO BI Tozan	PSP	Pharmacien	02 500 557 abitozan@yahoo.fr
22	BAMBA Souleymane	DDS Zouan-Hounien	Directeur Départemental	05 936 702 bambasouleymane@yahoo.fr
23	BEDA Bertin	DDS Mankono	Directeur Départemental	07 281 301
24	BEDA Simplice Kishidou	DDS Tiébissou	Directeur Départemental	07 988 575

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
25	BISSOUMA- LEDJOU Renée	DPPS/MSLS	Chargée d'études	02 829 611 reneebissoumal@yahoo.fr
26	BONI-OUATTARA Edith	UNFPA	Assistante Représentante UNFPA	oboni@unfpa.org
27	BROU AKA Noel	DCPEV	Directeur coordonateur	brouaka1@yahoo.fr
28	BROU Emmanuel	IGSLS	Inspecteur général	20 212 636 broumanuel1@yahoo.fr
29	BROU Kouakou	DDS Zuenoula	Directeur Départemental	07 604 026
30	BROU Pierre	Cabinet MSLS	Chargé d'études	02 154 448 brou_kpierre@yahoo.fr
31	BROU Yao Léopold	DIEM	Chargé d'études	06 368 323 lepoldbrou@yahoo.fr
32	COULIBALY – KONE Soltié	DDS Yopougon Ouest - Songon	Directeur Départemental	05 700 228 soltieamy@yahoo.fr
33	COULIBALY Seydou	DDS Séguéla	Directeur Départemental	05 600 227
34	DAGNOGO L. Amara	DDS Bassam	Directeur Départemental	07 899 974 dlevolamar@yahoo.fr
35	DAKOURY Ange René	DDS Yamoussoukro	Directeur Départemental	09 733 333
36	DENOMAN Jean	Cabinet MSLS	Directeur de Cabinet adjoint	jdenoman@yahoo.fr
37	DIABAGATE Abdramane	DPPS/MSLS	Economiste de la santé	04 337 585 abdiabagate@yahoo.fr
38	DIANE K. Maxime	CNTS Site Yop	Médecin	03 010 738 dianekouao@yahoo.fr
39	DIARRA Souleymane	DRS Moyen Cavally	Directeur Régional	07 087 559 diarrasolomane@yahoo.fr
40	DIBY Charles Joseph	EGPAF	Directeur SE	04 039 864 dcharlesjoseph@pedaids.org
41	DJE Koffi Hyacinthe	DDS Vavoua	Directeur Départemental	07 697 896 djehyacinthe@yahoo.fr
42	DOGORE Eliane	UNFPA	Chargé de sécurisation des produits de SR/PF	dogore@unfpa.org
43	DOUMATEY Nicole	PEPFAR	Conseiller Technique	22 494 255 doumateyl@ci.cdc.gov
44	DROGON née N'da N'goran Monique	DC PNSRF/PF	Sage-Femme	07 650 308 monique_ahou@yahoo.fr
45	ETEKOU Akpa Valentin	DR Bas-Sassandra	Directeur Régional	20 226 048/07843 360 etekouakpavalentin@yahoo.fr
46	ETIEGNE Mian Stanislas	Hellen Keller International	Chargé de programmes	05 101 035 setiegne@hki.org
47	EVI Jean Bedel	SCMS	Directeur Pays Adjoint	02 022 923 bevi@ci.pfscm.org
48	GANHI Anatole	DRS Worodougou	Directeur Régional	07 589 630
49	GBANE Mory	PNN	Chargé d'Etude Suivi et évaluation	morydoc@gmail.com
50	GONKANOU TOMEKPA Vincent	Fédération de la Société civile	Secrétaire Général	05 910 419 / 22 485 280 fenosci@yahoo.fr

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
51	GOUN Ziané Honoré	DDS Bloléquin	Directeur Départemental	07 502 740 gzhonore@gmail.com
52	GUEBO Alexandre	Union Européenne	Consultant	03 360 040 aguebo@yahoo.fr
53	GUEDE Gnolou Abel	DRS Fromager	Directeur Régional	07 901 745 guede.oyel@yahoo.fr
54	GUELLA Michel	DPSE	Directeur	07 159 676 michel-guella@yahoo.fr
55	GUESSAN BI G. Bernard	Inspection Générale MSLS	Inspecteur	05 668 396 bigouzanbernard@yahoo.fr
56	GUINAN Alain Roger	DIPE	Chef service informatique	01 050 988 arguinan@yahoo.fr
57	GUY Clarysse	UNICEF	Conseiller régional santé Afrique de l'Ouest	+221 77 81 85 929 gclarysse@unicef.org
58	HODJO Danielle	PNDAP	Chargée d'études	dhodjo@yahoo.fr
59	IPO Jérémie Gbolié	DDS Korhogo	Directeur Départemental	07 833 450
60	KADIO Aka	DPSE	Chef de service	40 419 852 kadiojanvieraka@yahoo.fr
61	KANGA Armel Jonas	PEV	Chargé d'études	07 478 767 armel_kanga@yahoo.fr
62	KARAMOKO Fofana	DRS Savanes	Directeur Régional	07 038 886
63	KARAMOKO L. Jean-Claude	DDS Madinani	Directeur Départemental	07 676 895 / 40 446 245 karamokojean@yahoo.fr
64	KASSI Georges	District Sanitaire Kouto	Directeur Départemental	01 012 728
65	KASSI Justin Aimé	DPPS	Appui logistique	67 499 440
66	KIMOU AYEKOUE François	DIPE	Economiste de la Santé	07 940 740 kimouayekoue@yahoo.fr
67	KODJI Ekibo Florent	DDS Arrah	Directeur Départemental	45 447 161 kodjif@yahoo.fr
68	KOFFI Aka Charles	DDS Bouaflé	Directeur Départemental	40 189 450
69	KOFFI Athanase Kouamé	DGLS	Médecin	09 925 992 koffi_athanase@yahoo.fr
70	KOFFI Brindou Jean-Baptiste	DDS Port-Bouët	Directeur Départemental	47 896 767 jbbrindou01@yahoo.fr
71	KOFFI Gboahuili Fernand	DRS Zanzan	Directeur Régional	07 88 43 31 fernandkof@yahoo.fr
72	KOFFI N'guessan	DRS Marahoué	Directeur Régional	03 239 686
73	KOFFI Zamblé	DGS	Directeur Général Adjoint de la santé	05 273 979 koffi_zamble@yahoo.fr
74	KONAN Ahou	DDS Bouaké- Est	Directeur Départemental	05 856 527
75	KONAN Kouamé Georges	DDS Bocanda	Directeur Départemental	08 021 273 konangeorgesk@yahoo.fr
76	KONAN Kouassi Laurent	DRH	Sous-directeur	09 040 258 / 04 503 054 laurenkonan@yahoo.fr
77	KONAN Yao Ernest	DIPE	Chef de service Analyse des données	07 698 557 konaner@yahoo.fr

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
78	KONATÉ Abdoulaye	UNICEF	Consultant	akonate@unicef.org akonate2012@gmail.com
79	KONE Fétégué	PSP	Pharmacien	02 500 556 kone_fetegue@yahoo.fr
80	KOUADIO K. Léonard	UNICEF	Spécialiste santé	05 963 738 lkouadio@unicef.org
81	KOUADIO Kouakou	DDS Abengourou	Chargé de Surveillance Epidémiologique	03 036 056 / 46 005 517 kouakoukouadio65@yahoo.fr
82	KOUADIO N'zué	DRS Vallée du Bandama	Directeur Régional	05 016 901
83	KOUAKOU Elisabeth	DDS Adjamé-Plateau	Directrice Départementale	01 857 741 kouaelise@yahoo.fr
84	KOUAKOU Konan Albert	DDS Koro	Directeur Départemental	07 756 090 albertlk_10@yahoo.fr
85	KOUAKOU- KONAN Virginie	PNSI	Directeur Coordonateur	07 905 233 virginieattidan@yahoo.fr
86	KOUAKOU-KOUADIO Ghislaine	DPPS/MSLS	Médecin	01 804 989 ndjore77@yahoo.fr
87	KOUAME Gnamien Ernest	DDS Kounfao	Directeur Départemental	07 877 615 gnamienkge_7@yahoo.fr
88	KOUAME Hortance	DRH	Sous-Directrice	07 806 368 hortaffo@yahoo.fr
89	KOUASSI Dinard	INSP	Directeur Général	44 556 383 kdinard@yahoo.fr
90	KOUASSI épouse Gohou Valérie	DIPE	Directrice	46 007 537/20 323 317 dipemshp@gmail.com
91	KOULOU A. Edmond	DRS Moyen Comoé	Directeur Régional	07 868 463/ fax : 35 913 302 koulou_edmond@yahoo.fr
92	KRA Koffi Loza	DDS Soubré	Directeur Départemental	07 605 428 gnankenny@yahoo.fr
93	LADJI Nazaguéhi Patrice	DDS San-Pédro	Directeur Départemental	34 712 121 ladjinpatrice@yahoo.fr
94	LAGO Gouali David	DAAF/MSLS	Sous-Directeur budget	05 824 197 goualidavid@yahoo.fr
95	LOUKOU Dia	DRH MSLS	Directeur	07 883 397 loukoudia@yahoo.fr
96	M'BAHIA –YAO Crystel A.	PNN	Chef du service multisectorialité	07 986 529 / 20 218 483 ykaham@yahoo.com
97	MAGAZI Ibrahim	Banque Mondiale	Chargé de projets	imagazi@worldbank.org
98	MANHAN Jonas	PNPEC	Assistant Technique Suivi Evaluation	01 626 520 / 06 825 230 mahandoc@yahoo.fr
99	MANSOUR Adéoti Franck	DGS	Chargé d'Etudes	08 407 293 giaqlabo@yahoo.fr
100	MENETCHET ZAGO Deprou	SASED	Médecin de santé publique	08 961 715 menetchejp@yahoo.fr
101	MINAN Marthe		Consultant Santé Publique	48 249 220 marthe_minan@yahoo.co.uk
102	MONNET – KOUACOU Brigitte	DR Lagunes 2	Responsable Suivi évaluation	04 830 531 kouacoubrige2@yahoo.fr
103	N'DA Allechi Prosper	DDS Béoumi	Directeur Départemental	57 122 116

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
104	N'DRI Amani	DDS Lakota	Directeur Départemental	ndriamani@yahoo.fr
105	N'DRI Koffi Denis	APROSAM	Membre	06 989 008
106	N'DRI Raphael	DDS Issia	Directeur Départemental	01 012 027 dr_ndri@yahoo.fr
107	N'GORAN Kouadio Marc Alain	DR Lagunes 1	Chargé de Suivi évaluation	05 737 824 nkmarc2011@yahoo.fr
108	N'GORAN T. Patricia	PNN	Directeur coordonateur	20 21 84 83 / 01 226 428 patricianty@yahoo.fr
109	N'GUESSAN Yao	DRS Sud Bandama	Directeur Régional	07 963 868 / 05 948 078 nguessanyao3@yahoo.fr
110	N'GUETTA Kan .T.Olivier	DDS Oumé	Directeur Départemental	07 318 353 docnguet2006@yahoo.fr
111	NAHOUA Hermine	CDC PEPFAR	Conseiller Technique	04 838 632 nahouan@ci.cdc.gov
112	NAHOUNOU Noël	Abt Associates	Conseiller Technique	05 100 085 noelnahounou@yahoo.fr
113	NOIRHOMME Mathieu	OMS	Consultant	mathieunoirhomme@gmail.com
114	OBIO Ouraga Mathias	DDS Bangolo	Directeur Départemental	44 401 535 / 49 131 736 obiomathias@yahoo.fr
115	OBROU ZADI Régine	Service juridique/ MSLS	Chef du service	07 210 645 ginadiaz@yahoo.fr
116	OHOUO Brou Samuel	DPPS/MSLS	Chargé d'études	01 058 940 obsamuel@yahoo.fr
117	OMBLEA Hervé	DIPE	Informaticien	08 332 428 deynoin@yahoo.fr
118	ONANE Ervé Marius	DSC	Chef de service	07 915 788 onanon2@yahoo.fr
119	OUATTARA Fouyaton Souleymane	DAAF/MSLS	Chargé d'études	06 061 034 fouyaton@yahoo.fr
120	OUATTARA Issa	DPM	Pharmacien	07 575 487/03 809 186 ouattaraissa7@yahoo.fr
121	OUATTARA Seydou	DSCMP	S/D SSPMP	seydouxfr@yahoo.fr
122	OULAI Soumahoro	DFR	Directeur	07 508 913 oulsoum@yahoo.fr
123	PFAFFMANN Jérôme	UNICEF	Spécialiste santé Bureau Régional UNICEF	jpfaffmann@unicef.org
124	PONGATHIE Adama Sanogo	DIPE	Chef de service	05 351 108 docteurpongathie@yahoo.fr
125	RAMAMONJISOA Eli	UNICEF Bureau Abidjan	Responsable Section Survie de l'enfant	21 211 807 ejramamonjisoa@unicef.org
126	SAFOU Kinimo Hervé	PEV	Chargé de la planification	02 084 608 yorandj1yahoo.fr
127	SAMBA Mamadou	DPPS/MSLS	Directeur	07 074 114 mamadou_samba@hotmail.fr
128	SAN Koffi	PNLP	Directeur Coordonateur	40 499 943 sankoffi@yahoo.fr

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
129	SANGARE Abou Dramane	DPPS	Economiste de la santé	03 610 415 sangare_aboudramane@yahoo.fr
130	SANOGO Ousmane	DR Abidjan 2	Chef de SASHP	07 613 505 dr_sanogo@yahoo.fr
131	SASSON Dingui Laurent	DIPE	Informaticien	sassondingui@yahoo.fr
132	SONH Kah Denis	DRS Haut-Sassandra	Directeur Régional	07 923 418 sonhkahdenis@yahoo.fr
133	SOUMAHORO Siaba	DDS Toulepleu	Directeur Départemental	48 420 649 soumahorosiaba@yahoo.fr
134	SYLLA Mamadou	SAPHARM	Membre	04 073 637
135	TIA André	DDS Bettié	Directeur Départemental	05 601 949 blondetia_an@yahoo.fr
136	TIA Mamadou	DDS Bondoukou	Directeur Départemental	07 075 791 tiamadouc@yahoo.fr
137	TIA yao Gboko	DPSE/MSLS	Economiste de la santé	08 773 770 tiayao@yahoo.fr
138	TOURE Alacagny	DPPS	Informaticien	05 518 915 toreleman@yahoo.fr
139	TRA BI Yrié Denis	DIEM	Directeur	20 229 224 denis.trabi@yahoo.fr
140	TRA Gaston	DRS Lacs	Directeur Régional	08 206 197
141	TRAORE Métahan	DIPE	Chef de service	08 293 643 trimetan@yahoo.fr
142	TRAORE Seydou	DSC	Chef de service	05 788 612 traoreysd@yahoo.fr
143	YAO BI Gala B. Honoré	DRS N'Zi Comoé	Directeur Régional	05 400 961 benbigala@yahoo.fr
144	YAO Gokou	DDS Dabou	Directeur Départemental	07 942 024 berengergok@gmail.com
145	YAO M'bra	DEPS	Sous-Directeur	lepotalayao@yahoo.fr
146	YAO Théodore	OMS	Conseiller programme	22 517 200 yaot@ci.afro.who.int
147	YAPI Ange Désiré	PSP-CI	Directeur Général	04 811 010 yapiadesire@gmail.com
148	YEBOUA Amoikon	PNSI/SE	Médecin	07 700 626 yebam19@yahoo.fr
149	YEDESS YEI Jeanne	DDS Aboisso	Directeur Départemental	05 572 761 dryedessj@yahoo.fr
150	YO Marina	DAF MSLS	Sous-Directrice	08 458 818 yemath@yahoo.fr
151	YOKOLY Norbert	DR Lagunes 1	Chef de service SAF	02 202 526 norbertyokoly@yahoo.fr
152	ZIA Cyrille	UNICEF	Spécialiste Santé Nutrition	06 251 575 aziao@unicef.org
153	ZOUGOURI Blé Blaise	DRS	Directeur Régional	07 942 203 zougouriblaise@yahoo.fr